

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**PROPOSTA DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM
DO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA, MG.**

Janine Viana Baroni Valgas

**Lagoa Santa
2013**

Janine Viana Baroni Valgas

**PROPOSTA DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM
DO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA, MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra Maria Jose Moraes Antunes

Lagoa Santa

2013

Janine Viana Baroni Valgas

**PROPOSTA DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM
DO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA, MG**

Banca Examinadora

Professora Dra Maria Jose Moraes Antunes - orientadora

Professor Edison José Corrêa - examinador

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Aos muitos pacientes que,
por motivos vários, não tiveram
ainda,
acesso a um serviço que os veja como seres
completos,
com necessidades e direitos
complementares.

AGRADECIMENTOS

Ao nosso Deus, Pai amoroso que sempre têm nos sustentado. Não temos palavras para agradecer tua bondade. Tudo o que tenho, tudo o sou, o que virei a ser, vem de ti, Senhor.

À minha querida orientadora, Maria José, pela presteza em me auxiliar nessa trajetória com sua valorosa contribuição.

Aos meus familiares, pelas expectativas do sucesso deste trabalho e orgulho depositado em minhas caminhadas.

A esta Universidade, ao seu corpo de Direção e Administrativo que deram oportunidade para que hoje vislumbrasse um horizonte além do que vivi até então. O meu muito obrigado!

Há tantos a agradecer, por se dedicarem a mim, não somente por terem ensinado, mas por terem me ajudado a aprender! A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados que terão meu eterno agradecimento.

A maior condenação a que todos estamos sujeitos no futuro será por omissão, porque meios para se fazer muitas coisas lindas e impossíveis existem.

Amyr Klink

RESUMO

Este trabalho tem por finalidade contribuir para a autonomia dos profissionais de Enfermagem na organização de seus processos de trabalho no município de Lagoa Santa, Minas Gerais. Apresenta um protocolo de assistência em Enfermagem para a Atenção Básica no município e sua incorporação na Rede de Saúde que envolve outros níveis de atenção, além de outros municípios. A metodologia utilizada na sua construção constou da identificação, na literatura existente, de autores que discutem a importância do planejamento e da gestão dos processos de trabalho na organização dos sistemas de saúde do SUS. O caminho metodológico percorrido foi uma pesquisa objetivando estabelecer correlações entre os descritores: atenção primária ou básica; estratégia saúde da família, atenção em saúde; planejamento em saúde; processos de trabalho em saúde; protocolos de saúde; protocolos assistenciais e protocolos de atenção em saúde e produção de um instrumento auxiliar para o trabalho de enfermagem. O protocolo produzido será submetido a avaliação técnica do Conselho Regional de Enfermagem – COREN-MG e ao Conselho Municipal de Saúde. Espera-se que dê respaldo as condutas de enfermagem e possibilite a disponibilização de produtos e materiais adequados ao tratamento efetivo para os pacientes. Além disso, acredita-se que após implantado, esse protocolo possibilite eficiência nos cuidados à saúde e amplie a qualidade do trabalho da Enfermagem em Saúde da Família, em todo o município.

Palavras-chave: Saúde da Família. Enfermagem. Protocolos.

ABSTRACT

This paper aims to contribute to the autonomy of nursing professionals in the organization of work processes in the city of Lagoa Santa, Minas Gerais. It presents a protocol of care in Nursing for Primary Care in the city and its incorporation in the Health Network involving other levels of care, and other cities. The methodology used in its construction consisted of identification, in existing literature, of authors that discuss the importance of planning and management of work processes in the organization of SUS health systems. The methodological path followed was a research aiming to establish correlations between the descriptors: primary or primary care, family health strategy, health care, health planning, work processes in health, health protocols, care protocols and care protocols in health, and the production of auxiliary nursing work instrument. The protocol produced will undergo technical review of the Regional Board of Nursing (Conselho Regional de Enfermagem) - COREN - MG and the Municipal Health Council (Conselho Municipal de Saúde) is expected to give support on nursing conduct and enable the provision of appropriate products and materials to effectively treat the patients. Furthermore, it is believed that after deployed, this protocol will enable efficiency in health care and expand the quality of nursing work in Family Health, throughout the city.

Keywords: Family Health. Nursing. Protocols.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitario de Saúde
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial – Alcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial – tipo I
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial - Infantil
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-MG	Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais
FMS	Fundo Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PAM	Pronto Atendimento Médico
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Pactuação Programada Integrada
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SES-MG	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	11
1.2 OBJETIVOS	13
1.3 METODOLOGIA	14
2 LAGOA SANTA: TERRITÓRIO E SISTEMA DE SAÚDE	16
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	16
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM LAGOA SANTA	21
3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE	33

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia da Saúde da Família do Ministério da Saúde propõe a organização da atenção básica como o atendimento primário ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), Tem por finalidade melhorar as condições de saúde da população, atuando na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no atendimento a agravos considerados prioritários. Seus princípios fundamentais no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social (BRASIL, 2003).

Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2013).

Entretanto, é de extrema importância que os gestores de saúde re-organizem os processos de trabalho em saúde da equipe para que esta estratégia atente as reais necessidades dos usuários do sistema de saúde municipal e proporcionem mudanças adequadas na saúde da população (BRASIL, 2003).

Neste entendimento – contribuir para melhorar o gerenciamento do SUS no município- a autora, enfermeira da estratégia, definiu, como tema do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família da UFMG estudar e propor uma proposta de intervenção par a organização da assistência de Enfermagem na atenção básica.

1.1 JUSTIFICATIVA

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, os serviços de saúde pública no Brasil vêm atravessando ppor profundas mudanças. Foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em consequência, várias normatizações foram editadas com o objetivo de orientar os gestores em relação à necessidade de planejamento de ações a serem desenvolvidas pelos municípios. De acordo com a Portaria nº 648/2006, Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo.

“Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006, p. 4).”

O desempenho dos municípios, segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde/2001 (NOAS) em relação às ações estratégicas mínimas de atenção básica deve incluir:

- a) diagnóstico de casos, pela investigação de fatores de risco;
- b) cadastramento dos pacientes;
- c) busca ativa de casos;
- d) tratamento dos casos, por acompanhamento ambulatorial/domiciliar e educação terapêutica;
- e) fornecimento de medicamentos e curativos;
- f) monitoramento dos pacientes;
- g) diagnóstico precoce de complicações;
- h) primeiro atendimento de urgência;

- i) encaminhamento de casos graves; e
- j) medidas preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Segundo Gil (2006) vários municípios brasileiros, e aí se inclui Lagoa Santa, as ações de saúde estão sendo desenvolvidas e disponibilizadas pelos pontos de atenção dos Sistema de Saúde existente. Entretanto, a organização e normatização destes pontos de atenção não vem sendo feita de maneira adequada para que as ações e serviços sejam oferecidos e desenvolvidos de forma sistemática e com resultados efetivos.

Espera-se, com este trabalho, contribuir para a autonomia dos profissionais de enfermagem na organização do seu processo de trabalho no município, divulgando as mais recentes normas técnicas e os melhores padrões tecnológicos disponíveis na atenção básica em saúde, dando-lhe o respaldo nas condutas e possibilitando a disponibilização de produtos e materiais adequados ao tratamento efetivo para os pacientes. Além disso, o atendimento sob a luz de um protocolo possibilitará eficiência com um cuidado à saúde de qualidade da enfermagem, em todo o município.

1.2 . OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse Trabalho de Conclusão de Curso:

Objetivo geral

Propor um Protocolo Assistencial de Enfermagem como instrumento auxiliar para a organização dos processos de trabalho da área da Atenção Básica e a Estratégia da Saúde da Família de Lagoa Santa, Minas Gerais.

Objetivos específicos:

Apresentar uma descrição sumária do município e do Sistema Único de Saúde do município de Lagoa Santa.

Apresentar, a partir da literatura científica e normas técnicas do Ministério da Saúde, informações relacionadas à assistência de enfermagem na atenção básica, nos aspectos da promoção à saúde, prevenção a agravos e recuperação de doenças.

- Produzir, como participante e apoiada por uma comissão de profissionais de Saúde da Família no município, um Protocolo Assistencial de Enfermagem, baseado na legislação e conhecimentos científicos recentes, como contribuição para plano assistencial no SUS municipal de Lagoa Santa.

1.3 . METODOLOGIA

A busca eficiente por evidências que auxiliam os processos de trabalho em saúde, para o diagnóstico, o cuidado, o tratamento, o prognóstico, a etiologia e a profilaxia das doenças e agravos é “um caminho desafiador”, segundo Botazzo, Giudice e Pezzato (2013), ao alcance da organização dos serviços.

E uma das formas de se melhorar estes processos de trabalho é através da elaboração de protocolos clínicos ou assistenciais que, segundo Werneck, Faria e Campos (2009), são rotinas elaboradas por profissionais experientes e especialistas, a partir do conhecimento científico atualizado, baseado em evidências científicas, para orientar os cuidados e as ações de gestão dos trabalhadores dos serviços de saúde de um determinado serviço, equipe ou departamento, através de fluxos, condutas e procedimentos clínicos e atingir melhoria da qualidade no serviço prestado em saúde.

Em Lagoa Santa durante uma reunião técnica de trabalho, que acontece mensalmente, a equipe presente, entendendo que a fragilidade e grande variedade de modos de fazer as ações “pode tornar as práticas inadequadas para a realidade local” (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 45), definiu que seria indicada a elaboração de um instrumento do tipo Protocolo Assistencial para a organização dos processos de trabalho nas unidades de atenção à saúde.

Como o gestor municipal da saúde, o secretário Fabiano Moreira da Silva, participa das reuniões técnicas, a sensibilização da gestão já estava feita e com grande interesse para que o protocolo fosse elaborado o mais rápido possível.

Segundo orientações do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREM-MG) a elaboração de um protocolo de enfermagem deve ser conduzido por um grupo. Para a construção do Protocolo Assistencial de Enfermagem de Lagoa Santa foi construída, então, uma Comissão de Elaboração de Protocolo com membros escolhidos pelo Secretário Municipal de Saúde, juntamente com os profissionais envolvidos. Esta comissão foi composta por equipe multiprofissional contando com oito enfermeiras, três médicos e dois farmacêuticos.

A comissão definiu como método de trabalho a busca por protocolos de outros municípios disponíveis por meio eletrônico. Utilizou-se como modelo principal o Protocolo de Enfermagem de Timóteo e as linhas guias do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, além de literaturas específicas, protocolos de outros municípios, a Norma para Planejamento Familiar do MS e o respaldo legal, listado a seguir, para formulação de protocolos definidos pelo COREN-MG:

1. Lei Federal 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) que em seu art. 17, inciso XI, estabelece que compete aos SUS estabelecer normas, em caráter suplementar, para controle e avaliação das ações de saúde.
2. Código de Saúde de Minas Gerais: Criado pela Lei Estadual 13.317/99, determina a competência das Secretarias de Estado da Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde ou órgãos equivalentes, na coordenação das ações de promoção e proteção à saúde e elaborar normas técnicas que regulem estas ações.
3. Norma Operacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (NOAS), que orienta as secretarias estaduais e municipais a elaborarem normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade e parâmetros para a assistência à saúde.
4. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências,
5. Resolução COFEN-159/1993, que dispõe sobre a consulta de Enfermagem.
6. Resolução do COFEN Nº 272/2002, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) - nas instituições de saúde brasileiras; e
7. Resolução COFEN-195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro.

2 LAGOA SANTA:TERRITÓRIO E SISTEMA DE SAÚDE

O presente trabalho desenvolve-se de duas etapas: a apresentação sucinta da caracterização geográfica, demográfica e epidemiológicos do município e dados gerais da organização do SUS de Lagoa Santa.

Na segunda parte apresenta-se o resultado do trabalho de uma equipe da qual a autora fez parte, ou seja a construção de uma proposta de Protocolo Assistencial de Enfermagem, que pretende-se, após avaliação de especialistas, ser um padrão de referência para o atendimentos realizado pelos profissionais de Enfermagem da Atenção Básica em Lagoa Santa.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Lagoa Santa está integrado à Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e à Microrregião de Saúde de Vespasiano. Está a 38 quilômetros de distância de Belo Horizonte, capital do estado, e a 12 quilômetros de Vespasiano, sede da microrregião de saúde. Possui 230 quilômetros quadrados de área, é próxima ao Aeroporto Internacional Tancredo Neves (município de Confins), e sede do Parque do Material Aeronáutico, da reserva ecológica Parque do Sumidouro, da Gruta da Lapinha e da singular beleza de sua Lagoa Central e de seus entornos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Território

O município de Lagoa Santa está situado na bacia média do Rio das Velhas, região formada por planaltos com relevos pouco acentuados, com altitude média de 800 m, clima tropical e temperatura média anual de 22°C. Está em uma região calcária pertencente ao grupo geológico da série Bambuí. Possui uma idade aproximada de 600 milhões de anos e está inserida no período Pré-Cambriano Superior. A região é

calcária e se caracteriza pela presença de rochas sedimentares e por cursos d'água subterrâneos (LAGOA SANTA, 2013).

Histórico

Segundo informações do histórico da cidade (2010), contidas no site da Prefeitura Municipal de Lagoa Santa, o primeiro morador da região foi Felipe Rodrigues de Macedo que acampou às margens da Lagoa Grande, em 1733. Ele era portador de feridas generalizadas que foram cicatrizadas com banhos diários nas águas da lagoa. Por isso, ali fixou residência, erguendo o primeiro engenho para beneficiamento de cana de açúcar. A notícia da cura se espalhou pelos arredores e o povo, sempre a busca de remédios para seus males, veio para Lagoa Grande, dando início ao povoamento. A maioria permaneceu na exploração agrícola, surgindo, depois, a pecuária. Outros iniciaram a comercialização da própria água da lagoa e, na diversificação dos ramos de exploração, foram surgindo novos moradores. Expandiu-se o plantio da cana-de-açúcar e do café, intensificou-se a exploração da agropecuária e o desenvolvimento do arraial. O lugarejo passou a distrito em 1891, subordinado ao município de Santa Luzia do Rio das Velhas. Seu nome passou a ser Lagoa Santa, por terem sido consideradas santas as suas águas. Em 1938, o distrito foi elevado à categoria de município sede com dois distritos: Confins e Lapinha. Em 1995, o distrito de Confins desmembrou-se sendo elevado à categoria de município. Em 1996, foi criado o distrito de Lagoinha de Fora e anexado ao município de Lagoa Santa (LAGOA SANTA, 2013).

Atividades econômicas

Historicamente, a economia do município está baseada na extração e na agropecuária. O extrativismo mais comum é de carvão vegetal e lenha. Na produção agrícola predominam as lavouras de limão, manga, tangerina, uva, cana-de-açúcar, feijão, mandioca, milho e tomate. E na pecuária, bovinos para corte e leite, codornas, equinos, ovinos, aves e suínos (LAGOA SANTA, 2013).

O município, atualmente, vem redirecionando sua economia para a produção industrial, principalmente por estar muito próximo ao Aeroporto Tancredo Neves, que vem se especializando em transporte de cargas.

O PIB (Produto Interno Bruto) do município, em 2010, ficou em torno de 847 milhões de reais, sendo o PIB per capita cerca de R\$ 16.000,00. A média de renda per capita, mensal, gira em torno de R\$ 600,00 na área urbana e R\$ 408,00 na área rural. Apesar disto, consta, como informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que o município apresenta 16,3% da população total dentro do índice de pobreza (IBGE, 2010).

População

O município tem população de 54.732 habitantes, segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) para o ano de 2012, apresentando uma média de 238,7 habitantes/km² e média de 3,4 habitantes por domicílio em cerca de 15.000 famílias. Esta população está distribuída segundo faixa etária e sexo (Tabela 1).

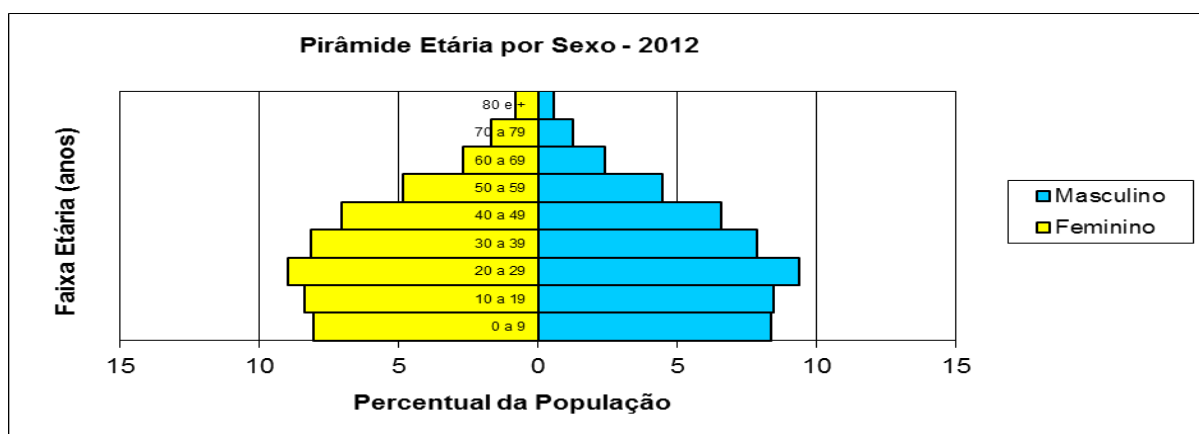
Tabela 1: População Residente de Lagoa Santa (Minas Gerais), por faixa Etária e sexo, 2012.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	354	363	717
1 a 4	1376	1410	2786
5 a 9	2055	2031	4086
10 a 14	2514	2407	4921
15 a 19	2284	2209	4493
20 a 29	4741	4695	9436
30 a 39	4254	4675	8929
40 a 49	3941	4072	8013
50 a 59	2746	2948	5694
60 a 69	1472	1654	3126
70 a 79	782	957	1739
80 e +	299	493	792
Total	26.818	27.914	54.732

FONTE: IBGE/MS, 2012

De acordo com a distribuição etária (Figura 2), observamos que o município apresenta uma população jovem. A distribuição por sexo é bastante regular nas diversas faixas etárias com aumento do predomínio do sexo feminino a partir da idade de 50 anos. A população encontra-se distribuída, predominantemente, na área urbana com 91%.

Figura 1: Distribuição percentual da população, por faixa etária e sexo, em Lagoa Santa (Minas Gerais), 2012



Fonte: IBGE/MS, 2012

Com o aumento de atividades do Aeroporto Internacional, com a a Linha Verde — rodovia Belo Horizonte – Confins/Lagoa Santa, com o deslocamento da Sede Administrativa do Governo do Estado para a porção norte da Região Metropolitana de Belo Horizonte, alguns estudiosos, que observam o crescimento populacional da região, vêm fazendo projeções em relação à explosão demográfica que deverá ocorrer nos próximos anos nessa região. A expectativa é que no ano de 2025 a população seja o dobro da atual (LAGOA SANTA, 2013).

Saneamento básico

Observa-se na Tabela 2, que nos anos censitários comparados houve uma melhora geral nos indicadores de saúde relacionados à qualidade de saneamento oferecido à população, entretanto em relação ao esgotamento sanitário a rede geral ainda é extremamente insuficiente.

Tabela 2: Comparativo percentual de saneamento básico da população residente de Lagoa Santa, nos anos censitários, 1991, 2000 e 2010.

Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água			
Abastecimento Água	1991	2000	2010
Rede geral	82,6	89,4	94,6
Poço ou nascente (na propriedade)	13,1	8,9	4,8
Outra forma	4,3	1,7	0,6
Proporção de moradores por tipo de esgotamento sanitário			
Instalação sanitária	1991	2000	2010
Rede geral de esgoto ou pluvial	6,2	16,0	29,2
Fossa séptica	42,2	9,0	20,8
Fossa rudimentar	47,3	72,3	45,1
Vala, Rio, lago ou mar	0,7	0,8	4,0
Não tem instalação sanitária	3,6	1,9	0,9
Proporção de moradores por tipo de destino de lixo			
Coleta de lixo	1991	2000	2010
Coletado	40,5	84,3	90,4
Queimado (na propriedade)	47,1	13,7	5,5
Enterrado (na propriedade)	1,2	0,3	1,1
Jogado	10,8	1,5	2,1
Outro destino	0,4	0,2	0,9

Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 2012

Educação

Segundo o Censo do IBGE de 2010, a população do município considerada alfabetizada é mais de 90%, e pode ser observado um aumento deste percentual quando comparamos com os censos de 1991 e 2000 (Tabela 2).

Em 2013, segundo informações do site da prefeitura, o município possui 27 escolas de ensino fundamental, sendo oito privadas, quatro estaduais e 15 municipais. Na rede de ensino médio, possui sete escolas no total, sendo três privadas e quatro estaduais. Para o ensino pré-escolar o município conta com 23 escolas, sendo oito privadas e 15 municipais. A rede total de ensino conta com cerca de 12.000 alunos matriculados.

Tabela 3: Comparativo percentual de população residente alfabetizada por faixa etária em Lagoa Santa, nos anos censitários de 1991, 2000 e 2010.

Faixa Etária	1991	2000	2010
5 a 9	43,4	60,4	99,3
10 a 14	92,4	97,3	99,6
15 a 19	96,6	97,6	99,0
20 a 49	91,3	95,2	98,4
50 e +	69,2	78,7	90,5
Total	82,7	89,4	93,2

Fonte: IBGE/Censos, 2012

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM LAGOA SANTA

O município de Lagoa Santa vem passando por uma reestruturação no modelo de atenção à Saúde. Estão sendo intensificadas as implantações de ações voltadas para o atendimento à população de forma humanizada, com acolhimento e resolubilidade baseada nos preceitos do SUS que são universalidade, integralidade e equidade. O projeto de saúde atual realizou mudança do então modelo de tratamento das doenças mais curativo para um modelo que valoriza mais a prevenção às doenças.

A gestão atual desse município é realizada pelo Prefeito Dr. Fernando Gomes Pereira Neto, cirurgião geral, e na gestão da saúde conta com a Secretário Municipal de Saúde, Fabiano Moreira da Silva e como Coordenadora do Núcleo de Atenção à Saúde, Maria de Lourdes Peixoto da Silva.

No município de Lagoa Santa, 85% da população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Intrumentos legais de gestão do setor saúde

Segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (BRASIL, 2001) os municípios passam a ter a obrigação de produzir, para a organização administrativas três importantes instrumentos:

- PPA – Plano Plurianual: Instrumento de Planejamento onde o governo municipal se compromete, num período de quatro anos, a implementar, de forma regionalizada, um plano de investimentos prioritários voltados ao crescimento do município.
- LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias: Instrumento compatibilizado com o PPA, onde estão definidas as metas e prioridades da administração municipal expressas em receitas e despesas orçamentárias.
- LOA – Lei Orçamentária Anual: Instrumento composto de Orçamento Fiscal, Orçamento da Seguridade Social, Orçamento de Investimento, Reserva de Contingência, Despesas e Receitas da Dívida Pública e Refinanciamento da Dívida Pública.

No município, a portaria nº 638, de 11 de abril de 2013, designa Comissão para a elaboração dos anteprojetos das Leis de Diretrizes Orçamentárias de 2014 – LDO, Plano Plurianual de Investimentos – PPA, quadriênio 2014-2017 e Lei Orçamentária Anual de 2014 – LOA, definindo o prazo final de 26 de setembro de 2013 para o envio dos documentos à Câmara Municipal e posterior aprovação.

No âmbito da saúde os instrumentos de gestão utilizados são o Plano Municipal de Saúde, com vigência para quatro anos, a Programação Anual e o Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2001).

Conselho Municipal de Saúde

Segundo informações do site da Prefeitura de Lagoa Santa, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município foi criado através da Lei Municipal nº. 1916/2001 e regulamentado pela Lei Municipal Nº. 3.155/2011 para a tender às alterações de legislação do SUS. Funciona, segundo seu regimento interno, como um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e composto por membros do Governo Municipal, Trabalhadores da Saúde e Sociedade Civil (LAGOA SANTA, 2013).

Conta de 50% com representantes da população, 25% de representantes dos trabalhadores da saúde e 25% com representantes da gestão municipal. Com um total de 16 membros, tem as representações assim distribuídas:

- I. 01 (um), representante da Secretaria Municipal de Saúde;
- II. 01 (um), representante da Secretaria Municipal de Educação;
- III. 01 (um), representante da Secretaria de Administração ou Assistência Social;
- IV. 01 (um), representante de prestadores de serviço ou conveniados;
- V. 01 (um), representante de profissional de saúde nível superior;
- VI. 02 (dois), representantes de trabalhadores de saúde nível médio;
- VII. 01 (um), representante de trabalhador de saúde nível elementar;
- VIII. 08 (oito), representantes dos usuários dos serviços de saúde, preferencialmente de associações diferentes no município, desde que residentes a mais de um ano no município (LAGOA SANTA, 2013).

As reuniões ordinárias do Conselho ocorrem mensalmente ou, quando necessário, mais de uma vez ao mês de forma extraordinária. Funciona à Rua Antônio Pinto Coelho, nº 47, Sobradinho – Lagoa Santa/MG - e-mail: cmslagoasanta@gmail.com, telefone: (31)3688-3850.

Fundo Municipal de Saúde

O financiamento do Sistema Único de Saúde do município de Lagoa Santa é feito através do repasse fundo a fundo, onde os recursos federais, estaduais e do próprio município são depositados e gastos segundo o planejamento de ações e serviços estabelecidos no Plano Municipal de Saúde (PMS) e monitorado pelos membros do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Além dos recursos federais e estaduais, a administração atual investe cerca de 23% de sua arrecadação própria para manter no sistema de saúde municipal. Este valor encontra-se em uma faixa bem superior aos 15% estipulados em lei para o investimento municipal em saúde (IBGE, 2010).

Atenção Básica à Saúde

No mês de julho de 2013, a Rede de Atenção à Saúde de Lagoa Santa conta com 17 (dezesete) equipes de Saúde da Família, além de três Unidades de Apoio, atingindo 100% de cobertura. Todas as unidades atendem aos moradores em zona urbana, pois o município não possui zona rural. São 13.301 famílias assistidas pela Estratégia saúde da Família (LAGOA SANTA, 2013).

Para atender aos princípios de descentralização e regionalização dos serviços de saúde, o município foi dividido em quatro distritos sanitários, denominados de Regionais de Saúde (LAGOA SANTA, 2013).

Assim, as Policlínicas Regionais foram criadas como equipamentos que visam a descentralização dos serviços essenciais aos usuários como serviços de atendimentos de especialidades médicas básicas (pediatria, ginecologia e cardiologia), farmácia (dispensação de medicamentos) e laboratório (coleta de exames), além do atendimento da equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Atualmente existem seis unidades de farmácias municipais, descentralizadas nos quatro distritos regionais. Existe ainda o Laboratório Municipal Central sendo responsável pela coleta sistemática e descentralizada nas quatro regionais de saúde.

A Atenção em Saúde Bucal apresenta atualmente 60% de cobertura da população na Estratégia de Saúde da Família com 10 equipes de saúde bucal e tem buscado se integrar crescentemente aos processos de trabalho em equipe, em conformidade com os princípios ordenadores e fundamentos da atenção básica.

Atualmente o município conta com duas equipes do NASF Modalidade 1. A primeira equipe do NASF é composta por cinco profissionais de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Fonoaudiólogo; Profissional de Educação Física e Nutricionista), e a segunda equipe é composta por cinco profissionais de diferentes áreas (Psicólogo; Nutricionista e Educador Físico). Areladas às ações do NASF, estão atividades desenvolvidas pelo Programa de Academias Livres, que visam o combate ao sedentarismo e males associados. A equipe do NASF também orienta as atividades relacionadas à Ginástica Laboral. O município foi contemplado recentemente com

um Polo da Academia da Saúde – Modalidade Ampliada que deverá ser construído em breve (LAGOA SANTA, 2013).

Média e Alta Complexidade

O Município conta com três unidades de Saúde Mental, entre elas o Centro de Atenção Psicossocial de categoria I (CAPSI), Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad) e o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Desta forma, a rede de Saúde Mental do município de Lagoa Santa coloca como prioridade a reinserção de seus usuários na sociedade, trabalhando e reafirmando os valores individuais de cada usuário atendido por uma das três unidades de Saúde Mental presentes na cidade de Lagoa Santa- MG.

O Pronto Atendimento Municipal (PAM) é uma unidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas, voltada para o atendimento de casos graves e situações de urgência, que impliquem em risco iminente de morte para o usuário. O PAM atualmente possui um contrato de cogestão com o Hospital Santa Casa de Lagoa Santa. Devido ao funcionamento no mesmo espaço físico, o PAM usufrui da retaguarda hospitalar para suporte.

A rede de atenção à saúde do município conta ainda com dois hospitais, sendo um deles exclusivo para o atendimento dos oficiais da aeronáutica e o segundo, filantrópico, com 69 leitos e prestando serviços ao SUS, funcionando como a atual porta de atendimento hospitalar no município. Conta ainda com um Centro de Reabilitação e uma equipe de Serviço de Atenção Domiciliar, implantada no segundo semestre de 2013.

Os serviços de média e alta complexidade de referência para o município correspondem aqueles contemplados pelas pactuações por meio do Programa de Pactuação Integrada (PPI), sendo as cidades de Vespasiano e Belo Horizonte os principais município para onde são referenciados os lagoasantenses. O município é referência para alguns municípios do entorno como Jaboticatubas, Santana do Riacho e Conceição do Mato Dentro.

Recursos humanos em saúde

O vínculo empregatício dos profissionais que atuam na Atenção Básica do município ocorre, em sua maioria, por meio processo seletivo para contratação por dois anos, com carga horária de 40 horas semanais, predominantemente.

Isso ocorre devido à maioria dos postos de trabalho ser em programas como o Programa Saúde da Família (PSF), Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psico-Social (CAPS) e Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

O quadro de profissionais da APS conta atualmente com 18 médicos, 12 dentistas, 18 enfermeiros, 8 técnicos de saúde bucal, 36 técnicos de enfermagem e 85 ACS - agentes comunitários de saúde (MS, 2013).

Organização interna do sistema de saúde

A Prefeitura e a Gestão do SUS de Lagoa Santa lançaram em 2012, **o Guia do SUS**, contendo conceitos e orientações de saúde, os programas municipais, estaduais e federais de saúde em funcionamento no município, com o objetivo de esclarecer e informar à população sobre os serviços de saúde à sua disposição. (MINAS GERAIS, 2010).

3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A elaboração de um protocolo de enfermagem justifica-se por dar continuidade á política de da comunicação ampliada acerca da organização de saúde no município. Pretende-se que seja um guia técnico para os 56 profissionais de saúde da enfermagem da atenção básica local, distruídos em 18 equipes de saúde da família, assim como para os estudantes de enfermagem que venham a estagiar nas unidades básicas de saúde.

Essa proposta de Intervenção de criação de um protocolo da Assitencia de Enfermagem está colocado como Apendice, dado a sua especificidade.

Vale ressaltar que durante 10 meses, a autora e todos os profissionais da comissão construíram os capítulos que compõem o Protocolo Assistencial de Enfermagem de Lagoa Santa, de forma que tenha uma lógica de organização que possa orientar os atuais profissionais de saúde que já fazem parte da gestão e qualquer outro que, por ventura, seja contratado.

Nessa lógica, iniciou-se o documento com um capítulo de apresentação do município através de dados levantados no *site* do IBGE e na própria Secretaria de Saúde. Em seguida o protocolo apresenta as várias linhas de cuidado estabelecidas pela gestão como forma de organização para os processos de trabalho das equipes de atenção à saúde no município. Dentro de cada uma delas foi descrita a Rede de Atenção à Saúde envolvida, os processos envolvidos, as ações intersetoriais e parcerias existentes, de acordo com princípios e diretrizes do SUS, da Secretaria de Saúde e outros protocolos existentes.

Para cumprir a etapa de legalização do documento, ele será encaminhado ao setor de Comunicação da Prefeitura para formatação e em seguida ao Secretário Municipal de Saúde para ser apreciado e ter o “De acordo” da gestão.

Após esta etapa, o documento será encaminhamento ao Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG) para avaliação e emissão de “Parecer” favorável à sua implantação no município.

Em seguida, será enviado ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) para que a articulação com a comunidade e a implantação do mesmo seja fortalecida com a participação da sociedade civil.

Está previsto que, após as correções necessárias e aprovação, na esfera pedagógica, ligada à conclusão do TCC da autora, junto à UFMG, seja apresentado ao CMS.

Em seguida o protocolo será divulgado para os profissionais da Rede Municipal de Saúde através de capacitações, e para então, entrar em vigor por publicação de portaria que institucionalize o documento como instrumento legal no município.

Como etapa avaliativa a equipe de elaboração deve estabelecer o processo de reavaliação permanente para que sejam introduzidas as modificações e atualizações necessárias ao Protocolo Assistencial de Enfermagem para que o mesmo não se torne obsoleto com o passar dos anos. A primeira reavaliação deve ocorrer com, no máximo, um ano após a implantação do protocolo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho descreve o resultado de um ano de trabalho intenso da autora, participante da comissão municipal de elaboração inicial do Protocolo Assistencial de Enfermagem de Lagoa Santa.

Como participante dessa comissão de profissionais de saúde da família no município, a autora contribui para a construção de um protocolo baseado na legislação e conhecimentos científicos recentes, como contribuição para um protocolo assistencial no SUS municipal de Lagoa Santa.

Esse protocolo assistencial procurou atender os princípios e diretrizes do SUS e estar em sintonia com requisitos que orientam a Estratégia Saúde da Família. Ele não foi o resultado apenas de práticas consolidadas pelo saber biomédico, procurou contemplar, também, as condições sociais e sistêmicas dos diferentes momentos da vida da população.

Nele, procurou-se apresentar uma descrição sumária do município e do Sistema Único de Saúde do município de Lagoa Santa. E procurou-se, através de uma busca na literatura virtual de recentes documentos técnicos, normativos e científicos, além das normas técnicas do Ministério da Saúde, informações relacionadas à assistência de Enfermagem na atenção básica, nos aspectos da promoção à saúde, prevenção a agravos e recuperação de doenças e que embasassem a construção de um protocolo.

É importante que esse instrumento seja orientador dos processos de trabalho da assistência à saúde e aumente de forma considerável as responsabilidades dos trabalhadores, gestores e comunidade e, diante disso será necessária a implementação de uma política de educação permanente, para que os profissionais exerçam o trabalho de forma segura e eficaz e possam sempre realizar as revisões pertinentes para manter atualizado este protocolo que será implantado.

REFERÊNCIAS

BOTAZZO, Carlos; GIUDICE, Ana Claudia M. Pimenta; PEZZATO, Luciane Maria. **Práticas avaliativas:** reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família Rev. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 32-42, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/05.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Disponível em: <<http://www.alep.pr.gov.br/system/files/corpo/Con1988br.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Portaria n.º 95/GM, de 26 de janeiro de 2001.** Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13475>. Acesso em: 25 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 25 jun.2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica.** Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399 de 22 de fev. de 2006 (1).** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de mar. de 2006 (2)**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família**: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Informações sobre os municípios brasileiros**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=313760&search=minas-gerais|lagoa-santa>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

LAGOA SANTA. Prefeitura Municipal. **Informações sobre a Cidade de Lagoa Santa**. 2013. Disponível em: <http://www.lagoasanta.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=266&Itemid=99>. Acesso em: 28 nov. 2013.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES-MG. Notícias. **Guia dos SUS de Lagoa Santa**. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cievsminas/story/3376-lagoa-santa-lanca-guia-do-sus-sesmg>>. Acesso em 02 de dez de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSmg.def>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

ORTIZ, Maria Carolina Alves; ZANETTI, Maria Lúcia. **Levantamento dos fatores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior**. *Rev Latino-americana de Enfermagem*. 2001, vol.9, n.3, pp. 58-63. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11499.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. **Processo de Trabalho em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.epsiv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço.** Nescon/UFMG, Coopmed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

APENDICE

PROPOSTA DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM DO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA, MG.

FICHA TÉCNICA

Fernando Gomes Pereira Neto
Prefeito Municipal de Lagoa Santa

Fabiano Moreira da Silva
Secretário Municipal de Saúde de Lagoa Santa

Maria de Lourdes Peixoto da Silva
Coordenadora do Núcleo de Atenção à Saúde de Lagoa Santa - NAS

CONSULTORES TÉCNICOS:

Emerson Pereira de Melo
Farmacêutico e Bioquímico do Município de Lagoa Santa.

Endy Puff Mendes do Valle
Enfermeira da Farmácia Municipal de Lagoa Santa
Especialista em Oncologia – UMA

Flávia Rezende Calonge
Enfermeira Responsável Técnica de Unidade de Saúde da Família

Lilian Aparecida Amorim Rodrigues
Enfermeira Responsável Técnica da Unidade de Saúde da Família
Especialista em Estratégia de Saúde da Família.

Janine Viana Baroni Valgas
Enfermeira Responsável Técnica da Unidade de Saúde da Família

Márcio Tatsuo Kasume
Farmacêutico e Bioquímico - Coordenador do Laboratório Municipal de Lagoa Santa

Neil Armstrong Madureira Fontes
Médico de Unidade de Saúde da Família

COLABORADORES:

Flávia Maria Oliveira
Enfermeira Responsável Técnica da Unidade de Saúde da Família. Especialista em Estratégia de Saúde da Família e Administração Hospitalar.

Gedivânia de Oliveira Breder
Enfermeira Referência Técnica de Saúde da Trabalhador

João Paulo de Carvalho
Médico da Unidade de Saúde da Família

Marielle Silva Costa
Enfermeira e Especialista em Estratégia de Saúde da Família.

Poliana Neuls
Enfermeira

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	2
1 – INTRODUÇÃO	3
1.1 – Características do município	3
1.2 – Aspectos legais	5
1.3 – Objetivo	6
1.4 – Metodologia	6
2 – DESENVOLVIMENTO	7
2.1 – Saúde da Criança	7
2.2 – Saúde do Adolescente	20
2.3 – Saúde da Mulher	23
2.4 – Saúde do Adulto	39
2.5 – Planejamento Familiar	47
2.6 – Doenças Crônicas	55
2.6.1 – Hipertensão Arterial	55
2.6.2 – Diabetes Mellitus	67
2.7 – Hanseníase	72
2.8 – Tuberculose	74
2.9 – Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST	87
2.10 – Saúde do Idoso	92
2.11 – Saúde do Trabalhador	95
3 – REFERÊNCIAS	102
4 – VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO PROTOCOLO	104

APRESENTAÇÃO

A saúde pública pode ser considerada uma ciência e encarada como a arte de prevenir doenças, prolongar a vida, promover a saúde física, a independência e a autonomia do indivíduo. Em um contexto mais específico, almeja também o saneamento do meio, o combate às doenças transmissíveis que ameaçam a coletividade e a organização dos serviços para o diagnóstico precoce e medidas preventivas, além do estabelecimento de condições sociais que assegurem um nível de vida favorável à manutenção da saúde.

A atuação da enfermagem em saúde pública combina habilidades específicas exercendo funções que visam à promoção da saúde, a melhoria das condições sociais e físicas do meio, a reabilitação e a prevenção das doenças e das incapacidades. A enfermagem dedica-se aos cuidados às famílias sadias e àquelas que apresentam morbidades, além de problemas de saúde que afetam o meio social.

As atividades de enfermagem exigem a adoção do princípio da divisão de trabalho em equipe, a qual incentiva todos os membros a participarem, de maneira articulada e responsável, nas atividades que lhes são atribuídas.

1 - INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas de saúde pública que se tem conhecimento, foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas 8080/1990 e 8142/1990, é baseado na concepção de saúde como direito de cidadania. O SUS encontra-se em pleno processo de crescimento e consolidação. Desde a sua criação, o SUS vem passando por importantes mudanças no processo de estruturação dos serviços de saúde e no padrão de assistência à saúde oferecida à população, dentre essas mudanças, podemos ressaltar o processo de descentralização de responsabilidades, o avanço significativo na sua universalização, a integralidade do atendimento, a equidade e a participação social, e a reestruturação da Atenção Básica (BRASIL, 2002). O Programa Saúde da Família é visto como a principal estratégia de reorganização da atenção básica, garantindo assistência integral à saúde do indivíduo, família e comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

A Atenção Básica à saúde, fundamentada pelos princípios do SUS, é definida como “[...] conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. (BRASIL, 2003, p. 15).

A Atenção Básica busca garantir aos usuários acesso universal e contínuo ao sistema de saúde, criando-se um vínculo de co-responsabilidade entre a rede de serviços e a população, visando com isso à efetivação da integralidade e da equidade no atendimento (BRASIL, 2006b).

As Unidades de ESF desenvolvem seu trabalho através de uma equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e em torno de seis agentes comunitários. Pode-se contar ainda, em algumas unidades, com apoio odontológico, onde a equipe é formada por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2001). O trabalho em equipe na Saúde da Família tem papel fundamental na promoção à saúde, cada profissional precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso-crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, pensando na melhoria do atendimento faz-se necessário o Protocolo de Atendimento de Enfermagem.

1.1 – Características do município

O município de Lagoa Santa está integrado à Região Metropolitana de Belo Horizonte e à Microrregião de Saúde de Vespasiano. Está há 38 quilômetros de distância de Belo Horizonte, capital do estado e há 12 quilômetros de Vespasiano, sede da microrregião de saúde. Possui 230 quilômetros quadrados de área, é sede do Aeroporto Internacional Tancredo Neves, do Parque do Material Aeronáutico, da reserva ecológica Parque do Sumidouro, da Gruta da Lapinha e singular beleza de sua Lagoa Central e de seus entornos.

O município tem uma população de 52.526 habitantes, segundo Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresentando uma média de 228,37 habitantes/km² e média de 2,55 habitantes por domicílio, em cerca de 20.500 residências. Esta população está distribuída da seguinte forma: população masculina: 25.778 (49,08%); população feminina: 26.748 (50,92%).

O município de Lagoa Santa vem passando, desde o ano de 2010, por uma reestruturação no modelo de atenção à Saúde. Estão sendo intensificadas as implantações de ações voltadas para o atendimento à população de forma Humanizada, com acolhimento e resolubilidade baseada nos preceitos do SUS que são Universalidade, Integralidade e Equidade.

Atualmente a rede de atenção à saúde conta com 17 (dezessete) Equipes de Saúde da Família, além de três Unidades Apoio, atingindo 100% de cobertura. São 13.301 famílias assistidas pelo ESF, de acordo com dados do SIAB/MS em julho de 2013.

Para atender aos princípios de descentralização e regionalização dos serviços de saúde, o município foi dividido em quatro distritos sanitários, denominados de Regionais de Saúde. Assim, as Policlínicas Regionais foram criadas como equipamentos que visam descentralizar serviços essenciais aos

usuários como serviços de atendimentos de especialidades médicas básicas (pediatria, ginecologia e cardiologia), farmácia (dispensação de medicamentos) e laboratório (coleta de exames), além do atendimento da equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Atualmente existem seis Unidades de Farmácias Municipais, descentralizadas nos quatro distritos regionais. Existe ainda o Laboratório Municipal Central sendo responsável pela coleta sistemática e descentralizada nas quatro regionais de saúde.

A Atenção em Saúde Bucal apresenta atualmente 60% de cobertura da população na Estratégia de Saúde da Família com 10 (dez) equipes de saúde bucal e tem buscado se integrar crescentemente aos processos de trabalho em equipe, em conformidade com os princípios ordenadores e fundamentos da atenção básica.

O Município conta com três unidades de Saúde Mental, dentre elas o Centro de Atenção Psicossocial de categoria um (CAPS1), Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad) e o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Desta forma, a rede de Saúde Mental do Município de Lagoa Santa coloca como prioridade à reinserção de seus usuários na sociedade, trabalhando e reafirmando os valores individuais de cada usuário atendido por uma das três unidades de Saúde Mental presentes na cidade de Lagoa Santa- MG.

Atualmente o município conta com duas equipes do NASF Modalidade 1. A primeira equipe do NASF é composta por cinco profissionais de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Fonoaudiólogo; Profissional de Educação Física e Nutricionista), e a segunda equipe é composta por cinco profissionais de diferentes áreas (Psicólogo; Nutricionista e Educador Físico). Areladas às ações do NASF, estão atividades desenvolvidas pelo Programa de Academias Livres, que visam o combate ao sedentarismo e males associados. A equipe do NASF também orienta as atividades relacionadas à Ginástica Laboral. O município foi contemplado recentemente com um Polo da Academia da Saúde – Modalidade Ampliada que deverá ser construído em breve.

O Pronto Atendimento Municipal (PAM) é uma unidade de atendimento de Urgência e Emergência 24 horas, voltada para o atendimento de casos graves e situações de urgência, que impliquem em risco iminente de morte para o usuário. O PAM atualmente possui um contrato de cogestão com o Hospital Santa Casa de Lagoa Santa, devido ao funcionamento no mesmo espaço físico, assim o PAM usufrui da retaguarda hospitalar para suporte.

A rede de atenção à saúde do município conta ainda com dois Hospitais, sendo um deles exclusivo para o atendimento dos oficiais da aeronáutica, e o segundo filantrópico com 69 leitos e prestando serviços ao SUS, funcionando como a atual porta de atendimento hospitalar no município. Conta ainda com um Centro de Reabilitação e uma Equipe de Serviço de Atenção Domiciliar, implantada no segundo semestre de 2013.

Condições de gestão

O município se encontra na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, aderiu e assinou o Pacto pela vida e de gestão, conforme portaria nº 399/GM de 22/02/2006 e portaria nº 699/GM de 30/03/2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos. Considerando que a assinatura do termo de compromisso de gestão municipal substitui o processo de habilitação, após a assinatura do termo de compromisso e publicação de habilitação pelo Ministério da Saúde, o município de Lagoa Santa passou para a modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o município de Lagoa Santa faz parte da microrregião de Saúde de Vespasiano, conforme pactuado através da PPI - assistencial o município é referência em atendimento de média complexidade, como consultas especializadas, exames, urgência/emergência e internação hospitalar para os municípios da microrregião de saúde Vespasiano e de outros municípios fora da micro.

Caracterização do sistema de saúde

Rede pública

- O município de Lagoa Santa possui uma rede de serviços hierarquizada, onde a atenção primária se faz através de 17 Unidades Básicas de Saúde (USF's Visão, Aeronautas, Joana D'Arc, Bela Vista, Lundcéia, Centro, Promissão, Várzea, Joá, Novo Santos Dumont, Francisco Pereira, Moradas da Lapinha, Palmital, Vila Maria, Pôr do Sol, Campinho e Lapinha) mais três Unidades de Apoio (Morro do Cruzeiro, Lagoinha de Fora e Jardim Ipê) e uma equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). O Município conta também com quatro Policlínicas Regionais para atendimentos secundários e onde se encontra as referências de HIPERDIA, HANSENÍASE e TUBERCULOSE; o serviço de saúde mental é composto pelo CAPS I, o CAPS-AD e o CAPS-i. E, os atendimentos de urgência e emergência são realizados no PAM (Pronto Atendimento Municipal da Santa Casa de Lagoa Santa) e ainda existe o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e o SAD (Serviço de Atenção Domiciliar- Melhor em Casa).

Redes de referência

- Exames de alto custo são referenciados para Belo Horizonte e serviços contratados pela Secretaria Municipal de Saúde em Lagoa Santa;
- Especialidades, exceto as que existem no Município, são encaminhados para marcação via REGULAÇÃO de acordo com a PPI (Planejamento Pactuado Integrado) entre os municípios de Belo Horizonte, Vespasiano e Pedro Leopoldo.

Rede terceirizada (serviços contratados)

- Três clínicas de Fisioterapia; - Um prestador de radiologia, Ultra Som e Mamografia; - Dois laboratórios credenciados; - APAE.

Rede conveniada (parceiros); AMAVC; Florescer; Grupo da Terceira Idade do Jardim Ipê

Na Atenção Primária, as unidades básicas de saúde atendem dentro do modelo tradicional, sendo oferecida assistência preventiva e curativa através de consultas médicas nas clínicas básicas, consultas de enfermagem, imunizações e ações coletivas através de grupos operativos.

A referência secundária é realizada nas Policlínicas Regionais, onde se concentram as especialidades, servindo também de suporte para as equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF, que encaminham os usuários através de referência e contrarreferência.

Os procedimentos de fisioterapia são encaminhados para o Centro de Reabilitação- CREAB ou rede terceirizada e os atendimentos psicossociais para o Centro de Saúde Mental.

O município está integrado à Programação Pactuada e Integrada (PPI-assistencial), que é um importante instrumento de garantia de acesso aos serviços de referência em outros municípios. Com a PPI e o TFD, Lagoa Santa encaminha quando necessário, os usuários para os municípios de Belo Horizonte, Vespasiano, Pedro Leopoldo e Sete Lagoas.

1.2 Aspectos legais

A assistência de Enfermagem tem como finalidade garantir a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes, tendo como objetivo aprimorar os conhecimentos específicos de enfermagem, visando instrumentá-los. Desta maneira faz-se necessário a normatização das atribuições e condutas da enfermagem como membro da equipe Estratégia Saúde da Família de Lagoa Santa, orientada na

elaboração da padronização das atribuições de Enfermagem conforme Resolução do COFEN nº 317/2007, SAE 272/2002, COFEN 94.406/87, COFEN 195/97 e COFEN 7.498/86; respectivamente.

Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986; Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei 7498/86; na Resolução COFEN-159/1993; na Resolução do COFEN nº. 358/2009; na Resolução COFEN-195/1997 da Enfermagem.

Lei 5.905, de 12 de julho de 1973; competência legal Art.2º- O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são órgãos normatizadores, disciplinadores e fiscalizadores do exercício da profissão de Enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem. Através de:

Resoluções - Atos normativos que regulam matéria - COFEN;

Decisões – Atos normativos que orientam ações ou processos;

Pareceres - Opinião fundamentada sobre determinado assunto

Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

Decreto lei 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Portaria nº. 1.625, de 10 de julho de 2007, que altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) dispostas na Política Nacional de Atenção Básica.

1.3. Objetivo

Este Protocolo tem como objetivo principal garantir a qualidade da assistência de enfermagem através da padronização das ações e procedimentos de enfermagem, além de servir como instrumento para pesquisa por parte da equipe de enfermagem.

1.4. Metodologia

A elaboração do Protocolo Assistencial de Enfermagem do Município de Lagoa Santa se deu através de escolha pela equipe técnica (SMS) para elaboração do documento, considerando o perfil profissional dos enfermeiros envolvidos.

O trabalho foi iniciado em janeiro de 2013, com reuniões quinzenais da equipe e levantamento de fontes relevantes de pesquisa. Todos os capítulos foram construídos e avaliados conjuntamente.

Ao final do mês de novembro de 2013 o documento foi concluído e iniciou-se a fase de formatação e últimas revisões para que na primeira quinzena de dezembro de 2013 pudesse ser encaminhado ao secretário municipal de saúde para ser impresso e encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação e à Câmara Técnica do COREN (MG) para avaliação e correções que se fizerem necessárias.

2 - DESENVOLVIMENTO

A regulamentação do exercício profissional de Enfermagem foi estabelecida no Brasil há mais de 10 anos, através da Lei Federal 7.498, de junho de 1986 e Decreto Presidencial nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Essa regulamentação foi de fundamental valor para o reconhecimento desta categoria profissional, bem como para o estabelecimento dos direitos e deveres da mesma.

A Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa desenvolve um plano de assistência à saúde em pré-natal de baixo risco, hipertensão arterial, diabetes, acompanhamento ao desenvolvimento e crescimento da criança, tuberculose, prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, rastreamento e detecção precoce do câncer cérvico-uterino e do câncer de mama, além de outros pautados nas recomendações do Ministério da Saúde. Nesse contexto, as ações de enfermagem são referendadas pelo Conselho Federal de Enfermagem, em resolução de nº 15, datada de 18 de fevereiro de 1997 (dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros) e pela resolução COFEN nº 271/2002.

Os enfermeiros do Sistema Municipal de Saúde, dentro das rotinas do Ministério da Saúde, tendo de seus direitos resguardados pela legislação vigente e, conforme sua capacitação profissional, podem desenvolver as atribuições abaixo discriminadas, inclusive com a prescrição dos medicamentos e exames previstos nesse Protocolo de Enfermagem.

2.1 – Saúde da Criança (PUERICULTURA)

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

Coordenação de palestras e atividades propostas às crianças; pesagem das crianças avaliando ganho de peso mensal (anotar no gráfico desenvolvimento do cartão de vacina); consulta do enfermeiro (monitoramento e promoção de crescimento e desenvolvimento da criança); avaliar situação vacinal; promover a saúde da criança, atuando na prevenção de doenças infectoparasitárias).

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Anamnese: cumprimentar a mãe/acompanhante/criança cordialmente; apresentar-se; calcular a idade da criança pela data de nascimento e registrar no prontuário; perguntar à mãe/acompanhante sobre o estado da criança; manter contato visual e verbal com a criança; verificar a evolução do peso, altura e perímetro cefálico; verificar as vacinas e orientar sobre o calendário vacinal; Investigar a alimentação detalhadamente; avaliar os principais marcos do desenvolvimento infantil (desenvolvimento motor, comunicação expressiva e receptiva, percepção visual e auditiva); avaliar os sinais de perigo e situações de risco; registrar os dados no prontuário e no Cartão da Criança.

Exame físico: lavar as mãos com água e sabão e secar em papel toalha; verificar temperatura, peso, altura, perímetro cefálico; realizar exame físico geral da criança; verificar a presença de problemas oculares (catarata, glaucoma, estrabismo, entre outros); identificar lesões sugestivas de maus-tratos e/ou negligência; realizar o exame neurológico; lavar as mãos com água e sabão e secar em papel toalha; registrar o peso, altura e perímetro cefálico nos gráficos do prontuário e no cartão da criança; registrar o exame físico no prontuário.

Fechamento da consulta: orientar sobre cuidados com a higiene da criança, sono, saúde bucal e meio ambiente; orientar sobre: importância do aleitamento materno exclusivo, imunização, aspectos do desenvolvimento normal da criança, estimulação da criança com brincadeiras e afetividade; orientar para que a mãe/acompanhante possa identificar os sinais de perigo e, na presença destes, procurar a UBS; orientar sobre o acompanhamento da criança pela UBS; solicitar exames complementares, se

necessário; realizar prescrições, se necessário; verificar se a mãe/acompanhante compreendeu as orientações; agendar retorno, se necessário; despedir-se da criança/mãe/acompanhante; registrar as informações no prontuário e no cartão da criança; quadro de acompanhamento da criança até cinco anos.

AÇÕES DO 5º DIA

No 5º dia de vida, a criança deverá ser levada à UBS para as Ações do 5º dia. Sendo essa a primeira visita da criança ao serviço, inicia-se o programa de acompanhamento, e é fundamental que a criança seja bem acolhida e a família bem-orientada. São ações previstas: Preencher o Cartão da Criança com orientações à família sobre o seu objetivo e importância; Verificar o estado geral da criança e presença de sinais de perigo (Ver quadro): coletar o material para a triagem neonatal (Teste do Pezinho), orientando a família sobre quais são as doenças triadas, qual a importância do diagnóstico precoce e como será informada do resultado; aplicar a primeira dose de BCG e da hepatite B, com preenchimento do Cartão da Criança, e orientar a família sobre reações vacinais e retorno para as próximas vacinas; orientar sobre o aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e cuidados de higiene; verificar a presença de icterícia. se esta for detectável abaixo da cintura, a criança deve ser imediatamente encaminhada à consulta médica ou de enfermagem; agendar a primeira consulta; verificar o estado geral da mãe; aplicar a vacina anti-rubéola na mãe; agendar a consulta do pós-parto para a mãe; sinais gerais de perigo na criança de uma semana a dois meses, segundo a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Temas sugeridos: importância do teste do pezinho; importância da puericultura – acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; o aleitamento materno; vacinação; cuidados com o recém-nascidos; intercorrências (cólicas, choro, monilíase, dermatite, nódulos mamários, obstrução nasal, hérnia umbilical e inguinal, icterícia); acidentes domésticos.

MEDICAÇÕES. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN-317/2007: (Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames). Art. 1º - É ação da Enfermagem, quando praticada pelo Enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos. Art. 2º - Os limites legais, para a prática desta ação, são os Programas de Saúde Pública e rotinas que tenham sido aprovadas em Instituições de Saúde, pública ou privada. Art. 3º - O Enfermeiro, quando no exercício da atividade capitulada no art. 1º, tem autonomia na escolha dos medicamentos e respectiva posologia, respondendo integralmente pelos atos praticados.

Quadro 1. Prescrição de medicamento pelo enfermeiro. Tratamento medicamentoso padronizado pelo Ministério da Saúde				
Fármaco	Apresentação	Indicação	Dosagem diária	Observação
Benzoato de benzila	Solução 20%	Escabiose pediculose	Usar por três vezes em dias alternados.	Após o banho com água e sabão, passar no corpo do pescoço para baixo e deixar secar. Remover com um novo banho no dia seguinte.
Dipirona	Líquido	Febre/dor	1 gota/kg – 6/6 horas	Atenção quanto à possibilidade de síndrome de Steven Johnson ou de Lyell.

Quadro 1. Prescrição de medicamento pelo enfermeiro. Tratamento medicamentoso padronizado pelo Ministério da Saúde				
Fármaco	Apresentação	Indicação	Dosagem diária	Observação
Nistatina oral	Suspensão 100.000ui/ml	Monilífase oral	1ml em cada canto da boca de 6/6h	Manter por 14 dias. Retornar para reavaliação.
Nistatina creme	Bisnaga (creme)	Monilífase perineal	Usar na troca de fraldas de 6/6h	Higienizar a região antes da aplicação do creme. Manter por 14 dias.
Óleo mineral	Líquido	Crostas seborreia higiene	30 minutos antes do banho	
Pasta d'água	Creme	Intertrigo miliária	Após as trocas de fraldas	Higienizar a região antes da aplicação do creme.
Paracetamol	Líquido	Febre/dor	100 mg	2 gotas/kg
Paracetamol	Líquido	Febre/dor	200 mg	1 gota/kg
Polivitamínicos	Líquido	Profilaxia	10 gotas/ dia	Dose máxima: 12 gotas
Soro fisiológico 0,9%	Líquido	Obstrução nasal	½ conta gotas em cada narina de 2 em 2 horas	Orientar higienização das narinas quando necessário com criança sentada ou no colo.
Sulfato ferroso	Líquido	Profilaxia	1mg/kg/dia – (a termo) 2mg/kg/dia – (pré-termo) entre 30-60 dias, depois baixar para 1mg/kg/dia até dois anos.	5mg=1mg de ferro elemento 1gota=1,25mg de ferro dose máxima Profilática 15 mg/dia. Iniciar sulfato ferroso se aleitamento exclusivo aos seis meses, se desmame precoce, iniciar assim que ocorrer o desmame, até dois anos de idade. Administrar 30 minutos antes das refeições junto com suco que contenham vitamina c. Limpar os dentes após a administração do medicamento.
		Anemia	4-6 mg/kg/dia dividido por dois	
Neomicina Bacitracina	Pomada	Dermatose infectada	Aplicar na região três vezes ao dia por sete dias	Antes da aplicação do produto, higienizar a pele com banho morno.
Dexametasona	Creme	Processo inflamatório	Aplicar na região uma vez ao dia por cinco dias.	Reavaliar se não houver melhora após cinco dias.
Álcool absoluto	Líquido	Curativo do coto umbilical	Aplicar após higienização	Aplicar somente no coto umbilical.

Quadro 1. Prescrição de medicamento pelo enfermeiro. Tratamento medicamentoso padronizado pelo Ministério da Saúde

Fármaco	Apresentação	Indicação	Dosagem diária	Observação
Dexclorfeniramina	Suspensão 2mg/5ml	Alergias	Administrar três vezes ao dia	Crianças de 2 a 6 anos: ¼ de colher das de chá, três vezes ao dia. Crianças de 6 a 12 anos: ½ colher das de chá, três vezes ao dia. Adolescentes: uma colher das de chá, 3 a 4 vezes ao dia.

EXAMES COMPLEMENTARES DE ROTINA

De acordo com a resolução COFEN nº 317/2009, Art. 4º - Para assegurar o pleno exercício profissional, garantindo ao cliente/paciente, uma atenção isenta de risco, prudente e segura, na conduta prescritiva/terapêutica, o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares, conforme disposto na Resolução COFEN 195/97.

Pedir os seguintes exames complementares quando a criança completar um ano de idade: Hemograma; Glicemia; EAS ou urina rotina; EPF (três amostras).

CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO

(Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA). Orientações importantes para a vacinação da criança: (1) vacina BCG: Administrar o mais precoce possível, preferencialmente após o nascimento. Nos prematuros com menos de 36 semanas administrar a vacina após completar 1 (um) mês de vida e atingir 2 Kg. Administrar uma dose em crianças menores de cinco anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal. Contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase menores de 1 (um) ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Contatos de portadores de hanseníase com mais de 1 (um) ano de idade, sem cicatriz - administrar uma dose. Contatos comprovadamente vacinados com a primeira dose - administrar outra dose de BCG. Manter o intervalo mínimo de seis meses entre as doses da vacina. Contatos com duas doses não administrar nenhuma dose adicional. Na incerteza da existência de cicatriz vacinal ao exame dos contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase, aplicar uma dose, independentemente da idade. Para criança HIV positiva a vacina deve ser administrada ao nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças que chegam aos serviços ainda não vacinadas, a vacina está contra-indicada na existência de sinais e sintomas de imunodeficiência, não se indica a revacinação de rotina. Para os portadores de HIV (positivo) a vacina está contra indicada em qualquer situação.

(2) vacina hepatite B (recombinante): Administrar preferencialmente nas primeiras 12 horas de nascimento, ou na primeira visita ao serviço de saúde. Nos prematuros, menores de 36 semanas de gestação ou em recém-nascidos à termo de baixo peso (menor de 2 Kg), seguir esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida. Na prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento. A vacina e a HBIG administrar em locais anatômicos diferentes. A amamentação não traz riscos adicionais ao RN que tenha recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina.

(3) vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis* e *Haemophilus influenzae b* (conjugada): Administrar aos 2, 4 e 6 meses de idade. Intervalo entre as doses de 60 dias e, mínimo de 30 dias. A vacina adsorvida difteria, tétano e *pertussis* – DTP são indicados dois reforços. O primeiro reforço administrar aos 15 meses de idade e o segundo reforço aos 4 (quatro) anos. Importante: a idade máxima para administrar esta vacina é aos 6 anos 11 meses e 29 dias. Diante de um caso suspeito de difteria, avaliar a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados menores de 1 ano iniciar esquema com DTP+ Hib; não vacinados na faixa etária entre 1 a 6 anos, iniciar esquema com DTP. Para os comunicantes menores de 1 ano com vacinação incompleta, deve-se completar o esquema

com DTP + Hib; crianças na faixa etária de 1 a 6 anos com vacinação incompleta, completar esquema com DTP. Crianças comunicantes que tomaram a última dose há mais de cinco anos e que tenham 7 anos ou mais devem antecipar o reforço com dT.

(4) vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada): Administrar três doses (2, 4 e 6 meses). Manter o intervalo entre as doses de 60 dias e, mínimo de 30 dias. Administrar o reforço aos 15 meses de idade. Considerar para o reforço o intervalo mínimo de 6 meses após a última dose.

(5) vacina oral rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada): Administrar duas doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária:

- primeira dose: 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias.

- segunda dose: 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias.

O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias. Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação não repetir a dose.

(6) vacina pneumocócica 10 (conjugada): No primeiro semestre de vida, administrar 3 (três) doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade. O intervalo entre as doses é de 60 dias e, mínimo de 30 dias. Fazer um reforço, preferencialmente, entre 12 e 15 meses de idade, considerando o intervalo mínimo de seis meses após a 3ª dose. Crianças de 7-11 meses de idade: o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos 1 (um) mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses.

(7) vacina meningocócica C (conjugada): Administrar duas doses aos 3 e 5 meses de idade, com intervalo entre as doses de 60 dias, e mínimo de 30 dias. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.

(8) vacina febre amarela (atenuada): Administrar aos 9 (nove) meses de idade. Durante surtos, antecipar a idade para 6 (seis) meses. Indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação da vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios destes estados, buscar as Unidades de Saúde dos mesmos. No momento da vacinação considerar a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, buscar informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde do Estado. Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem. Administrar reforço, a cada dez anos após a data da última dose.

(9) vacina sarampo, caxumba e rubéola: Administrar duas doses. A primeira dose aos 12 meses de idade e a segunda dose deve ser administrada aos 4 (quatro) anos de idade. Em situação de circulação viral, antecipar a administração de vacina para os 6 (seis) meses de idade, porém deve ser mantido o esquema vacinal de duas doses e a idade preconizada no calendário. Considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. O Calendário de Vacinação será modificado de acordo com o Ministério da Saúde.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA COM BAIXO PESO E ANEMIA

(Conduas recomendadas de acordo com a inclinação da curva peso-idade de crianças até 5 anos de idade. Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte, 2005). Coordenação de grupos em educação em saúde a pacientes com baixo peso e anemia; pesagem da criança, avaliando ganho de peso mensal (anotar no gráfico de desenvolvimento do cartão de vacina); consulta do enfermeiro (monitoração e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança); visita domiciliar; colocar a imunização das crianças em dia; promover a saúde da criança, atuando na prevenção de doenças infecto parasitárias e em sua recorrência; interagir com o responsável pela criança, elogiando sempre se houver ganho de peso e estimulando quando a resposta não for satisfatória; promover parcerias (igrejas, escolas, creches). Grupos de Educação em Saúde. Temas sugeridos: Alimentação saudável e alternativa; Doenças infecto parasitárias recorrentes e desnutrição; Importância do aleitamento materno; Visita Domiciliar. Vistas domiciliares deverão ser direcionadas a identificação de fatores que possam acarretar em baixo peso e ou anemia da criança e formas de tentar solucioná-los. Deverá avaliar costumes alimentar e tipo de alimentação e seu preparo. Avaliar as condições de higiene e organização do ambiente e a situação sócia – econômica -cultural da família. Consulta do Enfermeiro. As consultas do Enfermeiro deverá obedecer as propostas da resolução COFEN nº 317/2009. Agendar consulta conforme a necessidade e realizar acolhimento de crianças baixo peso e ou anemia em demanda espontânea no serviço. A consulta

deverá ter anamnese e exame físico detalhado. Quanto as Medicamentos (Ver Quadro 2) - Prescrição de Enfermagem (RESOLUÇÃO 317/2007). Quanto aos exames complementares e de rotina: De acordo com a resolução COFEN nº 317/2009, art 4º - Para assegurar o pleno exercício profissional, garantindo ao cliente/paciente, uma atenção isenta de risco, prudente e segura, na conduta prescritiva/terapêutica, o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares, conforme disposto na Resolução COFEN 195/97. Pedir os seguintes exames: Hemograma; EPF (3 amostras).

Quadro 2. Prescrição de medicamentos pela enfermagem. Atendimento à criança com baixo peso e anemia				
Fármaco	Apresentação	Indicação	Dose diária	Observação
Sulfato ferroso	Líquido	Anemia	Idade/ Peso	Acompanhar suco de frutas cítricas. Informar a mãe que as fezes irão ficar escuras. No caso de baixa aderência ao tratamento por desconforto gástrico ou intestinal, reduzir dose à metade, 3 vezes por semana.
			2 a 3 meses (4-<6kg)	2mg/kg dia ou 0,5ml/dia
			4 a 11 meses (6-<10kg)	2 mg/kg/dia ou 1ml/dia
			1 a 2 anos (10-< 14 kg)	3mg/kg/dia ou 1,5ml/dia
			3 a 4 anos (14 – 19 kg)	3mg/kg/dia ou 2 ml/dia
Poli-vitaminico	Líquido	Baixo peso	12 gts/dia	-dose maxima 12 gtas/dia

DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA - DIARRÉIA Fluxograma de atendimento

Identificar as crianças com diarreia aguda (Quadro 2) ou persistentes e definir condutas; orientar quanto ao preparo do soro caseiro e/ou do sro, distribuindo conforme a quantidade a ser administrada até a reidratação total; demonstrar a mãe como administrar a solução de sro (dar com frequência pequenos goles usando copo ou colher. caso a criança vomite, aguardar 10 minutos, continuando lentamente); incentivar o aleitamento materno sempre que a criança desejar; recomendar manter a alimentação; recomendar administração de líquidos adicionais; orientar a mãe que a base do tratamento da diarreia é a manutenção do estado de hidratação e adequado suporte nutricional; orientar a mãe quanto aos sinais de gravidade: letargia, choro sem lágrimas, secura na boca, turgor cutâneo diminuído, sangue nas fezes, recusa da alimentação líquida ou sólida.

O **soro caseiro** deve ser preparado com 1 litro de água filtrada ou fervida, 1 colher de sobremesa de açúcar e 1 pitada de sal.

O **Soro de Reidratação Oral (SRO)** deve ser preparado misturando o conteúdo do pacote de SRO em 1 litro de água fervida ou filtrada e administrado conforme tabela do Quadro 3.

Quadro 3. Volume de administração de Soro de Reidratação Oral, em diarreias				
Idade*	Até 4 meses	4 a 11 meses	12 a 23 meses	2 a 4 anos
Peso	< 6 kg	6 - < 10kg	10 - < 12kg	12 – 19 kg
SRO (ml)	200 – 400	400 – 700	700 – 900	900 - 1400

*Somente utilizará idade da criança quando desconhecer o peso.

Tratamento da criança com **diarreia, sem sinais de desidratação** – PLANO A

O tratamento da criança com diarreia e sem desidratação é realizado em casa. A família deve ser bem-esclarecida quanto à hidratação e alimentação. As regras são: - Dar líquidos adicionais, inclusive o SRO, se a criança aceitar; - Continuar o esquema alimentar habitual da criança, com pequenas correções, se necessário, para evitar a piora da diarreia; - Orientar a família a reconhecer os sinais de desidratação e como preparar o SRO (Quadro 3). Recomendar que, ao aparecimento dos sinais de piora, o SRO deve ser mantido e a criança deverá retornar imediatamente à Unidade de Saúde; Encaminhar para sala de medicações para fornecimento dos sais de reidratação e notificação do MDDA (Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas); - Persistindo o mesmo quadro, voltar em até 2 dias; Agendar uma avaliação em um mês para orientação nutricional, especialmente; - A família deve ser orientada para oferecer líquidos adicionais sempre que a criança evacuar, tomando-se por base 50 a 100 ml/vez para crianças até 1 ano e 100 a 200 ml/vez para as maiores de 1 ano.

Quadro 4. Sinais para a classificação do estado de hidratação	
Presença de 2 dos sinais abaixo: _ Letárgica ou inconsciente; _ Olhos fundos; _ Não consegue beber ou bebe muito mal; _ Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior.	DESIDRATAÇÃO GRAVE
Presença de 2 dos sinais abaixo: _ Inquieta, irritada; _ Olhos fundos; _ Bebe avidamente, com sede; _ Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior.	DESIDRATAÇÃO
Não há sinais de desidratação	

Fonte: Adaptado do *Manual de quadros do AIDPI*, Ministério da Saúde, 2002

Tratamento da criança com **diarreia e desidratação** – PLANO B

Para a criança desidratada, deve-se instituir a Terapia de Reidratação Oral (TRO), na Unidade de saúde, durando, em média, 4 horas; - Encaminhar para sala de medicações para fornecimento dos sais de reidratação e notificação do MDDA (Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas); - Durante o período de reidratação, os lactentes devem continuar recebendo apenas leite materno. As crianças que se alimentam com leite de vaca e/ou papa e/ou comida de casa retornarão ao esquema alimentar habitual somente ao receber alta para ir para casa, com as correções necessárias para que não haja piora da diarreia. Durante a reidratação, deverão ser mantidas em jejum; - O SRO deve ser preparado na unidade de saúde, e a família orientada sobre como oferecê-lo.

- O volume de soro a ser ingerido depende da aceitação da criança, mas, em regra, deverá receber de 50 a 100 ml/kg em 4 horas. Deve ser administrado da maneira mais cômoda e fácil para os familiares, em intervalos de 15 a 20 minutos, respeitando a capacidade gástrica que é de 20 a 30 ml/kg/hora;
- A observação pela equipe de saúde deve ser frequente, de 30 em 30 minutos, e a criança pesada a cada 2 horas. Espera-se que os sinais de desidratação desapareçam nas 4 horas;
- Se aparecerem vômitos, diminuir o volume e a frequência de oferta do soro;
- Os antieméticos não estão indicados, pois costumam sedar a criança, dificultando a ingestão do soro;
- Deve-se suspender a hidratação oral e iniciar o PLANO C na presença das seguintes condições: Alteração do nível de consciência; Vômitos persistentes; Ausência de ganho ou perda de peso com 2 horas de TRO; Suspeita de íleo paralítico (vômitos biliosos, distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos).

- Uma vez hidratada, a criança deve ser levada para casa com as orientações do PLANO A. A mãe deverá levar para casa envelopes do soro para oferecer à criança sempre que esta evacuar/vomitou ou se notar que estão aparecendo sinais de desidratação. A quantidade de soro a ser oferecida deve ser de 50 a 100 ml/vez para crianças até 1 ano e 100 a 200 ml/vez para as maiores de 1 ano.

Tratamento da criança com diarreia e desidratação grave – PLANO C

- A criança com desidratação grave deverá ser tratada em ambiente hospitalar.

DIARREIA - GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE. Orientar sobre ações preventivas ao combate da diarreia, como melhoria do estado nutricional, higiene, saneamento básico. Deve estimular o aleitamento materno, higienização correta dos alimentos, ingestão de água filtrada, fervida ou tratada. Salientar a preparação higiênica e armazenamento de alimentos, da lavagem de mão após defecações, destino apropriado de das fezes e do lixo, combate a moscas e baratas.

DIARREIA - VISITA DOMICILIAR. Deverá realizar visita domiciliar, para aquela criança que persistir com o quadro diarreico, a fim de avaliar condições da criança, ambiente em que vive no qual está sendo preparado e administrado o tratamento.

DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA – DESNUTRIÇÃO. Fluxograma de atendimento

Tratamento: incentivar o aleitamento materno, contornando possíveis problemas e estimulando a lactação; utilizar alimentos de alto valor nutritivo, levando em consideração o equilíbrio entre os nutrientes e a densidade energética; aumentar a densidade energética com a adição de óleo vegetal a cada refeição de sal; para menores de 1 ano, acrescentar 1 colher de sobremesa de óleo e, para maiores de 1 ano, acrescentar 1 colher de sopa de óleo a cada refeição salgada. estimular o uso de outras fontes de lípidos, como manteiga e margarina, no preparo dos alimentos; utilizar alimentos adequados à idade da criança; evitar alimentos muito diluídos ou com altas concentrações de açúcar; usar alimentos disponíveis regionalmente e variados, respeitando o paladar, hábitos culturais, condições socioeconômicas e evitando a monotonia alimentar e anorexia; recomendar preferencialmente as frutas da estação e de maior valor calórico, como banana, abacate etc. estimular o consumo de folhas verdes, cereais e leguminosas; respeitar a capacidade gástrica da criança (20 a 30 ml/kg de peso); aumentar o número de refeições diárias (6 a 7 refeições/dia); solicitar hemograma completo e EPF; prescrever sais de ferro em dose profilática ou, se houver anemia, em dose terapêutica (ver quadro 2); prescrever suplementação com vitaminas nos casos em que houver história ou sinais de carência específica ou, ainda, de acordo com as recomendações vigentes (ver quadro 2); A administração excessiva de polivitamínicos pode levar à hipervitaminose, principalmente relacionada às vitaminas A e D; orientar a aquisição, armazenagem, seleção, higienização e preparo dos alimentos.

Rotina do acompanhamento da criança desnutrida: para crianças menores de 2 anos, o intervalo máximo entre os atendimentos é de 30 dias, para as maiores de 2, o intervalo máximo entre os atendimentos é de 60 dias; - as crianças mais graves deverão ser atendidas em intervalos menores – quinzenalmente ou semanalmente, se necessário; - os atendimentos individuais devem ser intercalados com os atendimentos de grupo e com as atividades educativas e de promoção à saúde; - à medida que a criança for se recuperando, os atendimentos poderão ser mais espaçados; - o acolhimento do desnutrido e o atendimento não-programado em situações emergenciais devem ser garantidos, ainda que não haja agendamento, lembrando-se de que a desnutrição é sempre uma condição de elevado risco para doenças infecto-contagiosas.

DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA - TOSSE E OU DIFICULDADE RESPIRATÓRIA. Fluxograma de atendimento

Resfriado comum (rinofaringite aguda); para combater febre e dor, devem ser usados antitérmicos e analgésicos comuns, e, para aliviar a obstrução nasal, o soro fisiológico (quadro 2); recomenda-se sempre aumentar a oferta de líquidos, pois ela facilita a fluidificação e, conseqüentemente, a eliminação das secreções; não são indicados os medicamentos antitussígenos, mucolíticos e

vasoconstritores, quer sejam sistêmicos ou tópicos; vaporização (umidificação do ar inspirado com vapor quente) pode facilitar a drenagem de secreções, mas deve-se tomar cuidado com a limpeza do vaporizador/inalador para que não provoque outra infecção; é importante respeitar a recusa de alimentos, procurando oferecer aqueles para os quais o paciente mostrar melhor aceitação; os familiares devem ser orientados para o reconhecimento precoce das complicações.

Asma (medidas preventivas de controle dos alérgenos ambientais). Local onde o asmático dorme: colocar capas protetoras nos colchões e travesseiros, idealmente de material próprio para alérgicos, impermeáveis à passagem de alérgenos e permeáveis à transpiração, que devem ser retiradas para lavar a cada 2 semanas, alternativamente, podem ser usados tecidos como napa, courvim e plástico hospitalar. Quando não for possível, expô-los ao sol semanalmente; evitar beliches. Caso seja inevitável, o paciente deve ficar na parte de cima; lavar semanalmente as roupas de cama, inclusive cobertores e acolchoados, preferencialmente em água quente (55° c) ou passá-los com ferro; evitar cobertores e roupas de lã, preferir acolchoados ou fazer capas laváveis para os cobertores de lã. Ambiente domiciliar como um todo: Não fumar dentro do domicílio, mesmo quando a criança está ausente. Manter as superfícies livres de objetos que acumulem poeira: livros, revistas, brinquedos de pelúcia etc. Preferir cortinas de tecido leve, passíveis de lavagem frequente (quinzenal) ou persianas. Controlar a umidade dentro de casa: permitir a ventilação e insolação da casa e evitar coleções de água. Os vaporizadores podem ser fontes de bolor se utilizados por longos períodos. Evitar tapetes e carpetes. Quando não for possível evitá-los, deve-se expô-los ao sol semanalmente. Evitar estofados ou revesti-los com tecido impermeável (napa e courvim), que permita a limpeza diária com pano úmido, ou capa lavável. Evitar produtos de limpeza e de higiene pessoal com odor forte. Fazer a remoção da poeira com pano úmido. Não usar vassouras, espanadores e aspiradores comuns a vácuo. O aspirador que pode ser utilizado deve ter filtro adequado do tipo HEPA (High Efficiency Particulate Air). Recomendar que o paciente não permaneça dentro do mesmo ambiente durante os períodos de limpeza. Remover o mofo do ambiente. Podem ser usados: água sanitária (diluída com água 1:1), ácido fênico 5% e lisofórmio (diluído com água 1:9). Remover pássaros, gatos e cães de dentro do domicílio. Evitar baratas, mantendo os alimentos bem-acondicionados e os ralos tampados. Evitar plantas dentro do domicílio. Não usar inseticidas (ou espiral) e repelentes de ação contínua acoplados a tomadas elétricas. Não usar fogareiros de querosene. Não fazer reformas, pinturas e dedetizações na presença do asmático. Preferencialmente, ele deve ficar um período em outra casa até o desaparecimento do cheiro. Estimular atividades ao ar livre.

DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA - PARASITOSE INTESTINAL. Fluxograma de atendimento

Tratamento: deve ser feito com medicamentos eficazes e que estejam disponíveis na rede da farmácia municipal; em crianças acometidas por dois ou mais parasitas, tratar inicialmente aqueles que apresentem risco de migração (ascaridíase e estrogiloidíase) ou os que estejam provocando maior repercussão clínica; se for diagnosticada enterobíase (oxiuríase), tratar também os contatos domiciliares; orientar quanto às medidas preventivas.

DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA - ANEMIA FERROPRIVA. Fluxograma de atendimento

Tratamento: administração do ferro. O sulfato ferroso possui a quinta parte de ferro elemento (Fe^{2+}), portanto, 125 mg de sulfato ferroso possui 25 mg de Fe^{2+} e 200 mg possui 40 mg de Fe^{2+} ; cuidados estritos devem ser tomados para evitar a ingestão acidental e a superdosagem de ferro por crianças, pois seu baixo índice terapêutico pode levar a toxicidade fatal; ao término do tratamento, manter dose profilática (Quadro 2), se a criança tiver menos de 24 meses de vida. A desnutrição protéico-calórica e as parasitoses devem ser abordadas simultaneamente para o sucesso do tratamento da anemia ferropriva; se houver parasitas e/ou outras doenças associadas, fazer o tratamento; estimular o consumo de alimentos ricos em ferro, especialmente carnes; estimular o consumo de alimentos ricos em vitamina C nas refeições de sal.

Quadro 5. Medicamentos de uso comum em problemas de saúde de crianças		
Indicação	Medicamento	Posologia
Anemia Ferropriva Prevenção	Sulfato Ferroso, 25 mg/ml de Fe ²⁺ = 125 mg/ml de sulfato ferroso Frasco conta-gotas 30 ml / Xarope 25 mg/5ml	A termo: a partir do 6º mês de vida ou logo após o desmame: 5 ml uma vez por semana (ou 1 mg/kg/dia de ferro elemento, em 1 tomada) até 24 meses. Prematuro e RN de baixo peso: a partir de 6 semanas de vida. 2 mg/kg/dia de ferro elemento por 2 meses e, após, 1 mg/kg/dia até 24 meses.
Anemia Ferropriva Tratamento	Sulfato Ferroso, 25 mg/ml de Fe ²⁺ = 125 mg/ml de sulfato ferroso Frasco conta-gotas 30 ml / Xarope 25 mg/5ml	3 mg/kg/dia de ferro elemento, em 1 ou 2 tomadas por 2-3 meses (até normalização da hemoglobina; após a normalização da hemoglobina, manter a administração por mais 3 meses). Orientações: Tomar o sulfato ferroso 30 a 60 minutos antes da refeição. Oferecer, junto ou logo após a administração do medicamento, suco de fruta, pois a vitamina C facilita a absorção do ferro. Informar e orientar as mães sobre o escurecimento dos dentes, das fezes e alterações do hábito intestinal (diarréia ou constipação). Evitar o uso de chás ou leite de vaca durante ou até 1 hora após a ingestão do medicamento, para não reduzir a absorção do mesmo.
Hipovitaminose A e D. Prevenção	Polivitamínico Protovit plus®, 1 ml possui 3000 UI Vit. A e 900 UI Vit. D, além de Vit. E e outras vitaminas hidrossolúveis	1500 UI de Vitamina A por dia e 400 UI de Vitamina D por dia (10-12 gotas) a partir da 3ª semana de vida - até os 24 meses. Orientações: As crianças devem ser expostas ao sol, para que se processe a formação endógena da vitamina D. A exposição deve ser diária, com a criança despida, por 5 minutos ou por 10 a 15 minutos, se parcialmente vestida.
Diarréia/ desidratação	Soro para reidratação oral (SRO)	Fazer a classificação com relação ao estado de hidratação e iniciar o plano específico. (Plano A, B ou C); Orientações: Diluir o conteúdo do envelope em um litro de água filtrada ou fervida fria. Não armazenar a solução em recipiente de alumínio ou de ferro, colocar na geladeira, não aquecer, manter o recipiente tampado, utilizar em no máximo 24h.

Quadro 5. Medicamentos de uso comum em problemas de saúde de crianças		
Indicação	Medicamento	Posologia
Febre ou dor	<p>Paracetamol, 200 mg/ml solução oral. 1 ml possui geralmente, 20 gotas. Frasco conta-gotas, 10 ml.</p> <p>Ibuprofeno, 50 mg/ml sol. Oral - 1 ml = 10 gotas</p> <p>Dipirona sódica, 500 mg/ml sol. Oral. 1 ml possui, geralmente, 20 gotas.</p>	<p>10-15 mg/kg/dose a cada 6 horas. Fórmula prática = 1 gota/kg. Dose máxima: 750 mg/dia; 230 mg/dose.</p> <p>Dose antitérmica/analgésica = 5-10 mg/kg/dose a cada 6-8 horas. Fórmula prática = 1-2 gts/kg/dose</p> <p>(10 a 25 mg/kg/dose, em média, 15 mg/Kg/dose a cada 6 horas = 0,6 gota/kg (máximo 100 mg/kg/dia).</p>
Obstrução nasal	Soro fisiológico	<p>A instilação de soro fisiológico nas narinas pode ser feita sempre que necessário, especialmente antes das refeições e antes de dormir. A solução pode ser preparada em casa, adicionando-se 1 colher das de café (2 gramas) de sal de cozinha para 1 copo (200 ml) de água fervida;</p> <p>Dosagem: 2 gotas em cada narina, sempre que necessário.</p> <p>Orientações: A solução deve ser guardada em geladeira, com o frasco de vidro previamente lavado com água e sabão e tampado, para evitar contaminação.</p>
Refluxo gastroesofágico	<p>Pode ser fisiológico ou patológico.</p> <p>Refluxo Fisiológico: resultante da imaturidade dos mecanismos naturais de defesa anti-refluxo. Grande frequência do refluxo nessa idade, com redução das regurgitações e vômitos em torno de 4 a 6 meses de vida.</p> <p>Refluxo Patológico: as regurgitações são acompanhadas de ganho insuficiente de peso, sinais sugestivos de esofagite, otites, sinusites, broncoespasmo e apnéia.</p>	<p>Os pais devem ser orientados sobre a natureza benigna do refluxo fisiológico. Devem-se recomendar medidas posturais: berço elevado, decúbito lateral direito para dormir, não amamentar deitado, permitir que a criança arrote sempre que mamar, evitar deitar o RN logo após as mamadas.</p> <p>Na presença de sinais e sintomas sugestivos de refluxo patológico, deve-se encaminhar a criança ao pediatra.</p>

Quadro 5. Medicamentos de uso comum em problemas de saúde de crianças		
Indicação	Medicamento	Posologia
Impetigo	Lesões vesiculosas com secreção purulenta e base hiperemiada. A extensão do acometimento pode ser variada. O RN com impetigo de pequena extensão e sem nenhuma outra alteração pode ser tratado ambulatorialmente com antibiótico oral. Nos casos de grande extensão das lesões com ou sem outros sinais e sintomas (sinais de perigo), o RN deve ser encaminhado para um atendimento de maior complexidade.	Encaminhar ao pediatra.
Varicela, impetigo, estrófulo, disidrose, eczema ou lesões exsudativas.	Utilizar localmente antisséptico/secativo.	Solução de Permanganato de potássio: diluir 1 comprimido (100 mg) em 1 litro de água e aplicar compressas nos locais afetados 2-3 vezes ao dia.
Dermatite de contato por irritante primário ("dermatite das fraldas"). Monilíase genital	Miconazol creme Pasta d'água	Aplicar uma fina camada do creme sobre a pele a ser tratada a cada troca de fraldas, após higiene genital com água morna e sabão neutro.
Escabiose	Para crianças com menos de 15 kg Para crianças com mais de 15 kg	Deltametrina loção a 0,02% ou Permetrina loção a 5%: aplicar a loção em toda a pele (exceto face e couro cabeludo), após o banho, à tarde ou à noite, por 7 noites. Tomar novo banho após 8h (pela manhã). Repetir o tratamento em 7-14 dias. Ivermectina 0,2 mg/kg em D.U.
Pediculose	Deltametrina, Loção a 0,02%, ou Permetrina, Loção a 1%	Aplicar a loção, friccionando suavemente o couro cabeludo. Deixar agir por 5 minutos e enxaguar bem. Repetir o esquema por quatro dias consecutivos. Após sete dias, orientar o uso por mais quatro dias. Obs.: usar solução de vinagre e água (1:1) para retirar lêmdeas (pente fino).
Monilíase oral	Nistatina susp. Oral, 100.000 UI/ml	Aplicação gota a gota de 6 ml (ou 1 conta-gotas) 6/6 horas dia por 7 dias. Fazer compressas com Bicarbonato de Sódio em água morna (1 colher de chá para um copo d'água).

Quadro 5. Medicamentos de uso comum em problemas de saúde de crianças		
Indicação	Medicamento	Posologia
Dermatite seborréica	A dermatite seborréica tem caráter crônico, com tendência a períodos de melhora e de piora. A doença costuma se agravar no inverno e em situações de fadiga ou estresse emocional. As manifestações mais frequentes ocorrem no couro cabeludo e são caracterizadas por intensa produção de oleosidade (seborréia), descamação (caspa) e prurido (coceira).	Óleo mineral ou vaselina líquida: aplicar no couro cabeludo e, após 1 hora, escovar ou passar pente fino para retirada das crostas, 1 vez ao dia. Lavar com água e sabão e secar suavemente. Caso haja infecção bacteriana ou não haja melhora, encaminhar ao pediatra.
Ascaridíase	Albendazol, Susp. Oral 10 ml/400 mg	10 ml em dose única. Repetir após 14 dias
Tricuríase	Albendazol, Susp. Oral 10 ml/400 mg	10 ml em dose única. Repetir após 14 dias
Necatoríase	Albendazol, Susp. Oral 10 ml/400 mg	10 ml em dose única. Repetir após 7 dias
Ancilostomíase	Albendazol, Susp. Oral 10 ml/400 mg	10 ml em dose única. Repetir após 7 dias
Oxiuríase (enterobíase)	Albendazol, Susp. Oral 10 ml/400 mg	10 ml em dose única. Repetir após 14 dias
Himenolepiíase	Praziquantel, Comp. 150 mg	25 mg/kg em dose única. Repetir após 10 dias
Estrongiloidíase	Ivermectina, Comp. 6 mg	> 15 kg: 0,2 mg/kg em dose única
	Albendazol, Susp. Oral 10 ml/400 mg	10 ml por 3 dias. Repetir após 14 dias
Teníase	Praziquantel, Comp. 150 mg	10 mg/kg em dose única
	Albendazol, Susp. Oral 10 ml/400 mg	10 ml por 3 dias
Esquistossomose	Praziquantel, Comp. 150 mg	60 mg/kg divididas em 2 tomadas em um único dia (intervalo de 4-8 horas)
	Oxamniquina, Susp. oral 50 mg/ml	20 mg/kg em dose única, após refeição
Giardíase	Metronidazol, Susp. Oral 40 mg/ml	20 mg/kg/dia, 12/12 horas, por 7 dias
Amebíase	Metronidazol, Susp. Oral 40 mg/ml	30-40 mg/kg/dia, 8/8 horas, por 7 dias; Tratamento da forma assintomática é controverso. Deve-se fazer erradicação luminal do protozoário após resolução do quadro invasivo (disenteria, abscesso hepático, etc.). Para erradicação luminal: teclozana susp. oral 10 mg/ml – até 15 kg: 2,5 ml 8/8 h por 5 dias; > 15 kg: 5 ml 8/8 h por 5 dias.

2.2 Saúde do Adolescente

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), a adolescência é delimitada como o período entre os 10 e 19 anos, sendo o período entre 10 e 25 anos considerado como juventude. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimita o período entre 12 e 18 anos, coincidindo adolescência e juventude. É um período marcado por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas, intelectuais e sociais, vivenciadas num determinado contexto cultural. Tais transformações passam por dificuldades relativas ao crescimento físico e amadurecimento psicológico, sexual, relacionamento familiar, inserção no mercado de trabalho, violência, uso/abuso de drogas e outras. Mais do que uma fase, a adolescência, é um processo com características próprias, dinâmico, de passagem entre a infância e a idade adulta.

Fluxo de Atendimento do Adolescente:

A consulta de enfermagem deverá ser realizada pelo menos uma vez ao ano e deverá conter: Anamnese; Peso e medida; Identificar o estado do paciente; Identificar história familiar patológica; Identificar antecedentes pessoais de agravos à saúde; Informar se faz uso de medicação, tipo, dose, horário. Coletar informações sobre: higiene, alimentação, nível socioeconômico e aspectos subjetivos como desejos, valores, insatisfações, ídolos, vínculo com a família e amigos, sexualidade, rotina diária, etc. Orientar sobre: o exercício da sexualidade com segurança, contraceptivos, imunização, vínculo escolar, risco de violência sexual, drogas, fuga de casa, inserção no mercado de trabalho, alimentação, atividade física. Registrar no prontuário.

Exames laboratoriais (Para solicitação apenas em caso de sintomatologia específica): Hemograma completo; Urina rotina (EAS); Parasitológico de fezes (em caso de sinais/sintomas específicos, tratar de imediato); Beta HCG, (se amenorréia há 30 dias ou mais); Colesterol total e frações/triglicérides (a partir de 20 anos, se apresentar alto risco para doença cardiovascular: obesidade, tabagismo, diabetes, etc.). VDRL, HIV, HBsAg (específicos para adolescentes de ambos os sexos, sexualmente ativos e com história de vários parceiros, com o consentimento do paciente); Papanicolau (anualmente, para adolescentes que já iniciaram atividade sexual). Glicemia de jejum.

Imunização - Calendário de Vacinação do Adolescente. Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

Quadro 6. Calendário de Vacinação do Adolescente			
Idade	Vacina	Doses	Doenças evitadas
11 a 19 anos	Hepatite B (1) vacina Hepatite B (recombinante)	1ª dose	Hepatite B
	Hepatite B (1) vacina Hepatite B (recombinante)	2ª dose	Hepatite B
	Hepatite B (1) vacina Hepatite B (recombinante)	3ª dose	Hepatite B
	Dupla tipo adulto (dT) (2) vacina adsorvida difteria e tétano – adulto	Uma dose a cada dez anos	Difteria e tétano
	Febre Amarela (3) vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre Amarela
	Tríplice viral (SCR) (4) vacina sarampo, caxumba e rubéola	Duas doses	Sarampo, caxumba e rubéola

Anticoncepção na adolescência

De maneira geral, os adolescentes podem usar a maioria dos métodos anticoncepcionais disponíveis. No entanto, alguns métodos são mais adequados que outros nessa fase da vida.

- A camisinha masculina ou feminina deve ser usada em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional, pois a camisinha é o único método que oferece dupla proteção.
- Os métodos da tabela, do muco cervical e da temperatura basal são pouco recomendados, porque exigem do adolescente disciplina e planejamento e as relações sexuais nessa fase, em geral, não são planejadas.
- As pílulas combinadas e a injeção mensal podem ser usadas na adolescência, desde a primeira menstruação.
- A minipílula e a injeção trimestral não devem ser usadas antes dos 16 anos.
- O DIU pode ser usado pelas adolescentes, entretanto as que nunca tiveram filhos correm mais risco de expulsá-lo.
- O DIU não é indicado para as adolescentes que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois, nessas situações, existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis.
- A ligadura das trompas e a vasectomia não são indicadas para os(as) adolescentes.

Atividade em Grupo com Adolescentes

O atendimento grupal constitui-se uma forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para os problemas. O estabelecimento escolar é um espaço ideal para a captação dos adolescentes e jovens.

Metodologia: Dinâmicas de grupo, com linguagem acessível, fornecimento de orientações impressas, estimulação participativa com perguntas. Temas relevantes para o trabalho em grupo; Cidadania: direitos e deveres; Projetos de vida, sonhos, auto-estima; Sexualidade e saúde reprodutiva; Crescimento e desenvolvimento; Corpo, autocuidado e autoconhecimento; Relacionamento social: família, escola e grupo de amigos; Uso de álcool, tabaco e outras drogas; Violência doméstica e social; Esportes e nutrição; Trabalho; Saúde Bucal.

Atribuições dos Membros da Equipe com adolescentes

Agente Comunitário de Saúde: Captar os adolescentes da área para inscrição no Programa Saúde do Adolescente; informar aos familiares sobre o programa; priorizar o atendimento aos adolescentes de risco; orientar as gestantes adolescentes sobre o pré-natal e os cuidados com o bebê; orientar sobre o uso do preservativo e explicar sobre a importância de uma consulta médica e auxiliar a equipe de saúde nas visitas domiciliares.

Técnico em Enfermagem: durante o acolhimento, avaliar a queixa do adolescente verificando situações de risco divulgando o atendimento dentro e fora da unidade; agendar consulta (pediatra ou médico clínico), na frequência mínima anual; avaliar a situação vacinal; encaminhar para participação de grupos educativos e para saúde bucal; orientar e encaminhar, se necessário, para atividades comunitárias; realizar notificação de situações de risco ou violência sexual e outros.

Enfermeiro: Realizar consulta de enfermagem, pelo menos uma ao ano, observando: higiene, alimentação, orientação contraceptiva, orientação para realização da sexualidade com segurança, vacinas, vinculação escolar, risco de violência sexual, drogas, evasão escolar, fuga de casa, agendar retorno se for o caso, priorizando as situações de risco e notificações encaminhamento para ginecologista, nutricionista, pediatra, clínico, odontologista.

Para todos os membros:

- A existência de diversas limitações etárias para os adolescentes exercerem seus direitos causa perplexidade e dificuldades para os profissionais de saúde no atendimento a essa população, criando receios do ponto de vista ético e legal. (*Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes*

facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Estatuto da Criança e do adolescente – Lei nº. 8.069, de 13/7/1990).

- Dessa forma, qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável.
- Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se fizerem necessárias, e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento. A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família por si só demonstra uma desarmonia que pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o direito do adolescente em exercer seu direito à saúde. Dessa forma, recomenda-se que, havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal, implique em afastamento do usuário ou dano à sua saúde, se aceite pessoa maior capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, aplicando-se analogicamente o princípio do art. 142 do Estatuto da Criança e do Adolescente. *(Art.142 Os menores de dezesseis anos serão representados e os maiores de dezesseis e menores de vinte e um anos assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma da legislação civil ou processual. Parágrafo único. A autoridade judiciária dará curador especial à criança ou adolescente, sempre que os interesses desses colidirem com os de seus pais ou responsável, ou quando carecer de representação ou assistência legal ainda eventual.)* (Estatuto da Criança e do adolescente – Lei nº 8.069, de 13/7/1990).
- Diante das implicações legais que possam surgir nos casos de maior complexidade, recomenda-se que o serviço de saúde busque uma articulação e integração com o Conselho Tutelar da região e com a Promotoria da Infância e Juventude de forma que possibilite a colaboração de seus integrantes na condução das questões excepcionais, e de maneira harmônica com os princípios éticos que regem esse atendimento.

2.3 Saúde da Mulher

Rastreamento e detecção precoce (“prevenção”) do câncer de mama e cérvico-uterino

Dentre alguns desafios para se alcançar integralidade na assistência à saúde da mulher, estão as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama. As estratégias de prevenção e controle têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência e a mortalidade) do câncer do colo do útero, a mortalidade por câncer de mama e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esses tipos de câncer, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres. Para impedir o avanço da doença, o programa desenvolve ações dirigidas às mulheres, que incluem rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento necessários de acordo com cada caso.

Fluxo: Anamnese; Peso e medida; Informar sobre o estado da paciente; Preencher o impresso de requisição do exame citopatológico; Exame das mamas (Quadro 6): inspeção estática e dinâmica, palpação técnica das mamas, palpação da região axilar e supraclavicular, expressão da aréola e papila mamária; Orientar o auto-exame das mamas mensalmente. Orientar para mamografia, se em idade indicada (Quadro 7).

Quadro 6 - Avaliação do resultado do exame clínico das mamas (ECM)	
Resultado exame clínico das mamas	Conduta
Mulheres de 25 a 49 anos	ECM normal ou baixo risco: retorno anual
Mulheres de 25 a 49 anos	ECM anormal: Se menor de 35 anos: US de mama. Com 35 anos ou mais: mamografia.
Mulheres de 40 a 69 anos	ECM normal: mamografia de rastreamento com intervalo máximo de dois anos e conduta necessária.
Mulheres de 40 a 69 anos	ECM anormal: mamografia e conduta necessária.
Descarga papilar	Encaminhar para ginecologista de referência da unidade.
Mulheres com risco elevado para o desenvolvimento do CA de mama	ECM normal: mamografia anual a partir de 35 anos de idade.

Quadro 7 - Indicação para realização da mamografia
<p>Mulheres acima de 35 anos com achados clínicos, ou com história familiar de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade, ou com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou de câncer ovário em qualquer faixa etária. • Diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa (hiperplasias ductal ou lobular) com atipia ou carcinoma in situ; • Câncer de mama masculino em parente de primeiro grau. <p>Mulheres de 40 a 69 anos (rastreamento);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se laudo alterado encaminhar para serviço de referência; • Se laudo negativo retorno para rotina anual do ECM, e controle bianual.

Exame físico ginecológico: Palpação da região pélvica avaliando massas e dor; Inspeção da região vulvar observando se há presença de lesão cutânea na região anovulvar; Observação da distribuição dos pêlos, tecido adiposo e morfologia do monte de Vênus, vestibulo, hipertrofias, meato uretral e prolapso de órgãos genitais internos.

Exame especular: Inspeccionar colo uterino anotando cor, laceração, úlceras e neoformações; Inspeccionar o orifício cervical anotando forma, presença de secreção e/ou pólipos; Inspeccionar paredes vaginais anotando presença de lacerações e/ou lesões. Realizar o registro de todas as informações no prontuário; Realizar tratamento sintomático se necessário; Agendar retorno para entrega do resultado do exame; encaminhar ao serviço de referência se necessário (Quadro 8).

Teste de Schiller: O Papanicolau é rotineiramente complementado pelo teste de Schiller que consiste na aplicação de lugol no colo uterino. Fundamenta-se na fixação do iodo pelo glicogênio existente no epitélio pavimentoso estratificado do colo do útero, tornando-o, em condições normais, de cor marrom-escura, sendo que a coloração varia segundo o teor de glicogênio aí existente. Teste positivo: após a aplicação do lugol, aparecem áreas iodo-negativas ou áreas iodo-claras. Teste negativo: ocorre a impregnação de todo epitélio, apresentando-se marrom-escuro. O teste, então, não fornece um diagnóstico de câncer ou de displasia, apenas indica que todo epitélio está impregnado ou que algumas áreas não estão. Os índices de resultados suspeitos e positivos aumentam quando a citologia oncológica é associada ao teste de Schiller, sendo as clientes, necessariamente, encaminhadas à colposcopia (Quadro 8).

Situações especiais

- Mulheres pós-menopausa: se constatada atrofia genital no exame clínico, encaminhar para a ginecologia para estrogenização. Após dois dias do término do esquema de terapia de reposição hormonal, a coleta do material para exame citopatológico do colo uterino deverá ser realizada;
- Imunodeprimida: considera-se paciente imunodeprimida aquela portadora do HIV, usuária de corticóides, transplantada, entre outras. As que apresentarem resultado histológico alterado têm risco aumentado de apresentarem lesão histopatológica mais grave, ou progressão da lesão, incluindo a evolução para o câncer do colo do útero. Recomenda-se, portanto, encaminhar ao serviço de ginecologia, para colposcopia imediata. Quando de retorno à unidade, deverão ser rastreadas anualmente por toda a vida, em decorrência de maior risco de recidiva;
- Adolescentes: de acordo com a Lei n. 8069 de 13/7/1990, que dispõe sobre o ECA, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Nessa faixa etária, frequentemente observam-se fatores de risco, como a menarca precoce, multiplicidade de parceiros e fatores de risco biológico, que geram uma maior vulnerabilidade. A conduta na UBS não se altera, devendo, portanto, seguir as recomendações anteriormente apresentadas nesse documento;
- Gestantes: não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento. Pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês. Não está contra-indicada a realização do exame em mulheres grávidas, a coleta deve ser feita com a espátula de Ayre e não usar escova de coleta endocervical (coleta única - ectocervical). Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a conduta recomendada para as pacientes não grávidas, na atenção primária;
- Mulheres virgens: a coleta em virgens não deve ser realizada na rotina;
- Mulheres submetidas a histerectomia: Total: coleta de esfregaço de fundo de saco vaginal. Subtotal: rotina normal;
- Mulheres com DST: devem ser submetidas à citopatologia mais frequentemente pelo maior risco de serem portadoras do câncer do colo do útero ou de seus precursores. Já as mulheres com condilomas em genitália externa não necessitam de coletas mais frequentes do que as demais, salvo em mulheres imunossuprimidas; Quando for necessário referenciar para o serviço de ginecologia, informar se a paciente é HIV positivo, se faz uso de corticóide, se é nefropata ou se possui outras imunodeficiências;
- Paciente com presença de condiloma, realizar o preventivo após o tratamento.

Quadro 8 - Avaliação do resultado do exame citopatológico	
Resultado citopatológico	Conduta
Dentro dos limites da normalidade do material examinado.	· Repetir o exame em 01 ano.
Alterações celulares benignas (ativas ou reparativas) com inflamação sem identificação de agente.	· Repetir o exame em 01 ano.
Alterações celulares benignas (ativas ou reparativas) com resultado indicando metaplasia escamosa imatura.	· Repetir o exame em 01 ano. · Orientar a paciente que nesta fase o epitélio está vulnerável a ação de agentes microbianos em especial do HPV.
Alterações celulares benignas (ativas ou reparativas) com resultado indicando reparação.	· Repetir o exame em 01 ano. · Orientar a paciente que nesta fase o epitélio está vulnerável a ação de agentes microbianos em especial do HPV.
Alterações celulares benignas (ativas ou reparativas) com resultado indicando atrofia com inflamação.	· Repetir o exame em 01 ano. · Encaminhar ao médico para avaliar a necessidade de utilização de cremes vaginais contendo estrogênios.
Alterações celulares benignas (ativas ou reparativas) com resultado indicando radiação com diagnóstico de lesão intra-epitelial.	· Grau I: encaminhar para colposcopia com ginecologista na Policlínica da Regional; · Grau II: encaminhar para ginecologia; · Grau III: encaminhar para ginecologia.
Achados microbiológicos: <i>Lactobacilos sp</i> , <i>Cocos</i> , outros bacilos. (São considerados achados normais).	· Paciente com sintomatologia tratar a leucorréia.
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASCUS) + Teste de Schiller positivo	· Encaminhar para ginecologia.
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas. · (ASCUS) + Teste de Schiller negativo	· Repetir com 6 meses o exame se normal incluir na rotina anual; se alterado encaminhar para ginecologia.
ASCUS ou NIC I + vaginose ou candidíase ou atrofia	· Tratar leucorréia e repetir exame em seguida, · Encaminhar para ginecologia.
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGUS), tanto para as possivelmente não neoplásicas quanto para aquelas em que não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.	· Encaminhar para ginecologia.
Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas e que não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhar para colposcopia
Lesão intra-epitelial de baixo grau – NIC I Lesão intra-epitelial de alto grau – NIC II e NIC III Adenocarcinoma <i>in situ</i> / invasor Lesão de alto grau não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma invasor	Independente da clínica: encaminhar para colposcopia com

Quadro 9 - Avaliação do resultado da mamografia

Categoria BI-RADS	Interpretação	VPP*	Conduta
0	Incompleto Necessita de avaliação adicional	13%	Avaliação adicional por imagem ou comparação com exames anteriores Encaminhar para o médico.
1	Negativo Não há nada a comentar	—	Controle a cada 02 anos entre 50 e 69 anos Controle anual para mulheres a partir de 35 anos, com risco elevado de desenvolver CA de mama.
2	Benigno	0%	Controle a cada 02 anos entre 50 e 69 anos Controle anual para mulheres a partir de 35 anos, com risco elevado de desenvolver CA de mama.
3	Provavelmente benigno	2%	Inicialmente repetir em 06 meses (eventualmente biópsia) Encaminhar para o médico
4 (A, B, C)	Suspeito	30%	Biópsia Encaminhar para o médico da UBS.
5	Altamente sugestivo de malignidade	97%	Biópsia Encaminhar ao médico da UBS.
6	Biópsia conhecida Malignidade confirmada	—	Encaminhar ao médico da UBS.

*VPP: Valor Preditivo de Positividade (Malignidade).

Práticas educativas: Palestras interativas e dinâmicas buscando orientar a usuária para a educação em saúde sobre a importância do exame preventivo do câncer do colo do útero e mama, busca do resultado do exame e o tratamento necessário. Apresentação de instrumentos utilizados na realização do exame. Quebras de tabus e preconceitos gerais quanto ao exame e esclarecimento de particularidades individuais. Palestras educativas sobre infecções vaginais, cervicais e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS). Palestras educativas sobre o climatério.

Tratamento das afecções ginecológicas

CANDIDÍSE VAGINAL (CANDIDA SP)

Os fatores predisponentes da candidíase vulvovaginal são: gravidez; Diabetes Mellitus (descompensado); obesidade; uso de contraceptivos orais de altas dosagens; uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores; hábitos de higiene e vestuário inadequados (diminuem a ventilação e aumentam a umidade e o calor local); contato com substâncias alérgicas e/ou irritantes (por exemplo: talco, perfume, desodorante); alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), inclusive a infecção pelo HIV.

Os sinais e sintomas dependerão do grau de infecção e da localização do tecido inflamado; podem se apresentar isolados ou associados, e incluem: prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável); ardor ou dor à micção; corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”), podendo variar de aquoso a espesso homogêneo; hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva; dispareunia; fissuras e maceração da pele; vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco-acinzentadas, aderidas à mucosa. Teste das Aminas (Whiff ou KOH 10%): negativo. Diagnóstico Laboratorial: Exame microscópico a fresco de secreção vaginal – pesquisa de fungos. Tratamento. Tópico: Miconazol 2% creme vaginal: uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias sem interrupção. 2. Nistatina 100.000 UI: uma aplicação, via vaginal, à

noite ao deitar-se, por 14 dias sem interrupção. Tratamento sistêmico: 1. Cetoconazol 200mg: um comprimido via oral, de 12/12h, por cinco dias. 2. Fluconazol 150mg: via oral, dose única de 400 mg. Gestantes e nutrizes: somente tratamento tópico. O tratamento sistêmico para candidíase deve ser feito nos casos de difícil controle ou recorrentes (4 ou mais episódios/ano) pelo médico da unidade. Tratar parceiros sexuais de portadores de candidíase, somente em caso de recidivas ou sintomáticos.

TRICOMONAS VAGINALIS (tratar parceiro)

Características clínicas: corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso; prurido e/ou irritação vulvar; dor pélvica (ocasionalmente); sintomas urinários (disúria, polaciúria); hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa); teste de Schiller aspecto "tigróide". Teste das Aminas (Whiff ou KOH 10%): fracamente positivo.

Solicitar exames para outras DST. Fazer aconselhamento DST. Diagnóstico Laboratorial: Exame microscópico a fresco de secreção vaginal – pesquisa de protozoários. Tratamento sistêmico (preferencial). 1. Metronidazol: Dois comprimidos de 250 mg ou um comprimido de 400 mg de 12/12h por sete dias. Ou oito comprimidos de 250 mg, em dose única. 2. Secnidazol: 2 g (2 comprimidos de 1 g) via oral, em dose única. 3. Tinidazol 500mg: quatro comprimidos, via oral, em dose única. Tratamento tópico. 1. Metronidazol creme vaginal: uma aplicação via vaginal, à noite, ao deitar-se, por 14 dias, sem interrupção. Abstinência sexual durante o uso. Gestantes e nutrizes: somente tratamento tópico, com prescrição médica.

VAGINOSE BACTERIANA

A vaginose bacteriana é caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal, devido ao aumento exagerado de bactérias, em especial as anaeróbias (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* sp, *Mobiluncus* sp, micoplasmas, peptoestreptococos), associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos (que são os agentes predominantes na vagina normal). Não se trata de infecção de transmissão sexual, apenas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas, ao terem contato com sêmen de pH elevado.

Características clínicas: corrimento vaginal com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual; corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso; dor às relações sexuais (pouco frequente). Teste das Aminas (Whiff ou KOH 10%): positivo. Diagnóstico Laboratorial. Exame microscópico a fresco de secreção vaginal – pesquisa de bactérias. Tratamento tópico. 1. Metronidazol creme vaginal: uma aplicação, intravaginal, à noite, ao deitar-se, por 14 dias sem interrupção. Abstinência sexual durante o uso. Tratamento sistêmico. 1. Metronidazol: Dois comprimidos de 250mg ou um comprimido de 400mg de 12/12h por sete dias, ou 2 g (oito comprimidos de 250 mg), em dose única. 2. Tinidazol - 2 g (quatro comprimidos de 500 mg) via oral, em dose única. Gestantes e nutrizes: somente tratamento tópico, com prescrição médica.

Quadro 9. Tratamento das afecções ginecológicas			
Doença	Agente	Sinais e Sintomas	Tratamento
Vaginose Bacteriana	<i>Gardnerella Vaginalis</i> ; <i>Mobiluncus sp</i> ; <i>Bacteroides sp</i> ; <i>Micoplasma hominis</i> ; <i>Peptoestreptococcus sp.</i>	Corrimento abundante, homogêneo, branco-acinzentado, de odor forte (peixe podre, principalmente após menstruação e coito) e pequenas bolhas.	1 - Metronidazol 250 mg - 1 comp de 8/8hs 7 dias; 2 - Metronidazol 250mg – 2 comp 12/12hs 7 dias; 3 – Metronidazol creme vaginal - 1 aplicação ao deitar 7 dias. 4 - Tianfenicol (Glitisol G) 2,5 g (2 envelopes ½ copo de água) dose única; 5 - Clindamicina 300 mg 12/12 hs 5 dias.
Candidíase	<i>Cândida albicans</i> (mais comum) e outras espécies (não <i>albicans</i>)	Queixa de prurido vaginal, ardor, Corrimento esbranquiçado (leite talhado). Hiperemia, escoriações, fissuras região vulvar.	1 – Fluconazol 150 mg – 1 caps/semana (qtde de semanas depende de cada caso). 2 – Miconazol creme vaginal 2% - 1 aplicação ao deitar 7 dias. 3 – Nistatina 100.000 UI – 1 aplicação ao deitar 14 dias.
Tricomoniase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Corrimento volumoso, com bolhas, amarelo-esverdeado com odor fétido. Mucosa vaginal hiperemiada, placas avermelhadas, colpíte focal, (mucosa em framboesa). Queixa de desconforto relação sexual, disúria, prurido ou irritação vulvar.	1 - Metronidazol 250 mg - 1 comp de 8/8hs 7 dias; 2 - Metronidazol 250mg – 2 comp 12/12hs 7 dias; 3 – Secnidazol 2g dose única. Tratar Parceiro
Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Corrimento espesso e purulento. Pode acometer uretra e glândulas: Skeene e Bartholin. A propagação do gonococo planimétrica e ascendente pode levar a Doença Inflamatória Pélvica DIP; esterilidade; gravidez ectópica; algia pélvica crônica. Assintomática na maioria dos casos.	1 – Ciprofloxacina 500 mg dose única; 2 – Ceftriaxona 250 mg IM dose única. 3 – Ofloxacina 400 mg - dose única. Obs.: Tratar sempre em conjunto Gonorreia e Clamídia. Tratar Parceiro

Quadro 9. Tratamento das afecções ginecológicas			
Doença	Agente	Sinais e Sintomas	Tratamento
Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<p>Maioria dos casos assintomáticos. Colo do útero friável (pequenas perdas sanguíneas fora do período menstrual e após coito), secreção opaca e amarelada. Disúria e polaciúria. Pode acometer uretra e glândulas: Skeene e Bartholin. A propagação do gonococo planimétrica e ascendente pode levar a Doença Inflamatória Pélvica DIP; esterilidade; gravidez ectópica; algia pélvica crônica.</p>	<p>1 – Azitromicina 1g dose única; 2 – Doxiciclina 100 mg – 1 comp 12/12hs 7 a 10 dias; 3 – Ofloxacina 400 mg – 1 comp 12/12hs 7 dias. Obs.: Tratar sempre em conjunto Gonorreia e Clamídia. Tratar Parceiro</p>

Orientações de enfermagem no climatério

O climatério é um período da vida feminina caracterizado pelo esgotamento dos folículos ovarianos e tendo como resultado a queda dos níveis de estrogênio e progesterona. Propicia o surgimento de alterações na pele, mucosas, ossos, metabolismo lipoproteico e no estado emocional. O climatério inicia-se ao redor dos 40 anos e se estende por volta dos 65 anos de idade.

A menopausa é um episódio dentro do climatério e representa a última menstruação da vida da mulher. - Oferecer atendimento individual identificando os sinais e sintomas sugestivos do climatério. Tranqüilizar a paciente. - Esclarecer dúvidas sobre as alterações presentes nesta fase da vida. - Consulta de enfermagem intercalada com as consultas médicas.

PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

O Acolhimento. A equipe do PSF é a responsável pelo acolhimento da gestante de sua micro-área; A captação para o pré-natal deve ocorrer o mais rápido possível, até o 4º mês de gestação, pelo ACS ou através da procura direta da mulher com suspeita de gravidez, acessando diretamente a equipe de saúde; Confirmada a gravidez, o enfermeiro ou o médico realiza o cadastro da gestante no Programa de Humanização do Pré-Natal – PHPN, através do preenchimento da Ficha de Cadastramento do SISPRENATAL, fornecendo o número e anotando-o no Cartão da Gestante; O profissional deve proceder à abertura do prontuário, preencher a ficha com a história clínica perinatal, além do Cartão da Gestante, atentando para a importância do preenchimento correto, uma vez que este último é o meio de comunicação entre a gestante, equipe da USF e profissionais da maternidade; Em toda a consulta, o médico e/ou o enfermeiro devem proceder à avaliação do risco gestacional; A equipe deve desenvolver atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o aleitamento materno e para o parto, além dos cuidados com o bebê; A equipe deve realizar visitas domiciliares, com o objetivo de monitorar a gestante, orientar os cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários.

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

A atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que podem ocorrer durante o período gestacional e após o parto. Assim a assistência ao pré-natal constitui-se de todas as medidas dispensadas às gestantes, visando manter a integridade física do concepto sem afetar as condições físicas e psíquicas da mãe.

Consultas de enfermagem para o Pré-Natal de risco habitual:

Durante a gestação é preconizado, no mínimo, 6 consultas, sendo 2 de enfermagem intercaladas com as consultas médicas: • 1 consulta no 1º trimestre; • 2 consultas no 2º trimestre; • 3 consultas no 3º trimestre. Recomenda-se que o intervalo entre as consultas seja de 4 semanas até a gestação completar 36 semanas e, a partir deste período, que os intervalos entre as consultas sejam semanais.

Ações

- Acolhimento/captação da gestante da área de abrangência no primeiro trimestre de gestação – Responsáveis: toda a equipe. - Diagnóstico da gravidez – Responsáveis: médico e enfermeiro. - Cadastramento Sisprenatal/Cartão da Gestante – Responsáveis: médico e enfermeiro. Calendário das consultas da gestação de risco habitual:

1ª Consulta. Gestante - Até 16ª semana de gestação - *Responsável: Enfermeiro*. 1 - História clínica; - Identificação: idade, cor, naturalidade, procedência e endereço atual. - Gestação Atual: - Data da última menstruação – DUM: dia, mês e ano (certeza ou dúvida); - Data provável do parto – DPP; - Sinais e sintomas da gestação em curso; Hábitos atuais – fumo, álcool e drogas ilícitas; Medicamentos usados durante a gestação; Ocupação habitual – esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos à gestação, estresse. Antecedentes Obstétricos: - Número de gestações – identificar e registrar se houve problemas anteriores, como aborto, gravidez ectópica e mola hidatiforme; - Número de partos – domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas e indicações; - Número de abortamentos: espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento; - Número de filhos vivos; - Idade da 1ª gestação; - Intervalo entre as gestações; - Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana) ou pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação); - Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g; - Mortes neonatais precoces – até 7 dias de vida (números e motivos de óbitos); - Mortes neonatais tardias – entre 7 e 28 dias de vida (números e motivos de óbitos); - Natimortos – morte intra-útero e idade gestacional em que ocorreu; - Identificar e especificar se houve intercorrências ou complicações em gestações anteriores; - Identificar e descrever se houve complicações nos puerpérios anteriores; - Registrar o intervalo entre o final da última e o início da gestação atual. Antecedentes Ginecológicos: Métodos anticoncepcionais – quais, quanto tempo, motivo do abandono; Pesquisar se houve tratamento para infertilidade e esterilidade; Pesquisar doenças sexualmente transmissíveis (DST), teste realizados, inclusive puerpério; Identificar se realizou cirurgias ginecológicas – idade e motivo; Identificar patologias mamárias – quais e tratamento; Pesquisar a última citologia oncótica (Papanicolaou) – data e resultado. História Pregressa Pessoal: Pesquisar doenças crônicas e agudas passadas. Antecedentes Familiares: Pesquisar doenças como hipertensão arterial, diabetes e outras. 2 - Exame físico. Geral: • Peso e estado nutricional; • Estatura; • Temperatura axilar; • Pressão Arterial – PA; • Inspeção da pele e mucosas; • Exame do abdome; • Exame dos membros inferiores; • Pesquisa de edema – face, tronco e membros. Gineco-Obstétrico: • Exame das mamas; • Medida da altura uterina; • Ausculta dos Batimentos Cardio Fetais – BCF; • Inspeção dos genitais externos; 3 - Cálculo da idade gestacional e data provável do parto. 4 - Avaliação dos fatores de risco e encaminhamento ao serviço de gestação de alto risco, se necessário. 5 - Solicitação de exames. Hemograma (repetir entre 28-30 semanas). Grupo sanguíneo e fator RH. Glicemia de jejum (repetir entre 28-30 semanas). Sorologia para Sífilis (VDRL - repetir entre 28-30 semanas). Sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após “aconselhamento pré- teste” (repetir entre 28-30 semanas). Sorologia para Hepatite (HBsAg). Exame de Urina Rotina (EAS). Urocultura para o diagnóstico de bacteriúria assintomática. Sorologia para Toxoplasmose (repetir trimestralmente se for IgG negativo). Os dois últimos exames é necessário que sejam em pedidos separados dos demais, para que sejam encaminhados para agendamento na secretaria de saúde.

Considerar a realização dos seguintes exames adicionais: 1. Exame Parasitológico de Fezes (EPF). 2. Colpocitologia oncótica: deverá ser realizado nas gestantes, cujo último exame tenha ocorrido há mais de um ano, ou quando a informação for duvidosa. Muitas mulheres frequentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal, assim, é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, seguindo as recomendações vigentes. 3. Coombs indireto: para gestantes Rh negativo. 4. Eletroforese de hemoglobina: quando houver suspeita clínica de Anemia Falciforme. 5. Ultrassonografia Transvaginal Obstétrica: a ultrassonografia (USG) é um recurso útil na assistência pré-natal, mas as decisões terapêuticas devem ser baseadas no raciocínio clínico. Caso a gestante inicie o pré-natal precocemente, o primeiro ultrassom pode ser realizado, a pedido médico, entre 10-13 semanas para avaliação de translucência nucal, como rastreamento para cromossomopatias. O segundo exame, deve ser realizado entre 22-24 semanas, pois nessa época a biometria fetal indica com relativa precisão a idade gestacional e possibilita avaliação morfológica fetal. Ultrassonografias adicionais devem ser solicitadas, dependendo da suspeita clínica, sendo que com 34 a 36 semanas é indicada uma terceira ultrassonografia. 6 Orientação para vacina anti-tetânica: seguir orientações do item Vacinação de rotina da gestante. 7 Prescrever ácido fólico na primeira consulta mantendo a prescrição até 12-16 semanas e sulfato ferroso na 20ª semana que se mantém até o 3º mês após o parto. 8 Orientações sobre aleitamento materno. 9 Agendamento para grupos educativos. 10 Referenciar para avaliação odontológico. 11 Realizar anotações e registros no prontuário, cartão da gestante e Sis prenatal.

2ª Consulta: Gestante até 20ª semana de gestação. *Responsável: Médico.* 1 Exame físico, avaliação nutricional e do crescimento uterino. 2 Avaliação dos fatores de risco e encaminhamento ao serviço de gestação de alto risco se necessário. 3 Avaliação dos exames laboratoriais e solicitação de outros se necessário. 4 Solicitar ultra-som obstétrico se ainda não solicitado. 5 Prescrever sulfato ferroso e ácido fólico (até 12-14 semanas). 6 Realizar anotações e registro no prontuário, cartão da gestante e Sis prenatal.

3ª Consulta: Gestante entre 20ª a 24ª semana de gestação. *Responsável: Médico.* 1 Exame físico, avaliação nutricional e do crescimento uterino. 2 Solicitar ultra-som obstétrico se ainda não solicitado. 3 Orientar sobre aleitamento materno e participação em grupos educativos. 4 Aplicar segunda dose da vacina antitetânica, quando indicada. 5 Prescrever Sulfato Ferroso. 6 Realizar anotações e registro no prontuário, cartão da gestante e Sis prenatal.

4ª Consulta: Gestante entre 24 a 26 semanas de gestação. *Responsável: Médico ou Enfermeiro.* 1 Exame físico, avaliação nutricional e do crescimento uterino. 2 Prescrever Sulfato Ferroso. 3 Realizar anotações e registro no prontuário, cartão da gestante e Sis prenatal.

5ª Consulta: Gestante entre 26 a 30 semanas de gestação. *Responsável: Médico ou Enfermeiro.* 1 Exame físico, avaliação nutricional e do crescimento uterino. 2 Avaliar fatores de risco e encaminhar ao médico de referência se necessário. 3 Solicitar: Hemograma. Glicemia de jejum. VDRL. Sorologia para Toxoplasmose, se IgG negativo no primeiro exame. Sorologia Anti-HIV. Coombs indireto para gestantes Rh negativo. Exame sumário de urina (EAS). Urocultura com antibiograma. Sorologia para Hepatite (HBsAg). Bacterioscopia de secreção vaginal, particularmente para mulheres com antecedente de prematuridade. *OBS: (os exames dos itens 4 e 8 são em pedidos separados)*

6ª Consulta: Gestante no 3º trimestre. *Responsável: Médico.* 1 Exame físico, avaliação nutricional e do crescimento uterino. 2 Avaliar fatores de risco. 3 Orientações sobre sinais de alerta do trabalho de parto. 4 Orientar sobre maternidade de referência e documentos necessários. 5 Prescrever Sulfato Ferroso. 6 Anotações e registros no prontuário, cartão da gestante e Sis prenatal.

Obs: Apesar do número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde ser de 6 (seis) consultas durante a gestação, a gestante, de acordo com a necessidade, poderá realizar quantas consultas forem necessárias.

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO PARA O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

O encaminhamento para consultas no pré-natal de alto risco deverá ser feito após o preenchimento adequado, pelo médico ou enfermeiro da equipe, do formulário de Referência e Contra-referência.

A gestante deverá ser cadastrada na unidade de saúde, receber o cartão da gestante devidamente preenchido, com número do SISPRENATAL e exames laboratoriais solicitados. O encaminhamento deve ser feito o mais precoce possível.

Critérios para encaminhamento: Hipertensão arterial crônica e Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). Cardiopatias. Nefropatias. Doenças do colágeno (Lupus eritematoso, artrite reumatóide). Diabetes mellitus prévio ou gestacional. Doenças tireoidianas, Pneumopatias. Anemia grave e Doenças autoimunes. Epilepsia não controlada. Ameaça de parto prematuro ou com perdas gestacionais de repetição (3 ou mais). Hemorragias da gestação, Câncer. Gemelaridade, Oligoâmnio ou polidrâmnio. Amniorrexe prematura. Crescimento intra-uterino restrito (CIUR). Anomalias uterinas (útero bicornio, septado). Placenta prévia total, Má formação fetal. Coombs indireto positivo. Infecções: toxoplasmose, sífilis complicada, HIV/AIDS. Outras indicações a critério médico, acompanhadas de relatório. Gestantes abaixo de 15 anos.

Vacinação de rotina da gestante. A única vacinação de rotina das gestantes é contra o tétano, geralmente combinada com a vacinação contra difteria. Outras vacinações poderão ser consideradas, dependendo de circunstâncias especiais, como a vacinação contra raiva e febre amarela. Se a gestante já foi vacinada com três doses ou mais de vacina contra tétano (DTP, DT, dT ou TT), fazer mais uma dose, se já decorreram mais de cinco anos da última dose. Se fez menos de três doses, completar três doses. Se nunca foi vacinada ou se a história vacinal for desconhecida ou não-conclusiva, aplicar três doses da vacina dupla dT, começando na primeira consulta do pré-natal. Pode ser adotado um dos dois seguintes esquemas: a) três doses aplicadas com intervalo de dois meses, mínimo de um mês, entre a primeira e a segunda dose, e de seis meses entre a segunda e a terceira (esquema 0, 2, 8); b) três doses aplicadas com intervalos de dois meses, mínimo de um mês, (esquema 0, 2, 4). Nota: Se não for possível aplicar as três doses durante a gestação, a segunda deve ser aplicada 20 dias ou mais antes da data provável do parto. O esquema de três doses, neste caso, deverá ser complementado posteriormente. Hepatite B – 3 doses. Será preciso tomar três doses, sendo que a primeira após o primeiro trimestre de gestação, a 2ª deve ser depois de 30 dias da primeira e a terceira após 6 meses da primeira dose.

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS PARA A ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO.

1. Ácido fólico: 5 mg, 1 comprimido, 30 minutos antes do almoço. Iniciar preferencialmente antes da concepção (no planejamento da gravidez) e manter até a 12ª-16ª semana.

2. Sulfato Ferroso: 200 mg (40mg de Fe⁺²), 1 comprimido, 30 minutos antes do almoço, até o 3º mês após parto ou aborto.

Cuidados: - Hemoglobina ≥ 11 g/dl: ausência de anemia. Manter a suplementação de 40 mg/dia de ferro elementar, a partir da 20ª semana, devido à maior intolerância digestiva no início da gravidez. Recomenda-se ingestão uma hora antes das refeições. - Hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dl: diagnóstico de anemia leve a moderada. Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes. Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de anemia ferropriva (120 a 240 mg de ferro elementar/dia), de três a seis drágeas de sulfato ferroso/dia, via oral, uma hora antes das principais refeições. Repetir o exame em 60 dias. Se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dl, quando deverá ser mantida a dose de suplementação (40 mg ao dia), e repetir o exame em torno da 30ª semana. Se os níveis de hemoglobina permanecerem estacionários ou em queda, referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

- Hemoglobina < 8 g/dl: diagnóstico de anemia grave. A gestante deve ser referida imediatamente ao pré-natal de alto risco.

3. Hidróxido de alumínio: suspensão oral (61,5mg/ml), 5 ml 4x ao dia, 1 hora após as refeições e ao deitar, se queimação. Obs.: apesar de não ter demonstrado risco em animais, não existem estudos adequados em mulheres grávidas.

4. Paracetamol: comprimido de 500 mg, 1 comp. de 6 em 6 horas, em caso de dor. Obs.: apesar de não ter demonstrado risco em animais, não existem estudos adequados em mulheres grávidas.

5. Metoclopramida: comprimido de 10 mg, 1 comp. de 8 em 8 horas, em caso de vômitos. Obs.: apesar de não ter demonstrado risco em animais, não existem estudos adequados em mulheres grávidas.

ORIENTAÇÕES E CONDUTAS NAS QUEIXAS MAIS FREQUENTES.

À medida que a gravidez progride, a gestante pode perceber certos desconfortos. As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, doenças clínicas mais complexas. A maioria delas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, os quais devem ser evitados ao máximo.

Náuseas, Vômitos e Tonturas. São comuns e frequentes no início da gravidez. No entanto, não chegam a interferir no estado nutricional materno, exceto em mulheres que já apresentavam déficit nutricional na pré-gestação. São recomendações básicas para essas queixas: • Ingerir alimentos secos, a base de carboidratos, como torradas e pães pela manhã; • Evitar líquidos junto das refeições; • Realizar refeições mais fracionadas e com menor volume; • Evitar alimentos gordurosos, doces concentrados, refrigerantes, café e alimentos condimentados; • Aumentar a ingestão de líquidos, principalmente água, em caso de vômitos; • A última refeição do dia deve ser feita pelo menos duas horas antes de dormir.

Pirose – Azia. Orientar a gestante para: • Dieta fracionada, evitando frituras, ingerir muito leite frio; • Evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.

Sialorréia – Salivação Excessiva: Sintoma comum no início da gestação. Orientar a gestante para: • Dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; • Deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância.

Fraquezas e Desmaios. Orientar a gestante para evitar mudanças bruscas de posição e a inatividade; Indicar uma dieta fracionada, sugerir café, chá com açúcar como estimulante, desde que não contraindicados; Assentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza, desmaio.

Dor Abdominal, Cólicas, Flatulência e Obstipação Intestinal. Certificar-se que não sejam contrações uterinas. Se a gestante apresentar flacidez na parede abdominal, sugerir o uso da cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados; Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal: • Orientar dieta rica em fibras: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais; • Aumentar a ingestão de líquidos; • Evitar alimentos de alta fermentação tais como: repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar; • Recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal. Solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário.

Hemorróidas. Recomendar à gestante: • Fazer dieta, a fim de evitar a obstipação intestinal. • Não usar papel higiênico colorido ou áspero (molhá-lo) e fazer a higiene perianal com água e sabão neutro após defecação; • Fazer banhos com água morna; • Agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

Corrimento Vaginal ; Um aumento do fluxo é comum na gestação; Orientar quanto ao uso de creme vaginal somente com diagnóstico médico confirmado de infecção vaginal; Agendar consulta médica se ocorrer fluxo amarelado, esverdeado ou com odor fétido e caso haja prurido.

Queixas Urinárias. Explicar que o aumento do número de micções é comum no início e final da gestação, devido ao crescimento do útero e à compressão da bexiga; Solicitar exame de urina em caso de dor ao urinar, hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.

Falta de Ar e Dificuldade para Respirar: Esses sintomas são frequentes na gestação em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante; Recomendar repouso em decúbito lateral; Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias; Estar atento a outros sintomas associados e achados no exame cardiopulmonar.

Dor nas Mamas: Recomendar o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas.

Dor Lombar – Dores nas Costas. Correção de postura ao sentar-se e ao andar; Usar sapatos com saltos baixos e confortáveis; Aplicação de calor local;

Cefaléia – Dor de Cabeça: Orientação: Afastar hipertensão e pré-eclâmpsia (se tiver mais de 24 semanas de gestação);

Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.

Sangramento nas Gengivas: Recomendar uso de escovas macias e massagem nas gengivas; Agendar atendimento odontológico.

Varizes: Não permanecer muito tempo de pé ou sentada; Repousar (20 minutos) várias vezes ao dia com as pernas elevadas; Não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas e se possível utilizar meia-calça elástica para gestante.

Cãimbras: Fazer massagens e calor local; Evitar excesso de exercícios físicos.

Cloasma Gravídico: Comuns na gravidez; Evitar exposição direta ao sol; Usar fotoprotetores.

Estrias: São resultados da distensão dos tecidos e não existe um método realmente eficaz de prevenção; No início, são arroxeadas e, com o tempo, da cor da pele; Podem-se fazer massagens com substâncias oleosas, porém os resultados são incertos.

GRUPOS DE GESTANTES

Os grupos devem ser realizados de maneira informal e oferecer informações importantes e objetivas, de acordo com o interesse das gestantes, propiciar a troca de experiências e contar sempre com a participação de uma equipe multiprofissional. Sugestões temas a serem abordados: Importância do pré-natal. Importância do Acompanhamento pré-natal. Aleitamento materno – vantagens e manejo da amamentação (anatomia da mama e fisiologia da lactação; posicionamento e pega correta; duração das mamadas e os tipos de leite; ordenha manual e banco de leite humano); direitos da mãe que amamenta; aconselhamento em aleitamento materno. Tipos de parto, trabalho de parto e puerpério. Anestesia e analgesia no parto. Cuidados com o recém-nascido. Alojamento conjunto. Planejamento familiar. Fisioterapia para gestantes. Atividade sexual e prevenção de DST na gestação.

PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Em todas as consultas do pré-natal, a gestante deve ser avaliada quanto a situações de risco; A presença de alguns destes fatores indica uma gestação de risco, podendo, porém, ser acompanhada pela própria equipe do PSF, mantendo-se uma vigilância maior; Na presença de um segundo grupo de fatores de risco, a gestante deve ser encaminhada para o serviço de referência pelo enfermeiro e/ou médico da UBS; O serviço de referência é aquele que está sob a responsabilidade de um obstetra com as condições mínimas para acompanhar uma gestação de risco. No município de Lagoa Santa, a referência é a Ginecologia das Policlínicas Regionais.

ATENÇÃO AO PUERPÉRIO (Quadro 10)

A atenção puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde da mãe e do recém-nascido. Devem ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde: a primeira entre 7 e 10 dias e a

segunda entre 30 e 40 dias. Quando a gestação foi de risco habitual, a consulta pode ser realizada pelo médico generalista ou pela enfermeira da equipe da ESF; se a gestação foi de alto risco, a consulta deve ser realizada no serviço de referência Centro de Especialidade em Saúde da Mulher encaminhada pelo médico da ESF.

A consulta ; • Perguntar sobre os dados do parto como: data e tipo de parto; • Perguntar se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto como febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões e sensibilização Rh; • Perguntar sobre o uso de medicação: ácido fólico, sulfato ferroso, vitamina A e outros; • Avaliar as condições maternas e detectar possíveis complicações puerperais; • Fazer o controle de possíveis patologias manifestadas durante a gestação (síndrome hipertensiva, anemia, etc); • Averiguar se a amamentação ocorre normalmente e incentivar a sua continuidade, fornecendo orientações. Informar sobre a frequência e as dificuldades encontradas, a satisfação do recém-nascido com as mamadas e as condições das mamas. • Verificar a vacinação contra rubéola e tétano, completar o cartão de vacina se necessário. • Realizar o exame clínico ginecológico. • Perguntar sobre alimentação, sono e repouso, atividades, condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga), condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê e necessidades básicas). • Orientar e investigar sobre o planejamento familiar, desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo e qual a preferência, informar métodos já utilizados).

Avaliação da puérpera; • Inspeccionar as mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação. • Examinar abdome, verificando a condição do útero e se há dor a palpação. • Examinar períneo e genitais externos, verificando sinais de infecção, presença e característica de lóquios (perguntar se está intenso, coloração e aspecto). • No parto cesareano, inspeccionar a incisão cirúrgica. • No parto vaginal, inspeccionar o local da episiotomia, observar se há presença de sinais flogísticos. • Perguntar sobre as eliminações fisiológicas. • Aferir a pressão arterial e verificar a temperatura. • Observar vínculo entre mãe e filho e avaliar a mamada para garantia do posicionamento adequado e a pega correta.

Quadro 10. Possíveis intercorrências clínicas no puerpério		
Queixas	Informações Gerais	Condutas
Fissuras	Ocorrem quando a amamentação é praticada com o posicionamento errado de bebê ou quando a pega está incorreta.	Quando a mama estiver ingurgitada, esvaziá-la um pouco antes de amamentar. Manter a aréola limpa. Expor as mamas ao sol pela manhã por 10 minutos.
Ingurgitamento Mamário	Nos primeiros dias podem ocorrer dor, aumento do tamanho e endurecimento das mamas, devido ao aumento da circulação linfática e da apoiadura (descida do leite).	Orientar massagens nas mamas. Retirar o excesso de leite. Aplicar compressas frias.
Mastite	É um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactente, habitualmente a partir da segunda semana após o parto. Geralmente, pode ser consequência de um ingurgitamento indevidamente tratado.	Avaliação médica para tratamento medicamentoso apropriado.

A consulta puerperal visa avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido; orientar e incentivar ao aleitamento materno e aos cuidados básicos com o recém-nascido; avaliar a interação da mãe com o filho; identificar as situações de risco ou intercorrências e conduzi-las e orientar o planejamento familiar. Orientações de enfermagem: Orientar a puérpera quanto à realização do teste do pezinho e imunizações. Incentivar o aleitamento até o 6º mês. Orientar quanto aos cuidados com o coto umbilical e quanto à troca do curativo com gazes e álcool absoluto. Orientar quanto a colocar o bebê para arrotar depois de mamar. Orientar quanto a realização da higiene oral com água filtrada, gazes e um pouco de bicarbonato de sódio, no recém-nascido após as amamentações para evitar candidíase oral. Orientar a tomar a 3ª dose de vacina dT pós-parto, se caso não tiver sido imunizada ainda. Orientar a realizar a higiene no ouvido externo e no nariz do recém-nascido. Orientar sobre a higiene íntima da criança para evitar assaduras, criança do sexo feminino lembrar que a limpeza íntima procede da vagina para o ânus. Orientar para não agasalhar muito a criança evitando a dermatite de calor. Orientar sobre a higiene no local da incisão cirúrgica com a utilização de água e sabão, secar bem o local após o banho. Orientar a não comer alimentos gordurosos e que propiciem a formação de gases. Orientar sobre o planejamento familiar. Prescrição de enfermagem: Deve-se prescrever suplementação de ferro até três meses após o parto. Sulfato ferroso 200 mg/dia (40 mg de Fe^{+2}), 1 comprimido 30 minutos antes de almoço.

AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Realizar o exame físico (céfalo-caudal). Medir perímetro cefálico e torácico, sendo $PC > PT$ em torno de 2 cm, ao nascer; $PC = PT$ de 3 a 6 meses de idade e $PC < PT$ em torno de 3cm aos 6 meses em diante. Realizar palpação nas fontanelas lambdóide ou sutura lambdóide (entre o occipital e os parietais) e bregmática ou fontanela bregmática ou grande fontanela (que tem conformação losangular, ladeada pelos frontais e parietais) para averiguar possíveis anormalidades. Realizar ausculta pulmonar e cardíaca. Realizar palpação abdominal, de linfonodos e possíveis massas palpáveis. Inspeccionar turgor da pele e coto umbilical. Estimular o reflexo vestibulo-ocular observando a presença de desvio ocular. Realizar teste de Babinski. Perguntar a mãe sobre as eliminações fisiológicas do recém-nascido e suas características. Inspeccionar região genital. Indicar lesões sugestivas de maus-tratos e/ou negligência. Anotar no prontuário toda a avaliação realizada.

CLIMATÉRIO

A avaliação clínica da mulher no climatério deve ser voltada ao seu estado de saúde atual e também progresso e envolve uma equipe multidisciplinar. A atenção precisa abranger além da promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos sintomas clínicos e possíveis dificuldades dessa fase. Podem ocorrer, concomitantemente, patologias sistêmicas, repercutindo em queixas como as dores articulares ou musculares, o ganho de peso gradativo, a depressão ou mesmo sintomas de um hipotireoidismo ainda não diagnosticado, simulado por uma coincidência na transição hormonal ovariana.

A importância do ESCUTAR a mulher nessa fase é fundamental para um diagnóstico e acompanhamento adequados. Assim como é necessária a atenção para não considerar que todas as mulheres apresentarão sintomas ou agravos relacionados com o hipoestrogenismo, também não se deve perder a oportunidade de identificar doenças que se tornam mais comuns com o avançar da idade, como *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial ou realizar encaminhamentos que se façam necessários.

É preciso adotar uma visão mais global da mulher, em sua integralidade, complexidade e sensibilidade peculiar, especialmente nessa etapa de vida. Muitas vezes apenas a escuta, orientações simples e o esclarecimento sobre o que está ocorrendo com o organismo durante o climatério tranquilizam a mulher, ajudando-a a entender e aceitar melhor as possíveis mudanças, estimulando-a a assumir mais amplamente o protagonismo de sua vida. O apoio psicológico também é importante e faz com que as mulheres se sintam compreendidas e acolhidas, o que repercute positivamente na melhora dos sintomas.

Na ausência de intercorrências, a consulta ginecológica da mulher no climatério deve ser realizada a cada ano, principalmente em função dos exames preventivos e orientações de promoção da saúde, assim como de acompanhar a evolução desta fase. Na presença de intercorrências, cada caso necessita de avaliação individualizada, devendo ser encaminhada ao clínico ou ginecologista.

Atividades de apoio à mulher no climatério direcionadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde envolvendo uma equipe multidisciplinar são estratégias que podem ser oferecidas rotineiramente pelos serviços de saúde, com resultados bastante positivos.

Consulta de Enfermagem: Anamnese

- Nas queixas clínicas, pode haver referência a fogachos, insônia, irritabilidade, artralgia, mialgia, palpitações, diminuição da memória e do interesse pelas atividades de rotina, da libido, dispareunia, astenia e sintomas genito-urinários relacionados com a hipotrofia das mucosas. - A idade da menarca e a data da última menstruação/menopausa são importantes, além da forma como cada uma se instalou. - A presença de irregularidades menstruais é comum nesta fase, necessitando abordagem individualizada. - A avaliação dos antecedentes pessoais, familiares, menstruais, sexuais e obstétricos colaboram muito para o entendimento do momento atual. - A orientação sexual da mulher é uma informação importante e deve ser considerada sem preconceitos, de modo a oportunizar a abordagem desta questão durante a consulta. - Investigar os métodos de anticoncepção utilizados, a vulnerabilidade da mulher a DST/aids e sobre a realização de exames preventivos do câncer do colo do útero e de detecção precoce do câncer de mama. - Investigar sobre o funcionamento gastrointestinal pode indicar a existência ou o risco para o desenvolvimento de doenças, e sobre sintomas urinários, como infecções ou incontinência. - Investigar os hábitos alimentares (ingesta de fibras, gorduras, alimentos com cálcio e carboidratos simples), atividades físicas (tipo, regularidade e duração), além da existência de patologias concomitantes, uso de medicações, alergias e problemas pessoais, do relacionamento amoroso ou familiar. - Antecedentes familiares: a investigação sobre a ocorrência de doenças crônico- degenerativas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, gastrointestinais, osteoporose, assim como de câncer de mama, útero (colo ou endométrio), ovários ou outros, indica a necessidade de maior atenção quanto à adoção de medidas de prevenção e de preservação da saúde relacionadas.

Exame Físico

A avaliação consta de um exame físico geral, com atenção voltada para alguns aspectos específicos deste grupo etário. - Verificação do peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corpórea. - IMC ($\text{peso}/\text{altura}^2$) define a necessidade de um maior cuidado com a alimentação, quando detectados índices de baixo peso ($\text{IMC}<18,5$), sobrepeso ($\text{IMC}>25$) ou obesidade ($\text{IMC}>30$). - A verificação da pressão arterial. - A circunferência abdominal (> 80 cm nas mulheres) associada a outros fatores indica a atenção para a avaliação da síndrome metabólica e risco cardiovascular. - A inspeção deve iniciar pela fascias, aspecto da pele, fâneros, mucosas, seguida da ausculta cardíaca e pulmonar, palpação da tireóide e do abdome, além da observação dos membros inferiores à procura de edema e outras alterações circulatórias ou ortopédicas. - Verificar a condição dos dentes, gengivas e língua e orientar a mulher para adoção de hábitos saudáveis e consulta regular ao dentista. - Orientar e realizar o exame ginecológico. - A palpação abdominal e da pelve é direcionada à investigação de anormalidades na parede e na cavidade, como dor ou alterações nas características dos órgãos internos, seja na sua localização, volume, consistência, mobilidade, etc. - Inspeção cuidadosa da vulva com atenção para a ocorrência de alterações do trofismo, coloração ou adelgaçamento da pele e mucosa. Na inspeção dinâmica são comuns as distopias, com prolapsos genitais nos mais variados graus e naturezas, acompanhados ou não de roturas perineais, sendo um bom momento para indicação cirúrgica quando necessário e/ou orientação da necessidade de realizar exercícios para recuperação da tonicidade muscular da pelve.

Exames laboratoriais para avaliação de rotina: solicitar conforme protocolo de rastreamento (Rastreamento, Ministério da Saúde, 2010) ou em caso de sintomatologia compatível.

Quadro 11. Climatério: exames laboratoriais para avaliação de rotina	
EXAMES	INDICAÇÃO/SUSPEITA CLÍNICA
Hemograma	Anemia, irregularidades menstruais, suspeita de infecção.
TSH	Distireoidismo (apenas na suspeita clínica de hipo/hipertireoidismo)
Glicemia	Rastreamento de Diabetes Mellitus: - 3/3 anos a partir de 45 anos - Anualmente, se Diabetes Gestacional prévio ou 2 ou mais fatores de risco (HAS, dislipidemia, sobrepeso/obesidade)
Perfil lipídico (colesterol total e frações; triglicérides)	A partir de 45 anos ou antes, se alto risco cardiovascular (HAS, dislipidemia, diabetes)
Urina rotina (EAS) e urocultura	Infecção do trato urinário, comprometimento da função renal
Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF)	Rastreamento do câncer de cólon e reto (pacientes de 50 a 75 anos)

Rastreamento mamário: Ações recomendadas: 1. Exame Clínico das Mamas. 2. Mamografia

Deve ser solicitada de rotina para as mulheres com idade entre 40 e 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames. Está indicado o exame clínico das mamas e a mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. São consideradas mulheres de risco elevado aquelas com: um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos; um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; história familiar de câncer de mama masculina; lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia. As mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas. O auto-exame das mamas não deve substituir o exame clínico realizado por profissional de saúde treinado para essa atividade e o INCA não estimula o auto-exame das mamas como estratégia isolada de detecção. Entretanto, o exame das mamas pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações de educação para a saúde. Obs.: As evidências científicas sugerem que o auto-exame das mamas não é eficiente para o rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, o auto-exame das mamas traz consigo conseqüências negativas, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos auto-exames falsamente negativos e impacto psicológico negativo nos auto-exames falsamente positivos.

Promoção da saúde e medidas preventivas aplicadas ao climatério

A promoção da saúde ocorre por meio da instituição de medidas para incorporar hábitos saudáveis na rotina dessa população, visando melhorar a qualidade de vida imediata, evitando assim que possam surgir doenças ou acentuar-se no climatério e na velhice.

Entre as ações de promoção à saúde aplicadas ao climatério estão a adoção da alimentação saudável, estímulo à atividade física regular, à implementação de medidas antitabagistas e para o controle do consumo de bebidas alcoólicas, à não violência, aos cuidados quanto ao tempo e à qualidade do sono, à saúde bucal, à pele e outras recomendações de autocuidado. - Serviço de Referência do Município: Ginecologia das Policlínicas Regionais.

2.4 Saúde do Adulto

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

Por se tratar da fase mais produtiva do ponto de vista social, o adulto tende a não ter os cuidados básicos com sua saúde, submetendo-se a “estilos de vida” prejudiciais. Portanto, a assistência de enfermagem, voltada à prevenção de doenças, é de fundamental importância; logo o atendimento da demanda espontânea deve ser organizado de tal forma que possa ampliar a oferta de cuidados, criando ações de prevenção e promoção da saúde, além das ações curativas de pronto atendimento, contextualizando o usuário na sua realidade social, familiar e produtiva, ou seja, a ampliação da clínica.

Nesta fase do ciclo vital, todo adulto, independente do motivo do atendimento, necessita de atenção preventiva à saúde. Apenas existem diferenças nessas ações relacionadas à idade, gênero ou fatores de risco.

O objetivo é a inserção do adulto no grupo pertinente à sua necessidade, a partir da avaliação do(a) profissional enfermeiro(a). Assim sendo, a demanda será direcionada aos grupos previamente formados em suas respectivas unidades de referência. Para tal procedimento, o profissional enfermeiro solicitará a inserção a cada grupo de controle.

Os grupos são: controle de hipertensão e diabetes, saúde da mulher, planejamento familiar, pré-natal, DST/AIDS, hanseníase e tuberculose. Poderão ser utilizados na abordagem inicial exames laboratoriais que constem no protocolo de ação da enfermagem e sirvam como sinalizadores e ou esclarecedores às queixas apresentadas pelo cliente no momento da avaliação.

Poderá ainda ser utilizada, quando necessária, a referência aos serviços de nutrição e dietética, psicologia, mastologia e ginecologia, sendo preenchido o impresso de referência e contra-referência.

Exames laboratoriais para avaliação de rotina: solicitar conforme protocolo de rastreamento (Rastreamento, Ministério da Saúde, 2010) ou em caso de sintomatologia compatível.

Os quadros 12 e 13 mostram os exames e possibilidades de medicamento para uso na saúde do adulto

Quadro 12. Adulto: tipos de exames de acordo com indicação clínica	
EXAMES	INDICAÇÃO/SUSPEITA CLÍNICA
Hemograma	Anemia, irregularidades menstruais, suspeita de infecção.
TSH	Distireoidismo (apenas na suspeita clínica de hipo/hipertireoidismo)
Glicemia	Rastreamento de Diabetes Mellitus: - 3/3 anos a partir de 45 anos - Anualmente, se Diabetes Gestacional prévio ou 2 ou mais fatores de risco (HAS, dislipidemia, sobrepeso/obesidade)
Perfil lipídico (colesterol total e frações; triglicérides)	A partir de 45 anos ou antes, se alto risco cardiovascular (HAS, dislipidemia, diabetes)
Urina rotina (EAS) e urocultura	Infecção do trato urinário, comprometimento da função renal.
Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF)	Rastreamento do câncer de cólon e reto (pacientes de 50 a 75 anos)

Prescrição de medicamentos pelo(a) enfermeiro(a) na Saúde do Adulto.				
Medicamentos	Indicação	Apresentação	Posologia	Efeitos adversos e contra-indicações
ALBENDAZOL anti-helmntico,	Ancilostomíase, necatoríase, ascaridíase, enterobíase, tricocefalíase, estrogiloidíase, teníase	Comp. 400mg	Ascaridíase, ancilostomíase, necatoríase e tricocefalíase: 1 comp. VO, repetir em dias. Estrogiloidíase e teníase: 1 comp. 400mg VO durante 3 dias. Repetir após 7-14 dias	Contra-indicações gravidez e amamentação. Reações adversas Cefaléia, tonteira, vertigem, diarreia, náuseas, dor abdominal, boca seca, rash.
CLORETO DE SÓDIO 0,9% Solução salina	Desobstrução e limpeza nasal	Frasco spray	Aplicar de 1 a 3 jatos em cada narina sempre que necessário.	Reações adversas não ocorrem.
CETOCONAZOL Antifúngico oral	Micoses superficiais. Candidíase vaginal (monilíase), candidíase oral, candidíase disseminada. Casos graves de: tinea versicolor (pitiríase versicolor), tinea corporis, tinea cruris, tinea pedis (pé-de-atleta), dermatite seborréica.	Comp. 200mg	1 comp. VO 12/12h durante 5 dias (para candidíase vaginal). Para tineas: posologia específica.	Contra-indicações Hipersensibilidade, lactação ou alcoolismo, doença hepática ou antecedentes de doença hepática. Reações adversas prurido, náuseas, vômitos, hepatotoxicidade.
CETOCONAZOL Antifúngico <u>tópico</u>	Candidíase cutânea dermatite seborréica, tinea corporis, tineas cruris, pedis (pé-de-atleta), tinea (pitiríase) versicolor.	Creme a 2%	Aplicar o creme nas áreas afetadas, 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas.	Contra-indicações Hipersensibilidade. Reações adversas Prurido, irritação local.
DIPIRONA Analgésico e antitérmico	Dor, febre.	Compr. 500mg Gotas: 25mg/gotas (500mg/ml)	Via Oral 1 a 2 comp. 6/6h; 20 a 40 gotas 6/6h. Dose máxima das preparações em gotas: 40 gotas 6/6 horas.	Reações adversas Náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, erupção cutânea. Contra-indicações Hipersensibilidade.

Prescrição de medicamentos pelo(a) enfermeiro(a) na Saúde do Adulto.				
Medicamentos	Indicação	Apresentação	Posologia	Efeitos adversos e contra-indicações
DEXAMETASO-NA Antiinflamatório esteróide <u>tópico</u>	Dermatite (leve a moderada), dermatite atópica (leve a moderada), dermatite de contato, dermatite numular (leve), dermatite seborréica (facial e das pregas do corpo), líquen plano, prurido senil, psoríase (facial e das pregas do corpo).	Bisnaga 0,1% creme	Aplicar uma fina camada do produto sobre a área a ser tratada, 3 ou 4 vezes por dia por no máximo 7 dias. Não aplicar em áreas de dobras ou em uma área muito extensa da pele.	Reações adversas Atrofia da pele, aumento de pelo, prurido, descoloração da pele, erupção da pele, espinhas, infecções secundárias, infecção da raiz dos pelos, irritação, pele seca. Contra-indicações: Hipersensibilidade, dermatoses infecciosas.
DEXCLORFENI-RAMINA Anti-Histamínico (H ₁) de primeira geração	Alergia, dermatite alérgica, rinite alérgica, urticária	Comp. 2mg Solução oral 0,4mg/ml	Via Oral, 1 a 2 comp. (ou 5 a 10 ml) 8/8 horas. Dose máxima 12mg/dia	Reações adversas Sedação, sonolência, convulsão, depressão, erupção cutânea, aumento do apetite e do peso. Contra-indicações: insuficiência hepática, úlcera péptica, gestação ou lactação.
DELTAMETRINA ou PERMETRINA Piretróide (ectoparasiticida)	Escabiose, pediculose, ftíriase (chato) e carrapatos	Loção 0,02% Loção a 5% (escabiose) Loção a 1% (pediculose)	Loção: Friccionar nas áreas afetadas após o banho e deixar até o próximo banho, durante 4-7 dias consecutivos. Repetir após 7 a 14 dias.	Reações adversas: Irritação local, cefaléia. Contra-indicações: Lesões na pele, queimadura ou outra condição que possibilite maior absorção do produto. Gravidez, amamentação.
ESCOPOLAMINA Antiespasmódico, anticolinérgico	Dores em cólica.	Comp. 10mg Gotas 10mg/ml (1 gota = 0,5mg)	Via Oral, 1 comp. de 8/8 ou 6/6 horas. 20 gotas de 6/6 ou 8/8 horas.	Reações adversas boca seca, constipação, sonolência, tontura, vômitos, cefaléia, palpitação. Contra-indicações obstrução urinária ou intestinal.

Prescrição de medicamentos pelo(a) enfermeiro(a) na Saúde do Adulto.				
Medicamentos	Indicação	Apresentação	Posologia	Efeitos adversos e contra-indicações
METRONIDAZOL Antiparasitário, antibacteriano	Tricomoníase (vide DST/AIDS) Vaginite <i>Gardnerella vaginalis</i> (vide DST/AIDS) Giardíase Amebíase	Comp. 250mg Suspensão oral 40mg/ml	Amebíase e Giardíase: Via Oral 1 comp. (250mg) 3 vezes ao dia durante 5 dias	Reações adversas cefaléia, tonteira, convulsão, candidíase vaginal, alergia, efeito dissulfiram (quando ingerido com álcool: vômitos intensos, congestão generalizada, cefaléia, confusão mental, taquicardia) Contra-indicações Amamentação e gestação.
METOCLOPRA-MIDA Antiemético, procinético	Náuseas, refluxo gastroesofágico, vômitos	Comp. 10mg Gotas 4mg/ml	Via Oral 1 comp. de 8/8h 3 a 6 gotas/kg/dia.	Contra-indicações Hipersensibilidade, hemorragia gastrointestinal, epilepsia. Reações adversas Hipertensão transitória, sonolência, inquietação, reações extrapiramidais distonia, tontura, ansiedade.
ÓLEO MINERAL Laxante lubrificante	Constipação intestinal	Frasco 120 ml Frasco 200 ml	Via Oral: Com o estômago vazio, 2 horas antes de refeição de 5 a 15ml ao dia	Contra-indicações Abdome cirúrgico agudo, desidratação, dor ou dificuldade para engolir, idoso acamado, impactação fecal, obstrução intestinal, perfuração intestinal, sangramento retal. Reações adversas Gases intestinais, irritação ao redor do ânus, prurido anal, cólica abdominal, diarréia, náusea e vômito.

Prescrição de medicamentos pelo(a) enfermeiro(a) na Saúde do Adulto.				
Medicamentos	Indicação	Apresentação	Posologia	Efeitos adversos e contra-indicações
<p>OMEPRAZOL</p> <p>Inibidor de bomba protônica, antiulceroso</p>	<p>Esofagite erosiva. Úlcera duodenal. Úlcera gástrica.</p> <p>Síndrome de Zöllinger-Ellison</p>	<p>Cápsula 20mg</p>	<p>Via Oral</p> <p>1 comp. por dia, antes do café da manhã</p>	<p>Contra-indicação</p> <p>Câncer de estômago</p> <p>Reações adversas</p> <p>Constipação intestinal, diarreia, dor abdominal, cefaléia, náuseas e vômitos.</p>
<p>PARACETAMOL</p> <p>Analgésico e antipirético</p>	<p>Dor, dor pós-cirúrgica (em odontologia), febre.</p>	<p>Comprimidos 500mg</p> <p>Frasco gotas com 200mg/ml</p>	<p>Via Oral</p> <p>1 comp. De 6/6horas; 20 gotas de 6/6horas.</p> <p>Dose Máxima: 4 gramas/dia</p>	<p>Reações adversas Rash, Urticária.</p> <p>Contra-indicações Hepatopatias graves e hipersensibilidade.</p>
<p>PERMANGANATO DE POTÁSSIO</p> <p>Antisséptico tópico</p>	<p>Limpeza e desodorização de feridas e úlceras</p>	<p>Comp. 100mg</p>	<p>Dissolver um comprimido de 100mg em 1 litro de água</p>	<p>Reações adversas</p> <p>Irritação da pele, tingimento da pele.</p> <p>É incompatível com: iodetos; agentes redutores e com a maioria das substâncias orgânicas.</p> <p>Considerações importantes</p> <p>O produto pode ser explosivo se entrar em contato com outras substâncias orgânicas ou substâncias facilmente oxidáveis.</p>
<p>SULFATO FERROSO</p> <p>Ferro (suplemento), antianêmico</p>	<p>Anemia ferropriva</p>	<p>Drágea 40mg de ferro elemento</p> <p>Solução Oral 25mg Fe/ml</p>	<p>Prevenção: Via Oral</p> <p>1 drágea dia ou 40 gotas 30 min. antes das refeições;</p> <p>Tratamento: Via Oral</p> <p>3 mg/kg de ferro elemento 30 min. antes do almoço ou jantar.</p>	<p>Pode causar algum distúrbio digestivo. Não deve ser ingerido com leite.</p> <p>Reações Adversas Constipação Intestinal, Diarreia, Fezes escuras, Escurecimento do esmalte dentário.</p>

Prescrição de medicamentos pelo(a) enfermeiro(a) na Saúde do Adulto.				
Medicamentos	Indicação	Apresentação	Posologia	Efeitos adversos e contra-indicações
<p>SORO DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO)</p> <p>Hidratante oral, reidratante oral (mistura de eletrólitos, água e glicose)</p>	Hidratação oral e desidratação (prevenção)	<p>Envelope contendo 27,9g de pó.</p> <p>Cada envelope contém: cloreto de sódio: 3,5g Cloreto de potássio: 1,5g Citrato de sódio diidratado: 2,9g Glicose: 20g</p>	<p>Dissolver o envelope em 1 litro de água filtrada.</p> <p>Após a preparação conservar em temperatura ambiente entre (15°C e 30°C) não mais que um dia (24h)</p>	<p>Contra-indicações</p> <p>Em caso de íleo paralítico (paralisia do intestino), bloqueio ou perfuração intestinal e vômitos sem controle.</p>
<p>NEOMICINA + BACITRACINA</p> <p>Antibacteriano tópico</p>	Tratamento das infecções bacterianas locais da pele ou mucosas	Bisnagas com 15 g e com 50 g de creme	<p>Aplicar na região 2 a 3x ao dia.</p> <p>Aplicar pequena quantidade na área afetada, espalhando sem fricção de 2 a 4 vezes ao dia. Em algumas lesões podem ser utilizados curativos semi-oclusivos ou faixas de gaze,</p>	<p>Reações adversas: absorção pelo organismo, edema em volta dos olhos, infecção ocular, queimação, urticária, erupção na pele, febre, prurido, superinfecção por bactéria ou fungo, vermelhidão.</p>

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Nota: Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

Orientações importantes para a vacinação do adulto e idoso.

(1) vacina hepatite B (recombinante): oferecer aos grupos vulneráveis não vacinados ou sem comprovação de vacinação anterior, a saber: Gestantes, após o primeiro trimestre de gestação; trabalhadores da saúde; bombeiros, policiais militares, civis e rodoviários; caminhoneiros, carcereiros de delegacia e de penitenciárias; coletores de lixo hospitalar e domiciliar; agentes funerários, comunicantes sexuais de pessoas portadoras de VHB; doadores de sangue; homens e mulheres que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo (HSH e MSM); lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, (LGBT); pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas, dentre outras); manicures, pedicures e podólogos; populações de assentamentos e acampamentos; potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou politransfundido; profissionais do sexo/prostitutas; usuários de drogas injetáveis, inaláveis e pipadas; portadores de DST.

A vacina esta disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) para as pessoas imunodeprimidas e portadores de deficiência imunogênica ou adquirida, conforme indicação médica.

(2) vacina adsorvida difteria e tétano - dT (Dupla tipo adulto): Adultos e idosos não vacinados ou sem comprovação de três doses da vacina, seguir o esquema de três doses. O intervalo entre as doses é de 60 (sessenta) dias e no mínimo de 30 (trinta) dias. Os vacinados anteriormente com 3 (três) doses das vacinas DTP, DT ou dT, administrar reforço, dez anos após a data da última dose. Em caso de gravidez e ferimentos graves antecipar a dose de reforço sendo a última dose administrada a mais de cinco (5) anos. A mesma deve ser administrada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Diante de um acaso suspeito de difteria, avaliar a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados, iniciar esquema com três doses. Nos comunicantes com esquema incompleto de vacinação, este deve ser completado. Nos comunicantes vacinados que receberam a última dose há mais de 5 anos, deve-se antecipar o reforço.

(3) vacina febre amarela (atenuada): Indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação da vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios destes estados, buscar as Unidades de Saúde dos mesmos. No momento da vacinação considerar a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, buscar informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde do Estado. Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem. Administrar dose de reforço, a cada dez anos após a data da última dose.

Precaução: A vacina é contra indicada para gestantes e mulheres que estejam amamentando, nos casos de risco de contrair o vírus buscar orientação médica. A aplicação da vacina para pessoas a partir de 60 anos depende da avaliação do risco da doença e benefício da vacina.

4) vacina sarampo, caxumba e rubéola – SCR: Administrar 1 (uma) dose em mulheres de 20 (vinte) a 49 (quarenta e nove) anos de idade e em homens de 20 (vinte) a 39 (trinta e nove) anos de idade que não apresentarem comprovação vacinal.

(5) vacina influenza sazonal (fracionada, inativada): Oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.

(6) vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica): Administrar 1 (uma) dose durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, nos indivíduos de 60 anos e mais que vivem em instituições fechadas como: casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, com apenas 1 (um) reforço 5 (cinco) anos após a dose inicial.

2.5 Planejamento Familiar

A ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que possamos garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país.

A atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao Planejamento Familiar, deve estar pautada no Artigo 226, Parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil, portanto, no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais.

Em 1996, um projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura.

Do ponto de vista formal, essa medida democratiza o acesso aos meios de anticoncepção ou de concepção nos serviços públicos de saúde, ao mesmo tempo que regulamenta essas práticas na rede privada, sob o controle do SUS.

Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as.

Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde devem empenhar-se em bem informar aos usuários para que conheçam todas as alternativas de anticoncepção e possam participar ativamente da escolha do método. Considerando que a AIDS vem se tornando uma das principais causas de morte entre mulheres jovens, é fundamental que se estimule a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive a infecção pelo HIV/AIDS e a gravidez indesejada. Isso pode se traduzir no uso dos preservativos masculino e feminino ou na opção de utilizá-los em associação a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal.

ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR (normas técnicas estão disponíveis no manual técnico do ministério da saúde “manual de planejamento familiar”, de 1996).

Proposta de acesso:

Inscrição aberta a qualquer hora, para o “Grupo de Planejamento Familiar”, com periodicidade semanal, quinzenal ou mensal, dependendo da avaliação da demanda e da capacidade operacional de cada unidade de saúde. Cada usuário deverá participar de uma destas reuniões, na qual terá acesso à informação e discussão que possibilite uma escolha mais acertada e consciente acerca do método contraceptivo. A reunião será coordenada por um profissional da equipe de planejamento familiar, devidamente capacitado (enfermeiro, médico, assistente social). A partir da reunião o usuário será cadastrado no programa para acesso gratuito ao método escolhido, ressaltando-se: - todas as mulheres deverão passar por uma consulta ginecológica anual. anticoncepcionais hormonais necessitam de prescrição médica; - condons podem ser disponibilizados por qualquer profissional da equipe de planejamento familiar; garantir agendamento automático das pacientes a partir do pré-natal, onde será realizada também a revisão pós parto; garantia de acesso gratuito aos métodos contraceptivos: todo usuário inscrito no programa terá acesso ao método escolhido, através da distribuição regular dos mesmos pelas farmácias distritais aos Centros de Saúde, que ficam responsáveis pela programação. São disponibilizados todos os métodos aceitos pelo Ministério da Saúde.

Métodos disponíveis:

As orientações técnicas a respeito de todos os métodos estão disponíveis no Manual "Assistência ao Planejamento Familiar" -MS/96, existente em todas as unidades e que deve estar acessível para consulta dos profissionais.

MÉTODOS REVERSÍVEIS:

Naturais: As usuárias recebem orientações sobre os métodos naturais (tabela, muco cervical, coito interrompido, temperatura basal) durante a reunião do grupo de planejamento familiar.

Métodos de barreira:

Condom: deve ser orientado seu uso correto e sua distribuição deverá ser de acordo com a demanda do casal, numa média de 8 unidades por mês.

Diafragma: é realizada a medida para escolha do tamanho adequada por profissional capacitado, podendo ser utilizados os anéis medidores. A usuária recebe orientações de como utilizá-lo e deve ter liberdade para retornar à unidade para maiores esclarecimentos, até que se sinta adaptada ao método. Bem conservado, apresenta durabilidade média entre 3 e 5 anos e deve sempre ser utilizado com o espermicida.

Métodos Hormonais:

- *Pílulas anticoncepcionais:* Priorizar sempre a utilização de baixas dosagens, reservando-se as pílulas de maior dose para os casos de exceção, diagnosticados pelo ginecologista. Deverá ser prescrita pelo médico, com renovação da prescrição a cada período de 6 (seis) meses. As minipílulas são indicadas para as nutrizes.

Injetáveis: são indicados o Enantato de noredisterona + valerato de estradiol 5mg (mensal) e Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg (trimestral).

Algumas orientações que norteiam a indicação do anticoncepcional injetável:

- priorizar os casos com presumível uso inadequado das formulações orais (distúrbios mentais e de comportamento, meninas com trajetória de rua, inadequação em tentativas anteriores do uso de contraceptivos orais)

Devem ser desestimulados ou utilizados com precaução em adolescentes com menos de dois anos da menarca

Pílula do dia seguinte: O Ministério da Saúde ainda não fez a distribuição da formulação própria. Enquanto isto, utilizar as formulações orais disponíveis, de acordo com indicações e doses constantes no Manual de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde.

Dispositivos intra-uterinos (DIU): O modelo que está sendo utilizado é o T de cobre 380 que deverá ser inserido pelo ginecologista e tem prazo de validade de 10 anos.

MÉTODOS IRREVERSÍVEIS: Cirurgia de contracepção (Ligadura de trompas- STB- e Vasectomia)

GRUPOS OPERACIONAIS DE EDUCAÇÃO

Profissionais envolvidos: enfermeiro, médico, técnico e auxiliar de enfermagem, assistente social e psicólogo; Período: de acordo com a demanda; Abordar: Métodos contraceptivos; Técnica de uso; Vantagens/ desvantagens; Indicação/ contra-indicação; Efeitos secundários; Complicações/intercorrências; Doenças sexualmente transmissíveis; Prevenção do colo uterino, mama e próstata; A atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve, necessariamente, três tipos de atividades: - Atividades educativas; Aconselhamento; Atividades clínicas

Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas que

não devem se restringir apenas às atividades referentes à anticoncepção, no enfoque da dupla proteção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher. Deve-se, ainda, promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir a participação dos diversos elementos, nessas atividades, de acordo com o nível de responsabilidade requerido em cada situação.

Se a escolha for preservativo: Orientar: técnica de uso, efeitos secundários, riscos e benefícios; Recomendar a guarda dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao indivíduo e/ou casal, observar a integridade e o prazo da embalagem; Recomendar outro método contraceptivo, para uso associado ao preservativo, com vista à redução do risco de gravidez por falha de uso do método; Orientar para retirar o preservativo em caso de retenção do mesmo na vagina, após a ejaculação; caso não consiga, procurar o serviço de saúde; Orientar a substituição imediata do preservativo e o uso da anticoncepção de emergência em caso ruptura; Orientar quanto a distribuição gratuita de preservativos em todas as Unidades de Saúde do município.

Se houver indicação e escolha por ACO ou injetável: Orientar o uso de preservativo (dupla proteção), Se a mulher já faz uso do ACO, sem apresentar eventos adversos importantes: Repetir a medicação, se necessário: Levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03 mg – 21 comprimidos, por 03 meses; rimeira prescrição: encaminhar para o médico; Se lactantes (amamentação exclusiva) e a mesma já fazia uso de ACO. Prescrever Noretisterona 0,35 mg – 35 comprimidos. Se não, encaminhar para o médico; Orientar efeitos secundários, interação medicamentosa, complicações/intercorrências e riscos/benefícios; Encaminhar para o médico para prescrição do anticoncepcional injetável.

Se o indicado for a pílula do dia seguinte: Explicar a modo de uso, efeitos secundários, complicações/intercorrências e riscos/benefícios; Enfatizar que a anticoncepção de emergência não protege contra posteriores relações sexuais desprotegidas, e deverá, portanto, utilizar algum método regular de anticoncepção para futuras relações sexuais e que a mesma não protege contra doenças sexualmente transmissíveis; Na anticoncepção de emergência (AE), a mesma poderá ser prescrita pelo enfermeiro se houver demora para consulta com médico, devendo ser administrada o mais rápido possível e, preferencialmente, em dose única dentro dos cinco dias que sucedem a relação sexual.

Se a escolha for DIU: Orientar quanto aos momentos apropriados para iniciar o uso: Mulher deverá estar menstruada: O DIU pode ser inserido a qualquer momento durante o ciclo menstrual; A inserção é mais fácil neste período por causa da dilatação do canal cervical; Explicar a técnica de inserção e retirada, efeitos secundários, complicações/intercorrências e risco/benefício; Orientar a verificar se o DIU está no lugar: Uma vez por semana, durante o primeiro mês após a inserção e periodicamente, após a menstruação; Orientar o uso de preservativo de forma a reduzir o risco de infecção do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (dupla proteção); Preencher ficha de consentimento; Encaminhar ao ginecologista para inserção e acompanhamento.

Se a escolha for esterilização cirúrgica: 1 - Avaliar se o indivíduo atende as seguintes condições legais para realização do procedimento: - Maior de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre manifestação da vontade e o ato cirúrgico; - Se oferece risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto: relatório escrito e assinado por dois médicos; 2 - Orientar que o procedimento não pode ser realizado antes do 42º dia após o parto ou abortamento, exceto nos casos de comprovada necessidade, por no mínimo duas cesarianas anteriores ou quando a mulher for portadora de doença grave de base e a exposição a um segundo ato anestésico ou cirúrgico, represente maior risco à sua saúde. Nestes casos a indicação deverá ser registrada na ata da equipe de aconselhamento da unidade; 3 - Orientar que em caso de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges; 4 - Ouvir as preocupações do usuário, responder as suas dúvidas e fornecer informações claras e práticas sobre o procedimento abordando: a taxa de falha, irreversibilidade e no caso de mulheres - gravidez ectópica; 5 - Orientar quanto a prevenção (uso de preservativos) e das doenças sexualmente transmissíveis; 6 - Desencorajar a esterilização precoce, ressaltando a existência de métodos reversíveis com eficácia similar e a alta incidência de arrependimento e pedido de reversão quando realizado em pessoas menores de 30 anos;

FLUXO MUNICIPAL PARA AUTORIZAÇÃO DOS MÉTODOS IRREVERSÍVEIS (LAQUEADURA E VASECTOMIA)

Preenchimento do Formulário de autorização de Laqueadura ou vasectomia com dados do paciente e telefone de contato

Palestra sobre Planejamento Familiar (métodos reversíveis e irreversíveis)

Entrega do comprovante de comparecimento na palestra

Agendamento com Psicóloga (Questionário e análise de todos os documentos necessários)

Encaminhamento para Assistente Social

Epidemiologia cataloga as guias de autorização da cirurgia

Ginecologista de referência (Dra. Lysia França) preenche AIH e Ficha de Notificação

Encaminhamento para médicos (um generalista, outro ginecologista, médico regulador) e Secretário de Saúde para assinaturas

Encaminhamento ao setor de Regulação para marcação da cirurgia no Hospital de Referência

A Guia é autorizada e sem validade.

Retorno

- Fazer exame físico;
- Avaliar as condições de uso do método escolhido;
- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contra- indicação ao uso do método;
- Retorno com médico:

D.I.U: 3-6 semanas após a inserção e as subsequentes a cada 6 meses em consultas com ginecologia.

Quadro 14. Contraindicação aos métodos contraceptivos	
Método	Contra-indicação
Preservativo masculino	Hipersensibilidade.
Anticoncepcionais orais e injetáveis	<p>Gravidez – Nenhum método é indicado, qualquer risco é considerado inaceitável, Lactantes com menos de 6 semanas após o parto – Existe alguma preocupação teórica com o risco de exposição aos hormônios esteróides pelo lactente durante as primeiras seis semanas pós-parto; além disso, existe a preocupação com o uso do anticoncepcional oral combinado antes de 3 semanas pós-parto e o risco de trombose;</p> <p>Idade maior ou igual a 35 anos e fumante (mais de 20 cigarros/dia);</p> <p>Hipertensão arterial. <u>Moderada</u>: 160–179/100–109 e <u>Grave</u>: 180+/110+;</p> <p>Doença vascular;</p> <p>Doença tromboembólica em atividade no momento ou no passado;</p> <p>Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada;</p> <p>Cardiopatia isquêmica – Em mulheres com doença vascular subjacente ou com predisposição à trombose, o aumento do risco de trombose com o uso do anticoncepcional oral combinado deve ser evitado;</p> <p>Antecedente de acidente vascular cerebral (AVC);</p> <p>Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial,</p>

Quadro 14. Contraindicação aos métodos contraceptivos	
Método	Contra-indicação
	<p>história de endocardite bacteriana);</p> <p>Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com sintomas neurológicos focais – Sintomas neurológicos focais podem ser uma indicação do aumento de risco para AVC;</p> <p>Câncer de mama atual – Pode haver aumento do risco de progressão da doença em mulheres com câncer de mama atual ou no passado;</p> <p>Cirrose hepática descompensada – O anticoncepcional oral combinado é metabolizado no fígado; seu uso pode oferecer risco as mulheres com função hepática comprometida;</p> <p>Hepatite viral em atividade – O anticoncepcional oral combinado é metabolizado no fígado; seu uso pode oferecer risco às mulheres com função hepática comprometida;</p> <p>Tumores de fígado malignos ou benignos – O anticoncepcional oral combinado é metabolizado no fígado; seu uso pode oferecer risco às mulheres com função hepática comprometida;</p>
Pílula do dia seguinte	Gravidez confirmada;
D.I.U	<p>Gravidez;</p> <p>Sépsis puerperal ou após aborto séptico;</p> <p>Sangramento vaginal inexplicado;</p> <p>Câncer de mama atual – caso seja o D.I.U com levonorgestrel;</p> <p>Câncer de colo uterino – Pode aumentar o risco para infecção e sangramento durante a inserção; o DIU deve ser removido por ocasião do tratamento;</p> <p>Câncer de ovário ou de endométrio – Pode aumentar o risco para infecção, perfuração e sangramento durante a inserção; o DIU deve ser removido por ocasião do tratamento;</p> <p>Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses;</p> <p>DST atual ou nos últimos 3 meses, incluindo cervicite purulenta – O DIU aumenta muito o risco de doença inflamatória pélvica para essas mulheres;</p> <p>Doença trofoblástica gestacional maligna – Pode aumentar o risco de perfuração uterina;</p> <p>Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina;</p> <p>Tuberculose pélvica – Existe aumento do risco para infecção secundária e sangramento.</p>
Esterilização cirúrgica	Menor de 25 anos de idade ou com menos de dois filhos vivos.

Quadro 14. Contraindicação aos métodos contraceptivos	
Método	Modo de uso / Profissionais responsáveis pela prescrição e/ou dispensação.
Preservativo masculino	<p>Dispensação: livre na Unidade.</p> <p>Modo de uso:</p> <p>Deve ser colocado antes da penetração, após obtida a ereção peniana;</p> <p>O receptáculo existente na extremidade do preservativo deve ser apertado durante a colocação, retirando todo o ar do seu interior. Ainda segurando a ponta do preservativo, desenrolá-lo até a base do pênis;</p> <p>Após a ejaculação, retirar o preservativo com o pênis ainda ereto;</p> <p>Retirar o preservativo segurando-o pela base para que não haja vazamento de esperma;</p> <p>O preservativo não deve ser reutilizado, devendo ser descartado no lixo após o uso.</p>
Preservativo feminino	<p>Dispensação: livre na Unidade.</p> <p><u>Modo de usar:</u> o dispositivo contém um anel maleável em uma extremidade e na outra, outro anel fixo. Deve-se introduzir na vagina o anel maleável deixando o fixo exposto, onde será o local da cópula, ficando o produto da ejaculação retido no reservatório.</p>
Anticoncepcional Oral (ACO)	<p>Se a mulher já faz uso do ACO, sem apresentar eventos adversos importantes o Enfermeiro poderá repetir a prescrição da medicação: Levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03 mg – 21 comprimidos.</p> <p>Primeira prescrição: encaminhar para o médico;</p> <p>Modo de uso:</p> <p>No primeiro mês de uso, ingerir o 1º comprimido no 1º dia do ciclo menstrual ou, no máximo, até o 5º dia. A seguir, ingerir um comprimido por dia até o término da cartela, no mesmo horário. Verificar a cartela todas as manhãs no sentido de certificar-se do seu uso no dia anterior;</p> <p>Ao final da cartela (21 dias), fazer pausa de 7 dias e iniciar nova cartela, independentemente, do dia de início do fluxo menstrual;</p> <p>Caso não ocorra a menstruação no intervalo entre as cartelas, iniciar uma nova cartela e procurar a equipe de saúde para descartar a hipótese de gravidez;</p> <p>No caso de esquecimento de uso de uma pílula, a mesma deve ser ingerida imediatamente e a pílula regular no horário habitual ou ainda a ingestão das duas pílulas no mesmo horário.</p> <p>Esquecimento de duas ou mais pílulas, continuar a tomar a pílula mas deve utilizar, também, um método de barreira ou pode ser orientada a interromper a anticoncepção hormonal oral até a próxima menstruação. Na ocorrência de coito desprotegido, nesse período, orientar o uso de anticoncepção de emergência;</p> <p>Vômitos e/ou diarreias, com duração de dois ou mais dias, as relações sexuais devem ser evitadas ou o uso de métodos de barreira devem ser instituídos, pois existem possibilidades da não-absorção dos esteróides da pílula, com consequente perda da ação anticonceptiva;</p> <p>Não há necessidade de interromper o uso do método para descanso, pois não existe amparo científico que o justifique, sendo causa frequente de ocorrência de gestações;</p> <p>Se lactante e a mesma já fazia uso de ACO: Transcrever/Prescrever Noretisterona 0,35 mg – 35 comprimidos. Se não, encaminhar para o médico; Nas lactantes, o uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto, seu uso é contínuo após o término da cartela (35 comprimidos). Portanto, não deve haver interrupção entre uma cartela e outra;</p>

Quadro 14. Contraindicação aos métodos contraceptivos	
Método	Modo de uso / Profissionais responsáveis pela prescrição e/ou dispensação.
	<p>Usar até o 6º mês pós-parto, se amamentação exclusiva. Ao iniciar alimentação complementar da criança, procurar a equipe para troca do anticoncepcional;</p> <p>Ingerir a pílula sempre no mesmo horário. Se atrasou ou esqueceu alguma pílula, deve tomar a pílula esquecida, assim que possível, e continuar tomando uma pílula por dia. Também deve usar preservativos ou evitar relações sexuais, pelo menos durante dois dias;</p> <p>Diarréia grave ou vômitos durante mais de 24 horas, continuar o uso da pílula se for possível, usar o preservativo ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarréia e os vômitos cessarem.</p>
Anticoncepcional Injetável	<p>Encaminhar para o médico para prescrição de Noretisterona + estradiol 50 mg/ml – Mensal ou Medroxiprogesterona 150 mg/ml - trimestral;</p> <p>Modo de uso:</p> <p>A primeira injeção deve ser feita até o 3º dia do início da menstruação. As aplicações subseqüentes devem ocorrer a cada 30 dias (injetável mensal), ou a cada 3 meses (injetável trimensal), independentemente da menstruação;</p> <p>Deve-se aplicar por via intramuscular profunda, abstendo-se de massagem ou calor local para evitar difusão do material injetado;</p> <p>Nas situações de pós-parto, nas não-lactantes (mulheres portadoras do HIV ou com outra condição que contra-indique a lactação), preferencialmente deve ser usado na alta hospitalar ou a partir dos 60 dias. Nos casos de abortamento, pode ser iniciado imediatamente;</p> <p>Se houver atraso de mais de três dias para a nova injeção, usar preservativo ou evitar relações sexuais até a próxima injeção.</p>
D.I.U	Encaminhar para o médico ginecologista para inserção do DIU
Esterilização cirúrgica	<p>Laqueadura tubária</p> <p>Encaminhar para equipe de aconselhamento;</p> <p>Orientações quanto ao procedimento:</p> <p>Pode ser feita pelas seguintes vias: minilaparotomia, laparoscopia e colpotomia. Todas as vias exigem um ambiente de centro cirúrgico;</p> <p>A minilaparotomia, deve ser suprapúbica transversa, uma incisão de cerca de 3 cm de extensão. No período pós-parto imediato, a via é uma incisão pequena infra umbilical;</p> <p>A laparotomia só está indicada quando se associa a outro procedimento cirúrgico maior. A laparoscopia transumbilical, deve ser feita fora do período gravídico puerperal;</p> <p>A colpotomia pode ser anterior (entrada pelo espaço vesico-uterino) ou posterior (entrada pelo Douglas), geralmente utilizada quando a mulher se submete a um procedimento cirúrgico por via vaginal;</p> <p>Em todas as situações fora do período gravídico puerperal, deve ser feita no período pós-menstrual e pré-ovulatório, para evitar realizar o procedimento numa gestação inicial. Pode ser feita em qualquer período se a mulher estiver usando um método contraceptivo eficaz ou em abstinência sexual.</p> <p>Vasectomia</p> <p>Encaminhar para equipe de aconselhamento;</p> <p>Orientações quanto ao procedimento:</p>

Quadro 14. Contraindicação aos métodos contraceptivos	
Método	Modo de uso / Profissionais responsáveis pela prescrição e/ou dispensação.
	Procedimento ambulatorial pouco invasivo, realizado com anestesia local, de imediata recuperação e liberação do paciente. A técnica recomendada é de identificação e apreensão com os dedos do canal deferente direito, anestesia local, apreensão do deferente com a pinça em anel, punção com a pinça afilada, divulsão, exteriorização do deferente, ligadura, eletrocoagulação com um eletrodo de agulha pontiaguda, feita em cada direção; repete-se o procedimento para o outro lado; curativo sem sutura.

2.6 Doenças Crônicas

2.6.1 Hipertensão Arterial (HA)

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Ocorre quando a pressão arterial sistólica é igual ou maior que 140 mmHg e/ou a diastólica é igual ou maior que 90 mmHg (> 18 anos). Quando a pressão sistólica e diastólica de um paciente situa-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Objetivamos com este, prevenir a ocorrência de alterações degenerativas vasculares e do miocárdio nos indivíduos hipertensos da área de abrangência da Unidade de Saúde, com vistas a reduzir a mortalidade e a morbidade decorrente destas alterações e procurar intervir em fatores de riscos cardiovasculares associados à hipertensão como: tabagismo, obesidade, sedentarismo e dislipidemias.

O tratamento da HA inclui as seguintes estratégias: educação em saúde, modificações dos hábitos de vida, envolvimento do indivíduo no processo terapêutico e, se necessário, medicamentos deverão ser prescritos pelo médico. O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas).

O tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos portadores de H.A. deve ser individualizado, respeitando-se as seguintes situações: - Idade do paciente; - Presença de outras doenças; - Capacidade de percepção da hipoglicemia e de hipotensão; Estado mental do paciente; Uso de outras medicações; Dependência de álcool ou drogas; Cooperação do paciente; Restrições financeiras. Hipertenso definido: É aquele que já tem conhecimento da sua condição de hipertensão e que realizou três verificações de Pressão Arterial (PA), com intervalos de uma semana e foi definido como hipertenso com diagnóstico médico. Hipertenso suspeito: É o usuário que desconhece ser hipertenso e que teve apenas uma verificação de PA com o achado de níveis tensionais elevados. Deve-se registrar no cartão as aferições da pressão arterial com sete dias de intervalo, com o paciente sentado a pelo menos dez minutos e; sempre que possível, no mesmo horário.

Objetivos dos serviços de saúde; Vincular os portadores de hipertensão arterial às Unidades de Saúde (US), garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemáticos mediante ações de capacitação dos profissionais e reorganização do serviço. Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos alvo e/ou complicações crônicas e adotar tratamento adequado. Dar subsídios e estimular os profissionais envolvidos na atenção básica, para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular. Reconhecer as situações que requeiram atendimento nos serviços de referência secundários e terciários. Auxiliar o indivíduo com hipertensão a fazer mudanças em seus hábitos de vida, aumentando o nível de conhecimento e de conscientização da população sobre a importância da promoção à saúde, de hábitos alimentares adequados, de manutenção do peso saudável e da vida ativa, favorecendo a redução da pressão arterial. Fluxo: Ver Linha guia Hipertensão página 22 SES-MG

Quadro 15. Hipertensão arterial. Acompanhamento da equipe		
Risco / Data	Profissional	Atividade
HIPERTENSO DE BAIXO RISCO		
1º semestre	Médico	Consulta individual

Quadro 15. Hipertensão arterial. Acompanhamento da equipe		
1º semestre	Enfermeiro	Grupo operative
2º semester	Médico	Consulta individual
2º semester	Enfermeiro	Grupo operativo
HIPERTENSO DE MÉDIO RISCO		
1º semester	Médico	Consulta individual
2º semester	Enfermeiro	Consulta individual
1º quadrimestre	Enfermeiro ou médico ou nutricionista (NASF)	Grupo operativo
2º quadrimestre	Técnico Enf. ou assistente social ou psicólogo (NASF)	Grupo operativo
3º quadrimestre	Educador físico ou fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional (NASF)	Grupo operativo
HIPERTENSO DE ALTO RISCO		
1º semestre	Médico	Consulta individual
2º semester	Médico	Consulta individual
1º semestre	Enfermeiro	Consulta individual
2º semester	Enfermeiro	Consulta individual
1º quadrimestre	Enfermeiro, médico ou nutricionista (NASF)	Grupo operativo
2º quadrimestre	Técnico Enf. ou assistente social ou psicólogo NASF)	Grupo operativo
3º quadrimestre	Educador físico ou fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional (NASF)	Grupo operativo

Quadro 16. Classificação da pressão arterial em adultos*		
Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	≥ 160	≥ 100
Estágio 3	≥ 180	≥ 110

*Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

Consulta de Enfermagem: - Anamnese; - História familiar de hipertensão arterial; - Antecedentes pessoais de agravos patológicos; - Aferir pressão arterial; - Investigar hábitos alimentares; - Investigar hábitos de vida; - Verificar presença de edema em membros superiores e inferiores; - Identificar medicamentos de uso, registrando no prontuário o nome, a dosagem, a quantidade e os horários. - Inquirir sobre o uso correto da medicação. - Identificar fatores de risco cardiovascular: tabagismo, alcoolismo, diabetes mellitus, dislipidemia, nefropatia, idade acima de 60 anos, história familiar de doença cardiovascular em mulheres com menos de 65 anos e homens com menos de 55 anos. Outros fatores: relação cintura/quadril aumentada e obesidade. Deve-se atenção especial aos casos de IMC acima de 27 e a circunferência de cintura quando é maior que 102 cm para homens e maior que 88 cm em mulheres. - Orientar o paciente e/ou familiares sobre a patologia e forma de controle. - Oferecer acompanhamento médico conjunto ao acompanhamento de enfermagem, com intervalo mínimo variável de 3 a 6 meses. - Manutenção da prescrição trimestral do tratamento instituído pelo médico, de indivíduos controlados e sem intercorrências, (PAS 140-159 ou PAD 90-99 e moderado: PAS 160-179 ou PAD 100-109, sem lesão de órgãos-alvos). - Identificação de lesões de órgãos-alvo: hipertrofia do ventrículo esquerdo; angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca; acidente vascular cerebral; isquemia cerebral transitória; alterações cognitivas ou demência vascular; nefropatia; doença vascular arterial de extremidades e retinopatia hipertensiva. - Informar sobre os grupos operativos. Avaliação laboratorial mínima do portador de hipertensão. Potássio.Creatinina.Glicemia de jejum.Perfil lipídico (colesterol total e frações; triglicérides) EAS ECG convencional.Os exames acima deverão ser realizados anualmente, e se necessário repeti-lo conforme avaliação. Se após avaliação inicial, o exame de urina mostrar proteinúria, deve ser solicitada a proteinúria de 24 horas. Se o exame for negativo, a avaliação deve prosseguir com dosagem de microalbuminúria de 24 horas ou em amostra isolada de urina (relação albumina/creatinina): microalbuminúria presente se > 30 e < 300 mg/g. Serviços de Referência do Município: Centro de Especialidades Raimundo Alves de Carvalho - Bairro Timotinho. Ramal: 7623.

Quadro 17. Medicamentos utilizados no tratamento da Hipertensão Arterial				
Medicação	Posologia	Contra-indicação	Efeitos colaterais	Cuidados

Quadro 17. Medicamentos utilizados no tratamento da Hipertensão Arterial				
Medicação	Posologia	Contra-indicação	Efeitos colaterais	Cuidados
<p>Captopril</p> <p>Comp. 25 mg</p>	<p>Adulto: dose inicial é de 25mg VO, 2 a 3 vezes ao dia, sendo a primeira dose ao deitar.</p> <p>Idosos: 6,25mg a 12,5mg VO, 2 vezes ao dia.</p> <p>Em pacientes sob terapia diurética e na fase aguda do infarto agudo do miocárdio, a dose inicial recomendada é de 6,25mg VO, 1 a 2 vezes ao dia (risco de resposta hipotensora exagerada)</p>	<p>Alergia ao captopril ou outro inibidor da ECA. Gravidez.</p>	<p>Tosse seca persistente. Insônia, cefaléia, tonturas e fadiga. Rash cutâneo, reações cutâneas de fotossensibilidade, prurido, alopecia. Dor abdominal, náusea, diarreia, constipação, anorexia, alterações do paladar, parestesias, hipotensão arterial, angioedema, hiperpotassemia, neutropenia, agranulocitose, proteinúria, aumento da uréia e creatinina.</p>	<p>Pacientes hipertensos ou com insuficiência cardíaca, principalmente em uso de diuréticos, nitratos ou vasodilatadores, dieta sem sal ou desidratação, poderão apresentar hipotensão arterial de grau variável e hipotensão ortostática.</p> <p>Deve ser usado com cautela em pacientes com função renal comprometida, estenose valvar aórtica e hipercalemia.</p>
<p>Maleato de Enalapril</p> <p>Comp. 10 e 20 mg</p>	<p>Dose inicial: 5mg a 20mg VO, 1 a 2 vezes ao dia. Dose habitual: 10mg a 40mg/dia VO, como dose única ou em 2 vezes ao dia.</p>	<p>Gravidez. Hipersensibilidade ao enalapril, enalaprilato ou outros inibidores da ECA.</p>	<p>Dor torácica, tosse seca, dispnéia. Síncope, hipotensão ortostática. Cefaléia, zumbido, tonturas, fadiga, fraqueza muscular, ataxia, confusão mental, vertigem. Dor abdominal, alterações do paladar, náusea, diarreia, constipação. Alopecia. Reações de hipersensibilidade (rash cutâneo, eritema multiforme, urticária, angioedema, síndrome de Stevens-Johnson). Disfunção sexual, ginecomastia. Agranulocitose, neutropenia, anemia. Icterícia e hepatite.</p>	<p>Pacientes hipertensos ou com insuficiência cardíaca, principalmente quando estiverem em uso de diurético, nitratos ou vasodilatadores, dieta sem sal ou desidratação, poderão apresentar hipotensão arterial de grau variável e hipotensão ortostática. Deve ser usado com cautela em pacientes com diminuição da função renal, estenose valvar aórtica e hipercalemia.</p>

Quadro 17. Medicamentos utilizados no tratamento da Hipertensão Arterial				
Medicação	Posologia	Contra-indicação	Efeitos colaterais	Cuidados
Hidrocloro- tiazida Comp. 25 mg	Dose habitual: 12,5 a 25 mg/dia.	Alergia ou hipersensibilida-de à hidroclorotiazida ou a qualquer deriva-do da sulfonamida. Pacientes onde os níveis de potássio no sangue estiverem elevados ou com doença hepática. Durante a gravidez ou juntamente com outros fármacos ou suplementos para aumentar a quantidade de potássio no sangue.	Os efeitos adversos mais frequentes incluem cefaléia, fraqueza, náusea/falta ou perda de apetite, erupção cutânea ou tontura.	Siga a orientação de seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento.
Atenolol Comp. 50 mg	Hipertensão arterial e arritmias cardíacas: 25mg a 100mg VO, 1 a 2 vezes ao dia. Angina do peito e infarto agudo do miocárdio: 50mg a 100mg VO, 1 ou 2 vezes ao dia. Prolapso de valva mitral sintomático e profilaxia da enxaqueca: 25mg a 50mg VO, 1 vez ao dia.	Pacientes com asma, hipotensão, dia-betes mellitus, e doença renal (ajuste de dose), bradicardia (frequência cardíaca menor que 60), insuficiência cardíaca.	Pode ocasionar fadiga, depressão, confusão mental, alucinações, náuseas e vômitos, diarréia, bradicardia, impotência sexual, conjuntivite e broncoespasmo.	Deve-se ter cuidado ao utilizar esta medicação com outras drogas que podem diminuir a pressão sanguínea ou contração cardíaca, dentre elas: verapamil, adrenalina, agonista beta adrenérgico, clonidina, derivados ergóticos, antiinflamatório não- hormonal. Medicações que contêm cálcio e alumínio interferem na absorção desta droga
Cloridrato de Propranolol Comp. 40 mg	Dose habitual: 40 a 240 mg/dia em 2 ou 3 tomadas.	Insuficiência cardíaca descompensada choque cardiogênico, bloqueio atrioventricular de segundo e terceiro graus, bradicardia grave, asma brônquica, síndrome de Raynaud e gravidez.	Insuficiência cardíaca congestiva; agravamento dos distúrbios de condução atrioventricular; broncospasmo; bradicardia intensa e hipotensão, sobretudo em aplicação intravenosa; disfunção sexual e distúrbios gastrointestinais; depressão.	Deve-se usar cloridrato de propranolol com cautela em pacientes com insuficiência hepática ou renal.

Quadro 17. Medicamentos utilizados no tratamento da Hipertensão Arterial				
Medicação	Posologia	Contra-indicação	Efeitos colaterais	Cuidados
Cloridrato de Verapamil Comp. 80 mg	80 a 120 mg, 3 vezes ao dia.	Pacientes em choque cardiogênico, insuficiência ventricular esquerda, hipotensão arterial grave, insuficiência cardíaca congestiva, síndrome do nódulo sinusal, bloqueio AV de segundo e terceiro graus, flutter ou fibrilação atrial (síndrome de Wolff- Parkinson-White) e hipersensibilidade ao cloridrato de verapamil.	Constipação intestinal, distúrbios gástricos, vertigem, fraqueza, nervosismo, hipotensão ortostática e cefaléia. Raramente tem ocorrido hipotensão grave e bradicardia, geralmente relacionadas com a injeção intravenosa.	Evitar bebidas alcoólicas. Interações medicamentosas: aumenta os níveis séricos das ciclosporinas e da carbamazepina; diminui os níveis séricos de lítio
Furosemida Comp. 40 mg	Dose inicial: 20 a 80 mg por dia.	Não deve ser usada em pacientes com: insuficiência renal com anúria, pré-coma e coma hepático associado com encefalopatia hepática, hipopotassemia grave, hiponatremia grave, hipovolemia (com ou sem hipotensão) ou desidratação, hipersensibilidade à Furosemida, sulfonamidas e aos demais componentes da fórmula. A furosemida não deve ser utilizada por lactantes.	Sede, boca seca (xerostomia), alterações gastro-intestinais (náuseas, vômitos). Hipotensão, taquicardia ou arritmia, dor ou cansaço muscular, câimbras. Fraqueza generalizada (astenia), letargia, tonturas, agitação.	Os comprimidos devem ser ingeridos inteiros, com algum líquido e com o estômago vazio. É vantajoso tomar a dose diária de uma só vez, escolhendo-se o horário mais prático, de tal forma que não fique perturbado o ritmo normal de vida do paciente pela rapidez da diurese. A duração do tratamento é determinada pelo médico.
Nifedipina Comp. 20 mg	Iniciar com 10mg VO, 2 vezes ao dia. Aumentar em função da resposta terapêutica, até 20mg VO, 3 vezes ao dia.	Choque cardiovascular e hipersensibilização de ao nifedipino ou a algum de seus excipientes. Na gravidez, até a 20ª semana e na amamentação. O nifedipino não deve ser usado em associação com a rifampicina, pois, devido à indução enzimática, o nifedipino pode não atingir os níveis plasmáticos eficazes.	Hipotensão, palpitação, edema periférico, cefaléia, tonteira, irritabilidade, náuseas, diarreia, constipação. Diminuição da mobilidade nas articulações, edema periférico. Prurido, urticária. Outros: febre, sudorese, calafrios.	Engolir as cápsulas ou comprimidos inteiros, sem quebrar, esmagar ou mastigar. Não pode ser usado na gravidez e lactação.

Quadro 17. Medicamentos utilizados no tratamento da Hipertensão Arterial				
Medicação	Posologia	Contra-indicação	Efeitos colaterais	Cuidados
Metildopa Comp. 500mg	Dose habitual: 500 mg a 1.500 mg 2 a 3 vezes ao dia	Pacientes portadores de: hepatopatias ativas (hepatite aguda e cirrose ativa), anemia hemolítica e aqueles que apresentaram distúrbios hepáticos durante ou após tratamento com metildopa. Pacientes com hipersensibilidade comprovada ao medicamento.	Sedação e sonolência, geralmente transitórias. Impotência sexual. Observam-se com frequência menor, efeitos adversos ocasionados pelo bloqueio dos nervos simpáticos, tais como: vertigens, náuseas, fraqueza, cefaléia, bradicardia, congestão nasal e diarreia.	
Hidralazina Comp. 25 mg	HAS grave e refratária: Dose inicial de 25 mg VO, a cada 12 horas, aumentando até 100 mg, VO, a cada 12 horas. Dose máxima diária: 200mg	Hipersensibilidade à hidralazina.	Artralgias, parestesias, dor ou fraqueza nas mãos e nos pés (neurite periférica). Erupções cutâneas. Febre. Dor de garganta. Edema periférico, linfadenopatia, diarreia, taquiarritmias e obstipação.	Evitar o seu uso durante a gravidez (risco potencial de teratogenia).

Quadro 17. Medicamentos utilizados no tratamento da Hipertensão Arterial				
Medicação	Posologia	Contra-indicação	Efeitos colaterais	Cuidados
Besilato de Anlodipino Comp. 5 mg	2,5 a 10 mg/dia	Pacientes com conhecida hipersensibilidade às dihidropiridinas, anlodipino, ou aos demais componentes da fórmula.	Edema, dor de cabeça, fadiga, sonolência, tontura, náusea, rubor, palpitações e dor abdominal. Menos comuns: hipotensão, síncope, dor nas costas, arritmia cardíaca, função intestinal alterada, artralgia, astenia, dispepsia, dispnéia, hiperplasia gengival, ginecomastia, hiperglicemia, impotência, aumento na frequência urinária, leucopenia, mal estar, mudanças no humor, boca seca, câimbras, mialgia, neuropatia periférica, alopecia, pancreatite, sudorese aumentada, trombocitopenia, vasculite e distúrbios visuais, aumento ou diminuição de peso, hipertonia, hipoestesia/parestesia, tremor, vômito, púrpura, insônia, tosse, descoloração da pele, alteração de paladar e ruído no ouvido.	Não deve ser administrado durante a gravidez, principalmente nos três primeiros meses e durante a lactação.

Quadro 17. Medicamentos utilizados no tratamento da Hipertensão Arterial				
Medicação	Posologia	Contra-indicação	Efeitos colaterais	Cuidados
Carvedilol Comp. 6,25/12,5 mg (tratamento de HAS e ICC)	3,125 mg a 50 mg/dia	Em paciente com: hipersensibilização conhecida ao carvedilol ou a qualquer dos componentes do produto; Insuficiência cardíaca descompensada Insuficiência hepática clinicamente manifesta. Em pacientes com asma brônquica ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); bradicardia grave (< 50 bpm), síndrome do nó sinusal (incluindo bloqueio sinoatrial), choque cardiogênico; Hipotensão grave (pressão arterial sistólica < 85 mmHg).	A frequência de reações adversas não é dependente da dose, com exceção de tonturas, alterações visuais e bradicardia. Sistema nervoso central - Comuns: tonturas, cefaléia e fadiga, geralmente leves e no início do tratamento. Raros: humor deprimido, distúrbios do sono, parestesia. Sistema cardiovascular - Comuns: bradicardia, hipotensão postural. Raros: síncope, distúrbios da circulação periférica (extremidades frias, exacerbação da claudicação intermitente e fenômeno de Raynaud), angina do peito, bloqueio AV, edema periférico, sintomas de insuficiência cardíaca.	Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.

Quadro 17. Medicamentos utilizados no tratamento da Hipertensão Arterial				
Medicação	Posologia	Contra-indicação	Efeitos colaterais	Cuidados
Losartan potássico Comp. 50 mg	25 a 100 mg/dia	Crianças. Gravidez e lactação. Hipersensibilidade ao losartan.	Cefaléia, infecção do trato respiratório superior, tontura, astenia, fadiga, hipotensão ortostática, erupção cutânea, hiperpotassemia, diarreia, cólicas ou dores musculares, tosse seca, insônia, congestão nasal.	A combinação com hidroclorotiazida pode potencializar a resposta hipotensora. A hemodiálise não serve para eliminar o losartan e seu metabólito ativo. Categoria de risco de gravidez: C (primeiro trimestre) e D (segundo e terceiro trimestres). Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Informe imediatamente seu médico em caso de suspeita de gravidez. Quando utilizados durante o segundo e o terceiro trimestres da gravidez, os fármacos que atuam diretamente no sistema renina-angiotensina podem causar danos e até morte do feto em desenvolvimento
Espironolactona Comp. 25 mg	25 a 100 mg/dia, em 1 a 2 tomadas.	Pacientes com insuficiência renal aguda, diminuição significativa da função renal, ou hipercalemia. Hipersensibilidade à espironolactona ou de qualquer outro componente da fórmula.	Aumento mamário, aumento do potássio no sangue, cansaço, prurido, confusão mental, dores de cabeça, erupção na pele, febre, impotência, irritação gastrointestinal, menstruação irregular, sonolência, perturbação dos movimentos.	Recomenda-se que tenha cautela ao dirigir veículos e operar máquinas

ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.

Agente Comunitário de Saúde: 1) Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção. 2) Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa. 3) Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão. 4) Verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde. 5) Verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra. 6) Perguntar, sempre,

ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas. 7) Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família.

Auxiliar de Enfermagem: 1) Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde. 2) Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira. 3) Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabete. 4) Agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados. 5) Proceder as anotações devidas em ficha clínica. 6) Cuidar dos equipamentos (tensiómetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária. 7) Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência. 8) Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico. 9) Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.

Enfermeiro: 1) Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; 2) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; 3) Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos; 4) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos); 5) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; 6) Manutenção da prescrição trimestral do tratamento instituído pelo médico, de indivíduos controlados e sem intercorrências, mediante consulta de enfermagem; 7) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades; 8) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades; 9) Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades;

LINHAS GERAIS DE RECOMENDAÇÃO DIETÉTICA PARA HIPERTENSOS

- Manter o peso corporal adequado;
- Reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o sal da mesa;
- Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsicha, lingüiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote, fast food;
- Limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas;
- Dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados;
- Substituir bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas por frutas in natura;
- Incluir, pelo menos, seis porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana;
- Optar por alimentos com reduzido teor de gordura e, preferencialmente, do tipo mono ou poliinsaturada, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco;
- Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatados;
- Identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados, etc.;
- Estabelecer plano alimentar capaz de atender às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo e sua família.

GRUPOS EDUCATIVOS

O que é hipertensão? - Sintomas; - O coração como uma bomba; - Os vasos sanguíneos; - Mecanismos que levam ao aumento da PA; - Quem é hipertenso? Herança; fatores predisponentes; fatores agravantes. Tratamento não medicamentoso; drogas; - efeitos colaterais; - Drogas que aumentam a PA; - Dieta. Fumo, álcool, gorduras, carboidratos; - O papel do sal; Estresse;

como reconhecer; níveis de estresse; técnicas de relaxamento. Exercícios; tipos adequados; frequência.

2.6.2 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue, acompanhada de distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras. Esse aumento da glicemia resulta de uma deficiente secreção de insulina pelas células beta, resistência periférica à ação da insulina, ou ambas, cujos efeitos crônicos incluem dano ou falência de órgãos, especialmente rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. A hiperglicemia pode causar alterações funcionais ou patológicas por um longo período antes que o diagnóstico seja estabelecido. Seus sintomas clássicos são perda de peso inexplicada, polidipsia e poliúria, podendo haver emagrecimento.

A glicose é a principal fonte de energia do organismo porém, quando em excesso, pode trazer várias complicações à saúde como por exemplo o excesso de sono no estágio inicial, problemas de cansaço e problemas físicos-táticos em efetuar as tarefas desejadas. Quando não tratada adequadamente, podem ocorrer complicações como ataque cardíaco, derrame cerebral, insuficiência renal, problemas na visão, amputação do pé e lesões de difícil cicatrização, dentre outras complicações.

A tolerância à glicose diminuída é uma condição de maior risco, tanto de evoluir para o diabetes, como para desenvolver doença arteriosclerótica. A tolerância à glicose diminuída tem prevalência de 7,8% (semelhante ao do diabetes) e representa uma situação onde as medidas de intervenção podem apresentar grande impacto, modificando sua evolução.

Do total de casos de diabetes, 90% são do tipo 2, 5 a 10% do tipo 1 ou insulino-dependente auto-imune e 2% do tipo secundário ou associado à outras síndromes. O diabetes gestacional, uma condição transitória durante a gravidez ocorre em torno de 2 a 3% das gestações.

No diabetes tipo 1, a hipertensão se associa a nefropatia diabética e o controle da pressão arterial é crucial para retardar a perda de função renal. No diabetes tipo 2, a hipertensão se associa à síndrome metabólica, à resistência à insulina e ao alto risco cardiovascular. O tratamento não-farmacológico (atividade física regular e dieta apropriada) torna-se obrigatório para reduzir a resistência à insulina. O controle do nível glicêmico contribui para a redução do nível de pressão.

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA PARA O DIABETES MELLITUS

- I. Diabetes tipo 1. Destruição das células β , usualmente levando à deficiência absoluta de insulina. A. Auto-imune. B. Idiopático.
- II. Diabetes tipo 2. Pode variar de predominância de resistência insulínica com relativa deficiência de insulina à predominância de um defeito secretório das células β associado à resistência insulínica.
- III. Diabetes Gestacional

É a intolerância aos carboidratos, em variados graus de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, e que pode ou não persistir durante o parto.

Fatores de risco: idade superior a 25 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso durante a gravidez, gordura abdominal excessiva, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, baixa estatura ($\leq 1,51$ cm), crescimento fetal excessivo, hipertensão ou pré-eclâmpsia, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrossomia ou de diabetes gestacional.

Circunferência abdominal

O risco de doenças é maior para pessoas que acumulam gordura na região abdominal (central), principalmente ao redor das vísceras (padrão de gordura abdominal visceral). Deve-se atenção especial aos casos de IMC acima de 27 e a circunferência de cintura (o menor perímetro logo abaixo da última costela) quando é maior que 102 cm para homens e maior de 88 cm em mulheres. Nesses casos de obesidade central, o risco de doenças cardiovasculares, diabetes e certos tipos de câncer é significativamente maior.

Quadro 17. Valores da circunferência abdominal e riscos à saúde		
Circunferência de Cintura	Risco moderado	Alto risco
Homens	≥94cm	≥102cm
Mulheres	≥80cm	≥88cm

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Anamnese; Antecedentes pessoais de agravos patológicos; - Aferir a pressão arterial; - Investigar hábitos alimentares; - Investigar hábitos de vida; - História familiar de diabetes *mellitus*; - Medida da pressão arterial; - Realizar glicemia capilar; - Investigar hábitos alimentares; - Investigar hábitos de vida; - Verificar presença de edema em membros superiores e inferiores; - Investigar alterações na pele e/ou presença de lesões, principalmente nos pés. - Avaliar medida da circunferência abdominal e IMC; - Investigar se há relato dos seguintes sintomas: alteração da visão, formigamento ou dormência nos pés e nas mãos, lesões que demoram a cicatrizar, fraqueza muscular, pele seca, polidipsia (sede excessiva), poliúria (aumento do volume urinário eliminado em 24 horas) e outros; - Identificar medicamentos de uso, registrando no prontuário o nome, dosagem, quantidade e horários; - Inquirir sobre o uso correto da medicação; - Oferecer acompanhamento médico conjunto ao acompanhamento de enfermagem, com intervalo mínimo variável de 3 a 6 meses; - Exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses. Utilizar um monofilamento (*Semmes-Weinstein*) de 10 g em 6 regiões do pé ou um diapasão de 128 Hz no hálux. A detecção de diminuição da sensibilidade ao monofilamento em mais de 1 ponto testado ou da sensibilidade vibratória define o paciente com risco para úlceras; - Informar sobre grupos operativos; Orientações de enfermagem; Orientar o paciente e/ou familiares sobre a patologia e forma de controle. - Orientar sobre a prática de atividade física regular; - Orientar sobre dieta balanceada e controle do peso; - Orientar quanto à higiene corporal, principalmente pés e dentes; - Orientar quanto o auto-cuidado e à auto-estima; - Para usuários de insulina, orientar o uso correto, locais de aplicação, via e importância do rodízio nos locais de aplicação. - Orientar em relação ao tabagismo e alcoolismo. - Orientar estratégias para prevenção do pé diabético: 1. Exame regular dos pés e dos calçados. 2. Educação – orientação para prevenção. 3. Aconselhamento sobre os calçados. 4. Falar sobre os cuidados com os pés.

AVALIAÇÃO LABORATORIAL

Glicemia de jejum e hemoglobina glicada; Perfil lipídico: colesterol total e frações; triglicérides; Microalbuminúria em pacientes com diabetes tipo 1 há mais de 5 anos e todos com diabetes tipo 2. Creatinina sérica em adultos (e em crianças com proteinúria). TSH em todos os pacientes com diabetes tipo 1 e nos clinicamente suspeitos (hipo/hipertireoidismo) com diabetes tipo 2. ECG em adultos, se necessário. Urinálise

ENCAMINHAMENTOS

- Oftalmologista (1 consulta, anualmente). Planejamento familiar para mulheres em idade fértil.
- Nutricionista. Psicólogo

Quadro 18. Medicamentos utilizados no tratamento do diabetes mellitus (prescrição médica).				
Medicamento	Posologia	Contra indicação	Efeitos colaterais	Cuidados
Cloridrato de metformina Comp. 500 e 850 mg	1 comprimido 2 a 3 vezes ao dia, logo após as refeições.	Hipersensibilidade à metformina ou a outros componentes da fórmula; Gravidez, lactação, insuficiência renal, mesmo moderada; Insuficiência hepática, acidose láctica, alcoolismo agudo ou crônico.	Alterações gastrintestinais, do tipo náuseas, vômitos e diarreia, que ocorrem mais no início do tratamento e desaparecem espontaneamente na maioria dos casos. Para reduzir a ocorrência de alterações digestivas, recomenda-se administrar a metformina em duas tomadas diárias, durante ou ao término das refeições.	Pode provocar acidose láctica como efeito secundário; Os pacientes devem ter seus níveis de vitamina B12 avaliados anualmente, já que se relatou uma diminuição reversível na absorção desta vitamina pelo trato gastrintestinal em pacientes em uso prolongado de metformina.
Glibenclamida Comp. 5 mg	Dose de manutenção: varia de 5 a 15 mg/dia, em 1 a 3 vezes ao dia.	Hipersensibilidade conhecida à glibenclamida, diabéticos insulino dependentes, pacientes com insuficiência renal e hepática, acidose significante, coma diabético, cetoacidose diabética com ou sem coma, pacientes submetidos a grande cirurgia, traumas.	Hipoglicemia leve/noturna, ganho de peso, Eritrma multiforme ou dermatite esfoliativa, anemia aplástica ou hemolítica	Contra indicada para Mulheres grávidas ou que estejam amamentando Importante conhecer sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia

INSULINAS

Tipos: Regular: também chamada de insulina de ação rápida. Seu início de ação leva de 30 minutos a uma hora, o pico máximo de atividade ocorre de 2 a 3 horas depois, e a duração da ação vai de 4 a 6 horas. É usada quando uma ação mais rápida é necessária, como na cetoacidose diabética. Pode ser misturada com a insulina NPH. Se a insulina regular é administrada às 7 horas da manhã, sua ação máxima será por volta das 9 horas e a duração de atividade será até as 11 horas. NPH: é a insulina de ação intermediária. Inicia sua ação em 30 minutos a uma hora e meia, com pico máximo de ação em 4 a 7 horas, podendo a duração alcançar 14 a 18 horas após a aplicação. Se a insulina NPH for aplicada às 7 horas da manhã, seu pico máximo de ação ocorrerá por volta das 13 horas, com duração máxima até as 19 horas. Cuidados na aplicação de Insulina: Deve-se fazer rodízio na aplicação diária de insulina para evitar complicações tais como hipertrofia ou atrofia no local. Evite aplicar a insulina perto das juntas, na área da virilha, no umbigo e na linha média do abdome. Fonte: Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus – Ministério da Saúde 2002.

ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA EQUIPE NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO DIABETES.

Agente comunitário de saúde: - Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; Rastrear a hipertensão arterial e o

diabetes, em indivíduos com mais de 20 anos pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; - Encaminhar para consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão e/ou diabetes; - Verificar o comparecimento dos pacientes às consultas agendadas na Unidade de Saúde; Perguntar, sempre, ao paciente se o mesmo está tomando com regularidade os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, abandono do hábito de fumar e do consumo de bebidas alcoólicas (confirmar tais informações com outros membros da família); - Registrar na sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão de cada membro da família com idade superior a 20 anos.

Auxiliar de enfermagem: Verificar os níveis de glicemia capilar, de pressão arterial, de peso e de altura, em indivíduos da demanda espontânea da Unidade de Saúde; - Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira; - Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à Hipertensão Arterial e do diabetes; - Agendar consultas e retornos médicos e de enfermagem para os casos indicados; - Proceder às anotações devidas em ficha clínica; - Cuidar dos equipamentos e solicitar sua manutenção quando necessária; Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência; Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da Unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico; - Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento quando da impossibilidade do farmacêutico.

Enfermeiro: Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, supervisionando de forma permanente suas atividades; - Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não- medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências no tratamento, encaminhando o paciente ao médico quando necessário; - Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade. Desenvolver atividades educativas com os pacientes, individuais ou em grupo; - Estabelecer, junto com a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão; - Solicitar, durante a consulta de enfermagem os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis pelo médico da equipe; - Manutenção da prescrição do tratamento instituído pelo médico, de indivíduos controlados e sem intercorrências e mediante consulta de enfermagem. Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os pacientes que não aderiram às atividades educativas, os de difícil controle e os portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos, etc); Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os pacientes que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades; Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os pacientes que precisam de controle, os sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades; Encaminhar para consultas anuais com oftalmologia.

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO

Dr. Cleide, referência de HIPERDIA nas Policlínicas Regionais (Pôr do Sol - Norte, Solarium – Leste, Centro – Centro-Oeste e Visão - Sul)

TEMAS PARA GRUPOS OPERACIONAIS

O que é diabetes, tipos e objetivos do tratamento; Tipos de insulina, suas ações, indicações, técnicas de uso, rotação dos sítios de aplicação e reutilização das seringas; Tipos de hipoglicemiantes orais: ações e indicações; Necessidades nutricionais e como planejá-las. Sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia: prevenção e tratamento. Efeito da ingestão de alimentos, exercícios, estresse; Vacinas de rotina e especiais; Automonitorização e controle domiciliar; Significado dos resultados e como proceder diante deles; Cuidado com os pés para prevenção de lesões; Complicações crônicas e como preveni-las; Necessidades nutricionais e como planejá-las.

***TOTG: TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE**

Indicações para o TOTG:

Pacientes com glicose plasmática <100 mg/dl e <126 mg/dl.

Pacientes com glicose plasmática <100 mg/dl, com presença de 02 ou mais fatores de risco para diabetes e idade superior a 45 anos.

Pacientes com história de Diabetes Gestacional.

2.7 Hanseníase

É uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa. Acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, mas também manifesta-se como uma doença sistêmica comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos.

O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado à capacidade de penetração do *Mycobacterium leprae* na célula nervosa e seu poder imunogênico.

Agente etiológico: O *M. leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente e gram-positivo, em forma de bastonete. É um parasita intracelular, sendo a única espécie de micobactéria que acomete os nervos periféricos, especificamente as células de Schwann. Este bacilo não cresce em meios de cultura artificiais, ou seja, não é cultivável *in vitro*.

Modo de transmissão: O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. A transmissão se dá por meio de uma pessoa doente (forma infectante da doença – Multibacilar), sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior infectando outras pessoas susceptíveis. Estima-se que 90% da população tenha defesa natural contra o *M. leprae*, e sabe-se que a susceptibilidade ao *M. leprae* tem influência genética.

A principal via de eliminação do bacilo pelo doente e a mais provável via de entrada deste no organismo são as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe), através de contato íntimo e prolongado, muito frequente na convivência domiciliar. Por isso, o domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença.

Medidas de prevenção e promoção em saúde: A principal medida de prevenção está na busca ativa, detecção e tratamento precoce do portador da hanseníase; Exame dos contatos intra-domiciliares; Vacinação BCG para os contatos; Mobilização social e educação dirigida à população, comunidade e aos profissionais de saúde.

FATORES DE RISCO EPIDEMIOLÓGICOS PARA CONTRAIR HANSENÍASE

O principal fator de risco é o contato com pacientes de formas multibacilares sem tratamento, por serem bacilíferos; População de maior risco é a dos contatos intradomiciliares; Condições de moradia, sanitárias e nutricionais interferem no panorama da manutenção da endemia; Risco do profissional de saúde é igual ao da população geral.

ABORDAGEM CLÍNICA

Primeira Consulta - A primeira consulta médica é posterior ao acolhimento, onde foi realizada a avaliação pela equipe de enfermagem; O diagnóstico clínico é realizado através de: História Clínica; Exame físico geral; Exame dermatoneurológico. Teste de Sensibilidade. Diagnóstico Laboratorial; Pesquisar BAAR para identificação direta do Bacilo em raspado dérmico de lesão, lóbulos de orelhas e um cotovelo; Solicitar exames: hemograma completo e bioquímica de sangue; elementos anormais e sedimento de urina e exame parasitológico de fezes.

TRATAMENTO

- Administrar as doses supervisionadas; Orientar sobre a dose diária auto-administrada; Agendar retorno a cada 28 dias, a fim de garantir a regularidade do tratamento e acompanhamento do caso, visando diagnosticar e tratar intercorrências, bem como prevenir e/ou tratar incapacidades e deformidades físicas provocadas pela doença. Sendo este exame de Incapacidades físicas realizada pelo profissional capacitado.

ATIVIDADES DE CONTROLE

Preencher as fichas de notificação, prontuário, cartão de aprazamento e outros utilizados pelo programa; Agendar exame dos contatos intradomiciliares; Encaminhar para outras especialidades ou serviços se necessário.

ASPECTOS CLÍNICOS

Os principais sinais e sintomas da doença são: Manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade (a pessoa sente formigamentos, choques e câimbras que evoluem para dormência – se queima ou machuca sem perceber); Pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas; Diminuição ou queda de pêlos, localizada ou difusa, especialmente sobrancelhas; Falta ou ausência de sudorese no local - pele seca. As lesões da hanseníase geralmente iniciam com hiperestesia - sensação de queimação, formigamento e/ou coceira - no local, que evoluem para ausência de sensibilidade e, a partir daí, não coçam e o paciente refere dormência - diminuição ou perda de sensibilidade ao calor, a dor e/ou ao tato - em qualquer parte do corpo. Outros sintomas e sinais que devem ser observados: Diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés; Diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e por vezes, pálpebras; Edema de mãos e pés; Febre e artralgia; Entupimento, feridas e ressecamento do nariz; Nódulos eritematosos dolorosos; Mal estar geral; Ressecamento dos olhos.

DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico de caso de hanseníase na Atenção Básica de Saúde é essencialmente clínico por meio do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). Os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados para o Programa de Hanseníase.

O ACOLHIMENTO DO USUÁRIO

A identificação de um caso suspeito de hanseníase é feita pela presença de manchas e/ou áreas com alteração de sensibilidade, que pode ser realizada por qualquer profissional da área de saúde, treinado e sensibilizado para o problema hanseníase. Uma vez identificado, o caso suspeito é encaminhado à referência do Programa de Hanseníase do município com atendimento na Policlínica Centro, todas as quartas - feiras. Confirmado o diagnóstico, o paciente iniciará o tratamento e receberá as orientações pela equipe do programa. O paciente não deve sofrer nenhum tipo de restrição em relação às suas atividades cotidianas relacionadas com a família, trabalho, escola e lazer. O exame de contatos. O exame de contato poderá ser realizado pelo enfermeiro ou pelo médico. Anamnese dirigida a sinais e sintomas da Hanseníase. Exame dermatoneurológico (exame da superfície corporal, palpação de troncos nervosos). Imunização: Checar presença de cicatriz de BCG. Na ausência de cicatriz, aplicar uma dose. Se o contato é indene (não apresenta sinais e sintomas de hanseníase), orientar sobre hanseníase e encaminhar para aplicação de BCG, conforme critério anterior. Se o contato apresenta lesões suspeitas de hanseníase, encaminhar para o programa de Hanseníase.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE (PÁG. 41 LINHA GUIA – SES-MG)

2.8 Tuberculose

Este protocolo busca disponibilizar para todos os profissionais de Saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Estratégia da Saúde da Família (ESF) as normas que orientam as ações de controle da tuberculose, objetivando-se com isto que os doentes sejam diagnosticados e tratados com sucesso em todos os serviços de Saúde.

ATRIBUIÇÕES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE

As UBS do Sistema Único de Saúde (SUS) de todos os municípios do País devem realizar as ações para: Identificar entre as pessoas maiores de 15 anos que procuram o serviço, sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais), fazer o diagnóstico de tuberculose, iniciar o tratamento, acompanhar os casos em tratamento, dar alta aos pacientes; Identificar entre as crianças que procuram o serviço de saúde, aquelas portadoras de pneumopatias e outras manifestações clínicas sugestivas de tuberculose, descritas mais adiante, e encaminhá-las a uma Unidade de referência para investigação e confirmação do diagnóstico; Acompanhar e tratar os casos confirmados nas UBS; Aplicar a vacina BCG; Coletar material para a pesquisa direta de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) no escarro. Realizar a prova tuberculínica quando necessário; realizar exame anti-HIV quando indicado; Pegar os medicamentos no setor de epidemiologia. Fazer tratamento supervisionado na unidade de saúde ou no domicílio quando indicado; Manter o Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose com informações atualizadas acerca do seu acompanhamento, baciloscopias e critério de alta. Essas informações devem ser enviadas trimestralmente para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (ou Programa de controle da Tuberculose); Informar a Secretaria Municipal de Saúde acerca dos casos atendidos e situação de encerramento (resultado do tratamento) desses casos; Realizar trimestralmente estudo de coorte dos casos acompanhados para a análise do resultado do tratamento; Fazer uma programação anual para o Programa de Controle da Tuberculose, juntamente com a Vigilância Epidemiológica do município, estabelecendo metas a serem atingidas; Fazer visita domiciliar quando necessário; Realizar ações educativas junto à clientela da unidade de saúde, bem como na comunidade; Divulgar os serviços prestados tanto no âmbito do serviço de saúde como na própria comunidade.

ETIOLOGIA, TRANSMISSÃO E PATOGÊNESE.

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BK), que se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com TB pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas sadias, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença. A propagação da tuberculose está intimamente ligada às condições de vida da população. Prolifera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria. Por isto, a sua incidência é maior nas periferias das grandes cidades, podendo, porém, acometer qualquer pessoa mesmo em áreas rurais. A tuberculose é transmitida de pessoa a pessoa através do ar. A infecção pelo bacilo da tuberculose pode ocorrer em qualquer idade, mas, no Brasil, geralmente acontece na infância. Nem todas as pessoas expostas ao bacilo da tuberculose se tornam infectadas. A probabilidade que a TBC seja transmitida depende de alguns fatores: da contagiosidade do caso índice (doente bacilífero fonte da infecção); do tipo de ambiente em que a exposição ocorreu; da duração da exposição. Quando uma pessoa inala as gotículas contendo os bacilos de Koch, muitas delas ficam no trato respiratório superior (garganta e nariz), onde a infecção é improvável de acontecer. Contudo, quando os bacilos atingem os alvéolos a infecção pode se iniciar.

OS PULMÕES E OS ALVEÓLOS

Em primeiro lugar, os bacilos multiplicam-se nos alvéolos e um pequeno número entra na circulação sanguínea disseminando-se por todo o corpo. Dentro de 2 a 10 semanas no entanto, o sistema imune usualmente intervem, impedindo que os bacilos continuem a se multiplicar, prevenindo disseminação

posterior. A infecção tuberculosa, sem doença, significa que os bacilos estão no corpo da pessoa, mas o sistema imune os está mantendo sob controle. O sistema imune faz isto produzindo células chamadas macrófagos que fagocitam os bacilos e formam uma “barreira”, o granuloma, que mantém os bacilos sob controle. A infecção tuberculosa é detectada apenas pela prova tuberculínica (ver mais adiante). As pessoas infectadas e que não estão doentes não transmitem o bacilo. Uma vez infectada, a pessoa pode desenvolver tuberculose doença em qualquer fase da vida. Isto acontece quando o sistema imune não pode mais manter os bacilos “sob controle” e eles se multiplicam rapidamente. Todos os órgãos podem ser acometidos pelo bacilo da tuberculose, porém, ocorrem mais frequentemente nos pulmões, gânglios, pleura, rins, cérebro e ossos. Apenas em torno de 10% das pessoas infectadas adoecem, metade delas durante os dois primeiros anos após a infecção e a outra metade ao longo de sua vida. Esta estimativa está correta se não existirem outras infecções ou doenças que debilitem o sistema imunológico da pessoa, como, por exemplo: Diabetes Mellitus (DM); Infecção pelo HIV; Tratamento prolongado com corticosteróides; Terapia imunossupressora; Doenças renais crônicas, entre outras; Desnutrição calórico protéica.

A ORGANIZAÇÃO DA BUSCA DE CASOS NA COMUNIDADE

As equipes da ESF, os agentes comunitários de saúde e os profissionais de saúde responsáveis pela vigilância epidemiológica no distrito sanitário (quando houver), e no município devem mobilizar a comunidade para identificar os “tossidores crônicos”, nas famílias, clubes, igrejas, e comunidades fechadas referidas acima, com o objetivo de encaminhá-los para fazer exame de escarro. Essas unidades devem contar com o apoio de uma unidade de referência, de média complexidade. Porém do ponto de vista de sua atuação no Programa de Controle da Tuberculose, as UBS devem manter a sua autonomia na descoberta e no tratamento de casos de tuberculose.

Fluxograma de Tuberculose (Fonte: Guia Vigilância Epidemiológica/Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2010).

A definição de caso de tuberculose; Denomina-se “caso de tuberculose” todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose. “Caso novo” é o doente com tuberculose que nunca se submeteu à quimioterapia antituberculosa, fez uso de tuberculostáticos por menos de 30 dias, ou submeteu-se ao tratamento para tuberculose há cinco anos ou mais.

Elementos para o diagnóstico da tuberculose pulmonar: A história clínica; Ter tido contato, intradomiciliar ou não, com uma pessoa com tuberculose; Apresentar sintomas e sinais sugestivos de tuberculose pulmonar tosse seca ou produtiva por três semanas ou mais, febre vespertina, perda de peso, sudorese noturna, dor torácica, dispnéia e astenia; História de tratamento anterior para tuberculose; Presença de fatores de risco para o desenvolvimento da TBC doença (Infecção pelo HIV, diabetes, câncer, etilismo).

Exame bacteriológico: A baciloscopia direta do escarro é método fundamental porque permite descobrir as fontes mais importantes de infecção – os casos bacilíferos. Esse exame, quando executado corretamente, permite detectar de 70 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar em uma comunidade. A baciloscopia direta do escarro deve sempre ser solicitada para: Pacientes adultos que procurem o serviço de saúde por apresentarem queixas respiratórias ou qualquer outro motivo, mas que espontaneamente, ou em resposta ao pessoal de saúde, informem ter tosse e expectoração por três ou mais semanas; Pacientes que apresentem alterações pulmonares na radiografia de tórax; Contatos de casos de tuberculose pulmonar bacilíferos que apresentem queixas respiratórias. Recomenda-se, para o diagnóstico, a coleta de duas amostras de escarro: (ou três) Uma por ocasião da primeira consulta; A segunda, independente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte ao despertar.

Coleta do escarro; A fase inicial do exame que compreende coleta, conservação e transporte do escarro é de responsabilidade do auxiliar da Unidade Básica de Saúde. Primeira amostra: coletada quando o sintomático respiratório procura o atendimento na unidade de saúde, para aproveitar a

presença dele e garantir a realização do exame laboratorial. Não é necessário estar em jejum. Segunda amostra: coletada na manhã do dia seguinte, assim que o paciente despertar. Essa amostra, em geral, tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite. As unidades de saúde devem ter funcionários capacitados para orientar o paciente, com informações simples e claras em relação à coleta do escarro, devendo proceder da seguinte forma: Entregar o recipiente ao paciente, verificando se a tampa do pote fecha bem e se já está devidamente identificado (nome do paciente e a data da coleta no corpo do pote); Orientar o paciente quanto ao procedimento de coleta: ao despertar pela manhã, lavar a boca, sem escovar os dentes, inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação até obter duas eliminações de escarro, evitando que esse escorra pela parede externa do pote; Coletar a amostra em local aberto, de preferência ao ar livre ou em sala bem arejada. Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição; Orientar o paciente a lavar as mãos após esse procedimento.

A cultura do bacilo de Koch. A cultura para o *M. tuberculosis* é indicada para: Os suspeitos de tuberculose pulmonar negativos ao exame direto do escarro; O diagnóstico das formas extrapulmonares – como meningoencefálica, renal, pleural, óssea ou ganglionar. Os casos de suspeita de resistência bacteriana às drogas quando deve ser realizado o teste de sensibilidade; Os casos de suspeita de infecção por micobactérias não-tuberculosas, notadamente nos doentes HIV positivos ou com aids quando deverá ser realizada a tipificação do bacilo.

Qualidade e quantidade da amostra: Uma boa amostra de escarro é a que provém da árvore brônquica, obtida após esforço de tosse, e não a que se obtém da faringe ou por aspiração de secreções nasais, nem tampouco a que contém somente saliva. O volume ideal está compreendido entre 5 a 10 ml. Quando o paciente referir que não tem expectoração, o auxiliar deve orientá-lo sobre como obter a amostra de escarro e fazer que ele tente fornecer material para o exame. Caso obtenha êxito, deve enviar a amostra ao laboratório para ser examinado, independentemente da qualidade e quantidade.

Recipiente para coleta de escarro para exame bacteriológico: O material deve ser coletado em potes plásticos com as seguintes características: descartáveis, com boca larga (50mm de diâmetro), transparente, com tampa de rosca de 40mm, capacidade entre 35 e 50 ml. A identificação (nome do paciente e data da coleta) deve ser feita no corpo do pote e nunca na tampa, utilizando-se, para tal, fita gomada ou caneta para retroprojektor.

Local da coleta: As amostras devem ser coletadas em local aberto de preferência ao ar livre ou em sala bem arejada.

Conservação e transporte: As amostras clínicas devem ser, preferencialmente, coletadas nas unidades de saúde até as 8:30h e enviadas imediatamente ao laboratório municipal. (ver agendamento sistema)

Os exames de BAAR devem ser de agendamento prioritário preferencialmente, no dia seguinte a solicitação. Para o transporte de amostras, deve-se considerar duas condições importantes: Proteção contra a luz solar; Acondicionamento adequado para que não haja risco de derramamento. Para transportar potes de escarro de uma Unidade Básica de Saúde para outra de maior complexidade, para realização da baciloscopia ou da cultura, as amostras de escarro poderão ficar em temperatura ambiente, protegidas da luz solar por um período máximo de 24 horas. Se a demora para o envio ao laboratório for no máximo de sete dias, as amostras de escarro deverão ser mantidas refrigeradas entre 2°C e 8°C em geladeira exclusiva para armazenar material contaminado.

Interpretação dos resultados do exame bacteriológico e conduta: Nas Unidades Básicas de Saúde, em princípio, deverá ser considerado para tratamento imediato o paciente com diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera que estiver enquadrado nos itens 1 e 2 descritos a seguir: 1 - Deverá ser considerado como tuberculose pulmonar positiva o caso que apresentar: duas baciloscopias diretas positivas; uma baciloscopia direta positiva e cultura positiva; uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de TBC. 2 - Se uma das amostras for positiva e a outra negativa e não

houver disponibilidade de Raios X de tórax pelo SUS deve-se realizar o exame de uma 3.^a amostra, com todo o cuidado para a obtenção de material adequado (escarro e não saliva). Se essa 3.^a amostra for positiva, deve-se proceder como no item 1. Se for negativa, o paciente deverá ser encaminhado para uma unidade de referência para investigação e diagnóstico. Quando houver disponibilidade para realização de Raios X de tórax pelo SUS, deve ser solicitado para investigação e solicitação de parecer da unidade de referência. 3 - Se as duas ou três amostras forem negativas, o paciente em pesquisa diagnóstica de doença respiratória deverá ser encaminhado para consulta médica na unidade de referência. 4 - Os casos com suspeita de TBC extrapulmonar devem ser encaminhados para uma unidade de referência para investigação diagnóstica e tratamento. 5 - Serão encaminhados à consulta médica ou de enfermagem, os indivíduos com sintomas respiratórios.

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

Radiografia de Tórax em um caso de tuberculose Pulmonar: Os resultados das radiografias de tórax deverão obedecer a seguinte classificação: Normal – não apresentam imagens patológicas nos campos pleuro-pulmonares; Seqüela – apresentam imagens sugestivas de lesões cicatriciais; Suspeito – apresentam imagens sugestivas de tuberculose; Outras doenças – apresentam imagens sugestivas de pneumopatias não-tuberculosa (infecções bacterianas, micoses, abscessos ou neoplasias).

Prova Tuberculínica (vide atualização, se mantém o uso): Indicada como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose, a prova tuberculínica quando reatora, isoladamente, indica apenas a presença de infecção e não é suficiente para o diagnóstico da tuberculose doença. No Brasil, a tuberculina usada é o PPD RT23, aplicado por via intradérmica no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de 0,1 ml, equivalente a 2UT (unidades de tuberculina). Quando conservada em temperatura entre 4°C e 8°C, a tuberculina mantém-se ativa por seis meses. Não deve, entretanto, ser congelada nem exposta à luz solar direta. A técnica de aplicação (a mais utilizada é a técnica de mantoux) e o material utilizado são padronizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e têm especificações semelhantes às usadas para a vacinação BCG. A injeção do líquido faz aparecer uma pequena área de limites precisos, pálida e de aspecto pontilhado como casca de laranja. A leitura da prova tuberculínica é realizada de 72 a 96 horas após a aplicação, medindo-se com régua milimetrada o maior diâmetro transversal da área de endurecimento palpável.

Mensuração da área de endurecimento: O resultado, registrado em milímetros classifica-se como: 0 a 4 mm – não reator: indivíduo não infectado pelo *M. tuberculosis* ou com hipersensibilidade reduzida; 5 a 9 mm – reator fraco: indivíduo vacinado com BCG ou infectado pelo *M. tuberculosis* ou por outras micobactérias; 10 mm ou mais – reator forte: indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis*, que pode estar doente ou não, e indivíduos vacinados com BCG nos últimos dois anos.

Observações em relação à Prova Tuberculínica: algumas circunstâncias podem interferir no resultado da prova tuberculínica como, por exemplo: desnutrição, aids, sarcoidose, neoplasias, doenças linfoproliferativas, tratamentos com corticosteróides e drogas imunodepressoras, gravidez, etc; todos os indivíduos infectados pelo HIV devem ser submetidos ao teste tuberculínico. Nesses casos, considera-se reator aquele que apresenta endurecimento de 5 mm ou mais e não reator aquele com endurecimento entre 0 e 4 mm. Para pacientes não reatores e em uso de terapia anti-retroviral, recomenda-se fazer o teste seis meses após o início da terapia, devido a possibilidade de restauração da resposta tuberculínica; Nos indivíduos vacinados com BCG, sobretudo entre aqueles imunizados há até dois anos, a prova tuberculínica deve ser interpretada com cautela porque, em geral, apresenta reações de tamanho médio podendo alcançar 10 mm ou mais; Recomenda-se realizar o teste tuberculínico em todos os profissionais dos serviços de saúde por ocasião de sua admissão.

Diagnóstico de Tuberculose Extra pulmonar: As Localizações extra pulmonares mais comuns na infância são: Gânglios Periféricos. Pleura. Ossos. Meninges. A tuberculose ganglionar periférica acomete preferencialmente as cadeias cervicais, sendo, geralmente, unilateral, de evolução lenta (> 3 semanas), com consistência endurecida e pode fistulizar. O acometimento pleural se caracteriza por derrame, em geral, unilateral com predomínio de linfócitos e ausência de células mesoteliais. A forma osteoarticular mais encontrada situa-se na coluna vertebral e denomina-se Mal de Pott. Cursa com dor no segmento atingido e posição antálgica. A meningoencefalite tuberculosa costuma cursar com fase prodrômica de uma a oito semanas, quase sempre com febre, irritabilidade, paralisia de pares cranianos, e pode evoluir com sinais clínicos de hipertensão intracraniano, como vômitos, letargia e rigidez de nuca.

Notificação do caso de tuberculose: O caso deverá ser notificado através do preenchimento da ficha de notificação do SINAN, pelo profissional de saúde (enfermeiro ou médico) da UBS que atendeu o paciente. Essa ficha deverá ser encaminhada ao 1.º nível informatizado para digitação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

TRATAMENTO

A adesão ao tratamento: o papel da estratégia DOTS/TDS: Antes de iniciar a quimioterapia, é necessário orientar o paciente quanto ao tratamento. Para isso, deve-se explicar em uma entrevista inicial e em linguagem acessível, as características da doença e o esquema de tratamento que será seguido – drogas, duração, benefícios do uso regular da medicação, conseqüências advindas do abandono do tratamento e possíveis efeitos adversos dos medicamentos. A atual estratégia do tratamento supervisionado (DOTS/TDS) tem como objetivo garantir a adesão ao mesmo reduzindo o risco de transmissão da doença na comunidade. A administração do tratamento supervisionado requer a supervisão da ingestão dos medicamentos, na unidade de saúde ou na residência, assegurando-se que o doente os tome em uma única dose diária. A ingestão dos medicamentos deve ser assistida no local de escolha do doente pelo profissional de saúde: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e/ou um membro da família devidamente orientado para essa atividade. A supervisão da tomada da medicação, poderá ser feita com pelo menos três observações semanais, nos primeiros dois meses, e uma observação por semana, até o seu final. Atenção especial deve ser dada para o tratamento supervisionado dos doentes pulmonares bacilíferos, nas seguintes situações: etilistas; casos de retratamento após abandono; mendigos; presidiários; doentes institucionalizados (asilos, manicômios). Sempre que houver indicação do tratamento supervisionado, o profissional de saúde deve conversar com o paciente sobre a necessidade do mesmo e sobre as visitas domiciliares, quando for o caso. Compete aos serviços de saúde prover os meios necessários para garantir que todo indivíduo com diagnóstico de tuberculose possa, sem atraso, ser adequadamente tratado.

ESQUEMAS DE TRATAMENTO SEGUNDO A SITUAÇÃO DO CASO

Em 1979, o Brasil preconizou um sistema de tratamento para a TB composto pelo Esquema I (2RHZ/4RH) para os casos novos; Esquema I reforçado (2RHZE/4RHE) para retratamentos; Esquema II (2RHZ/7RH) para a forma meningoencefálica; e Esquema III (3SZEEt/9EEt) para falência. Em 2009, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, juntamente com o seu Comitê Técnico Assessor reviu o sistema de tratamento da TB no Brasil. Baseado nos resultados preliminares do II Inquérito Nacional de Resistência aos medicamentos antiTB, que mostrou aumento da resistência primária à isoniazida (de 4,4 para 6,0%), introduz o Etambutol como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses) do Esquema básico. A apresentação farmacológica deste esquema passa a ser em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE), nas seguintes dosagens: R 150 mg, H 75 mg, Z 400 mg e E 275 mg. Essa recomendação e apresentação farmacológica são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e utilizadas na maioria dos países, para adultos e adolescentes. Para as crianças (abaixo de 10 anos), permanece a recomendação do Esquema RHZ. Outras mudanças no sistema de tratamento da tuberculose são a extinção do Esquema I reforçado e do Esquema III. Para todos os casos de retratamento será solicitada cultura, identificação e teste de sensibilidade, iniciando-se o tratamento com o Esquema básico, até o resultado desses. Os casos que evoluem para falência do tratamento devem ser criteriosamente avaliados quanto ao histórico terapêutico, adesão aos tratamentos anteriores e comprovação de resistência aos medicamentos. Tais casos receberão o Esquema Padronizado para

Multirresistência ou Esquemas Especiais individualizados segundo a combinação de resistências apresentadas pelo teste de sensibilidade.

Em todos os esquemas, a medicação é de uso diário e deverá ser administrada em uma única tomada. Atenção especial deve ser dada ao tratamento dos grupos considerados de alto risco para toxicidade, constituído por pessoas com mais de 60 anos, em mau estado geral, alcoolistas, infectadas por HIV, em uso concomitante de medicamentos anticonvulsivantes, e pessoas que manifestem alterações hepáticas. A rifampicina interfere na ação dos contraceptivos orais, devendo as mulheres, em uso desse medicamento, receberem orientação para utilizar outros métodos anticoncepcionais. Em crianças menores de cinco anos, que apresentem dificuldade para ingerir os comprimidos, recomenda-se o uso dos medicamentos em forma de xarope ou suspensão. *Para efeito de indicação de esquemas terapêuticos, consideramos:* Caso novo ou virgens de tratamento (VT) - pacientes que nunca se submeteram ao tratamento anti-TB, ou o fizeram por até 30 dias. Retratamento ou com tratamento anterior (TA) - pessoa já tratada para TB por mais de 30 dias, que venha a necessitar de novo tratamento por recidiva após cura (RC) ou retorno após abandono (RA). O paciente que retorna ao sistema após abandono deve ter sua doença confirmada por nova investigação diagnóstica por baciloscopia, devendo ser solicitada cultura, identificação e teste de sensibilidade, antes da reintrodução do tratamento anti-TB básico. Falência - Persistência da positividade do escarro ao final do tratamento. São também classificados como caso de falência os casos que, no início do tratamento, são fortemente positivos (++) ou (+++) e mantêm essa situação até o 4º mês, ou aqueles com positividade inicial seguida de negatificação, e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento.

ESQUEMAS PRECONIZADOS SEGUNDO SITUAÇÃO DE TRATAMENTO DO PACIENTE E UNIDADES DE ATENDIMENTO.

Observações: a) Os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum (1h antes ou duas horas após o café da manhã), em uma única tomada ou, em caso de intolerância digestiva, junto com uma refeição. b) O tratamento das formas extrapulmonares (exceto a meningoencefálica) terá a duração de seis meses assim como o tratamento dos pacientes co-infectados com HIV, independentemente da fase de evolução da infecção viral. Em casos individualizados cuja evolução clínica inicial não tenha sido satisfatória, com o parecer emitido pela referência, o tratamento poderá ser prolongado, na sua segunda fase, como nos casos a seguir: - Aparecimento de poucos bacilos no exame direto do escarro do quinto ou sexto meses, isoladamente, o que pode não significar falência do esquema, em especial se acompanhado de melhora clínico-radiológica. Neste caso, o paciente será seguido com exames bacteriológicos. O tratamento, se preciso, será prolongado por mais três meses, período em que o caso deve ser redefinido ou concluído. - Pacientes com escarro negativo e evolução clínico-radiológica insatisfatória – o prolongamento do tratamento por mais três meses pode ser uma opção para evitar mudanças precipitadas para esquemas mais longos e de menor eficácia. Deve-se consultar uma unidade de referência antes de se decidir por este prolongamento. - Paciente com formas cavitárias que permaneçam com baciloscopia positiva ao final do segundo mês de tratamento poderão ter a segunda fase do seu tratamento prolongada para 9 meses (observando que a solicitação de cultura e teste de sensibilidade é mandatória nesses casos). - Monorresistência à R ou H: A manutenção do Esquema Básico com prorrogação da segunda fase do tratamento para 7 meses poderá ser considerada quando a monorresistência for identificada na fase de manutenção do tratamento. Para tanto, deve ser realizada criteriosa avaliação da evolução clínica, bacteriológica, radiológica, adesão e história de tratamento anterior para tuberculose em unidade de referência terciária ou orientada por ela.

CRIANÇA COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

As manifestações clínicas sugestivas de tuberculose na criança e adolescente podem ser variadas. Os dados que chamam atenção na maioria dos casos é a febre, habitualmente moderada, persistente por mais de 15 dias e frequentemente vespertina. São comuns irritabilidade, tosse, perda de peso, sudorese noturna, às vezes profusa. Muitas vezes a suspeita de tuberculose é feita em casos de pneumonia de evolução lenta que não vêm apresentando melhora com o uso de antimicrobianos para bactérias comuns. Em crianças e adolescentes, há predomínio da localização pulmonar sobre as formas de tuberculose extrapulmonares. Deve-se também suspeitar de tuberculose quando a criança apresentar linfadenopatia cervical ou axilar, após excluir adenite infecciosa aguda com evidentes

sinais flogísticos. Na presença de reação forte ao PPD, está indicado o tratamento. Os achados radiográficos mais sugestivos de tuberculose nessa faixa etária são: adenomegalias hilares e/ou paratraqueais (gânglios mediastínicos aumentados de volume); pneumonias com qualquer aspecto radiológico, de evolução lenta, às vezes associada a adenomegalias mediastínicas, ou que cavitam durante a evolução e o infiltrado nodular difuso (padrão miliar). Deve-se sempre investigar se houve contato prolongado com adulto doente de tuberculose pulmonar bacilífera ou com história de tosse por três semanas ou mais. Os casos suspeitos de tuberculose em crianças e adolescentes devem ser encaminhados para a unidade de referência para investigação e confirmação do diagnóstico.

Após definição do diagnóstico e estabelecido o tratamento, a criança deverá voltar para acompanhamento na UBS. Em crianças menores de cinco anos, que apresentem dificuldade para ingerir os comprimidos, recomenda-se o uso das drogas na forma de xarope ou suspensão. Em casos sociais, como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono, especialmente se for um caso de retratamento ou falência.

O acompanhamento do tratamento: O acompanhamento do tratamento consiste na avaliação periódica da evolução da doença e a utilização correta dos medicamentos. Para que isto ocorra, é fundamental que o profissional de saúde garanta as condições básicas para o sucesso do tratamento.

Condições básicas para o êxito do tratamento: Unidade de saúde com profissionais treinados para fazer o diagnóstico e o acompanhamento do doente; Acesso fácil do doente ao serviço de saúde; Laboratório no município responsável pela realização das baciloscopias, tanto para diagnóstico quanto para o acompanhamento; Garantia do fornecimento gratuito e ininterrupto da medicação específica;

Adesão ao tratamento – o compromisso do paciente com o seu tratamento e conseqüentemente a regularidade na tomada dos medicamentos vai depender, em grande parte, da maneira como ele é atendido no serviço de saúde. Estabelecer uma relação de confiança com o paciente é um dever do profissional de saúde. Essa é uma atividade de educação para a saúde que deve ser desenvolvida durante as consultas e entrevistas, tanto iniciais como subseqüentes. Estudos também demonstram que a adesão do paciente ao tratamento depende do seu conhecimento sobre: a doença; a duração do tratamento prescrito; a importância da regularidade no uso das drogas; as graves conseqüências advindas da interrupção ou do abandono do tratamento.

Realização mensal da baciloscopia de controle, sendo indispensáveis as do 2.º, 4.º e 6.º meses de tratamento, no esquema básico (esquema I) e esquema básico + etambutol (esquema IR) e no 3.º, 6.º, 9.º e 12.º meses, nos casos do esquema III e esquemas especiais. É importante, nas consultas médicas mensais e/ou de enfermagem, a identificação de queixas e de sintomas que possam avaliar a evolução da doença com a introdução dos medicamentos, e a detecção de manifestações adversas com seu uso. A avaliação do peso do doente é um bom indicador de resposta ao tratamento para os doentes com TB pulmonar e baciloscopias negativas e para aqueles com formas de TB extrapulmonar. Nas unidades com recursos de exame radiológico este pode ser utilizado, se necessário, para acompanhar a regressão ou o agravamento das lesões na forma pulmonar da doença, em especial na ausência de expectoração.

Reações adversas ao uso de drogas antituberculose. Estão relatadas nos Quadros 19, 20 e 21. São ainda, relatados outros aspectos.

Quadro 19. Reações adversas ao uso de drogas antituberculose. Efeitos menores		
Efeito	Droga	Conduta
Irritação gástrica (náusea, vômito) Epigastralgia e dor abdominal	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida	Reformular os horários de administração da medicação e avaliar a função hepática

Quadro 19. Reações adversas ao uso de drogas antituberculose. Efeitos menores		
Efeito	Droga	Conduta
Artralgia ou artrite	Pirazinamida Isoniazida	Medicar com ácido acetilsalicílico
Neuropatia periférica (queimação das extremidades)	Isoniazida Etambutol	Medicar com piridoxina (vit. B6)
Cefaléia e mudança de comportamento (euforia, insônia, ansiedade e sonolência)	Isoniazida	Orientar
Suor e urina cor de laranja	Rifampicina	Orientar
Prurido cutâneo	Isoniazida Rifampicina	Medicar com anti-histamínico
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Pirazinamida Etambutol	Orientação dietética (dieta hipopurínica)
Febre	Rifampicina Isoniazida	Orientar

Quadro 20. Reações adversas ao uso de drogas antituberculose. Efeitos maiores		
Efeito	Droga	Conduta
Exantemas	Estreptomicina Rifampicina	Suspender o tratamento; reintroduzir o tratamento droga a droga após resolução; substituir o esquema nos casos graves ou recorrentes.
Hipoacusia	Estreptomicina	Suspender a droga e substituí-la pela melhor opção.
Vertigem e nistagmo	Estreptomicina	Suspender a droga e substituí-la pela melhor opção.
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica e coma	Isoniazida	Substituir por estreptomicina + etambutol.
Neurite ótica	Etambutol Isoniazida	Substituir.
Hepatotoxicidade (vômitos, hepatite, alteração das provas de função hepática)	Todas as drogas	Suspender o tratamento temporariamente até resolução.
Trombocitopenia, leucopenia,	Rifampicina	Dependendo da gravidade, suspender o

Quadro 20. Reações adversas ao uso de drogas antituberculose. Efeitos maiores

Efeito	Droga	Conduta
eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	Isoniazida	tratamento e reavaliar o esquema de tratamento.
Nefrite intersticial	Rifampicina principalmente intermitente	Suspender o tratamento.
Rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal	Pirazinamida	Suspender o tratamento.

Irritação gástrica e intolerância à medicação:

Todas as drogas usadas no tratamento de tuberculose podem causar irritação gástrica. A isoniazida combinada com a rifampicina e com a pirazinamida são as drogas mais frequentemente implicadas com irritação gástrica. São referidas *náuseas*, *pirose* e *epigastralgia* que, na maioria das vezes, ocorrem na primeira fase do tratamento. *Conduta*: suspender as drogas por 48 a 72 horas, recomendando o uso de sintomáticos. Controlados os sintomas, reiniciar o tratamento, indicando a administração da pirazinamida após o almoço e da rifampicina combinada com a isoniazida após o desjejum; havendo novas queixas, suspender todas as drogas por mais 24 horas e reiniciar o tratamento: uma droga a cada 48 horas, na seguinte ordem: pirazinamida, isoniazida e, finalmente, rifampicina; quando não houver resolução das queixas e nesta fase já tiver sido identificada a droga responsável pelos sintomas, proceder à modificação do esquema, conforme o Quadro 21. Atenção: ao estimar o tempo total de tratamento, considerar inclusive aquele que antecedeu às queixas de intolerância.

Quadro 21. Substituição de drogas frente aos efeitos adversos

Intolerância à Pirazinamida: substituir pelo Etambutol durante os dois meses previstos para o uso da Pirazinamida (2 RHE/4RH)

Intolerância à Isoniazida: substituir pelo Etambutol e pela estreptomicina nos 2 primeiros meses e Etambutol durante os quatro últimos meses (2 RESZ/4RE)

Intolerância à Rifampicina: substituir pela estreptomicina e Etambutol durante os dois primeiros meses e pelo Etambutol durante os 10 meses restantes, devendo o período de tratamento passar a ser de 12 meses (2 SEHZ/10 HE)

Hepatotoxicidade

As drogas usadas nos esquemas de tratamento da tuberculose apresentam interações com outras drogas e entre si, que aumentam o risco de hepatotoxicidade. Em pequeno percentual dos pacientes observa-se, nos dois primeiros meses de tratamento, elevação assintomática dos níveis séricos das enzimas hepáticas, seguida de normalização espontânea, sem qualquer manifestação clínica e sem necessidade de interrupção ou alteração do esquema terapêutico. É importante considerar o peso do paciente quando indicar a dose do medicamento. O tratamento só deverá ser interrompido quando os valores das enzimas atingirem três vezes o seu valor normal, com início de sintomas ou logo que a

icterícia se manifeste. Deve-se, então, encaminhar o doente a uma unidade de referência para acompanhamento clínico e laboratorial, além da adequação do tratamento, caso seja necessário.

Hiperuricemia e artralgia

A hiperuricemia é causa de graves problemas renais: nefrolitíase, nefropatia por uratos ou por ácido úrico que podem evoluir com insuficiência renal. A hiperuricemia assintomática é um efeito adverso, frequente durante o uso da Pirazinamida e em menor frequência com o uso do Etambutol, sendo, nestes casos, a gota uma manifestação rara. As artralguas, quando não relacionadas à hiperuricemia, são frequentemente associadas ao uso da Pirazinamida. A artrite é descrita com uso de Isoniazida, no entanto não se caracteriza como efeito adverso comum. Conduta: na presença de hiperuricemia, deve-se fazer orientação dietética (dieta hipopurínica). A artralgia e a artrite costumam responder ao uso de antiinflamatórios não hormonais.

Manifestações neurológicas e psiquiátricas

A neuropatia periférica é associada ao uso da Isoniazida em cerca de 17 % dos pacientes que utilizam doses maiores de 300 mg/dia e em menor frequência ao uso do Etambutol. A neurite ótica se manifesta com redução do campo visual ou redução da acuidade ou da visão de cores; é incomum durante o uso da Isoniazida e está relacionada ao Etambutol, em geral em doses altas ou por uso prolongado. Os distúrbios do comportamento, as alterações do ritmo do sono, a redução da memória e as psicoses já foram descritas durante o uso da Isoniazida. A crise convulsiva e o coma são descritos pela ingestão excessiva da Isoniazida. A toxicidade acústica (ou vestibular) é complicação relacionada ao uso da estreptomicina. O alcoolismo, o diabetes *mellitus*, a desnutrição e a uremia são fatores predisponentes para todas as manifestações neurológicas e psiquiátricas aqui relacionadas. Conduta: a suplementação de Piridoxina (vitamina B6) pode amenizar os sintomas de neuropatia periférica sem interferir com o efeito antibacteriano. Nos casos de efeitos mais graves como, por exemplo, crise convulsiva, o paciente deve ter a medicação imediatamente interrompida e ser encaminhado à unidade de maior resolução. Este deve ser realizado pelo médico da unidade ou do programa de controle de TB. Paciente em uso de etambutol deve ser orientado a procurar a unidade de saúde, caso perceba qualquer alteração na acuidade visual, e aquele paciente em uso de estreptomicina deverá informar sobre perda de equilíbrio, zumbidos ou redução da acuidade auditiva.

Nefrotoxicidade

A nefrite intersticial descrita durante o uso da Rifampicina ou da Pirazinamida (por depósitos de cristais de uratos) e a rabdomiólise com conseqüente mioglobinúria observada como complicação ao uso da Pirazinamida são causas de insuficiência renal aguda, identificada por oligúria e algumas vezes exantema e febre. Exame do sedimento urinário, bioquímica sérica e hemograma realizados regularmente podem auxiliar na identificação precoce do problema. A nefrotoxicidade devida ao uso de estreptomicina é menos frequente do que com outros aminoglicosídeos.

Alterações hematológicas

A trombocitopenia, a leucopenia, a eosinofilia, a agranulocitose, a anemia e a vasculite com formação de anticorpos antinucleares são alterações relacionadas à hipersensibilidade ao uso da Isoniazida ou ao esquema intermitente com Rifampicina.

Outras reações

Febre, adenomegalia, exantema, acne, síndrome semelhante a do lupus eritematoso sistêmico são descritas durante o uso da isoniazida. Pacientes que usam Rifampicina irregularmente, podem queixar-se de falta de ar ou de uma síndrome semelhante à gripe caracterizada por cefaléia, mialgia, tonteira, febre com calafrios e dor nos ossos ou choque. Conduta: nos casos de falta de ar ou choque, a Rifampicina deve ser imediatamente interrompida. Em geral, a síndrome gripal regride com a regularização das doses; em casos graves, recomenda-se a sua interrupção.

CRITÉRIOS PARA ENCERRAMENTO DO TRATAMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE

Alta por Cura: Pulmonares inicialmente positivos – a alta por cura será dada quando ao completar o tratamento o paciente apresentar duas baciloscopias negativas: uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento (cura).

Alta por completar o tratamento: A alta será dada com base em critérios clínicos e radiológicos, quando: o paciente não tiver realizado o exame de escarro por ausência de expectoração, e tiver alta com base em dados clínicos e exames complementares; casos de tuberculose pulmonar inicialmente negativos; casos de tuberculose extrapulmonar.

Alta por abandono de tratamento: Será dada ao doente que deixou de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno. Nos casos de tratamento supervisionado, o prazo de 30 dias conta a partir da última tomada da droga. A visita domiciliar realizada pela equipe de saúde, tem como um dos objetivos, evitar que o doente abandone o tratamento.

Alta por mudança de diagnóstico: Será dada quando for constatado erro no diagnóstico.

Alta por óbito: Será dada por ocasião do conhecimento da morte do paciente, durante o tratamento e independentemente da causa.

Alta por falência: Será dada quando houver persistência da positividade do escarro ao final do 4.º ou 5.º mês de tratamento. Os doentes que no início do tratamento são fortemente positivos (+ + ou + + +) e mantêm essa situação até o 4.º mês, ou os que apresentam positividade inicial seguida de negatificação e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4.º mês de tratamento, são classificados como caso de falência. O aparecimento de poucos bacilos no exame direto do escarro, na altura do 5.º ou 6.º mês do tratamento, isoladamente, não significa, necessariamente a falência do tratamento. O paciente deverá ser acompanhado com exames bacteriológicos para melhor definição. Observação: Quando o caso for encerrado por falência e o paciente iniciar novo tratamento, deverá ser registrado como caso de retratamento no livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose.

Alta por transferência: Será dada quando o doente for transferido para outro serviço de saúde. A transferência deve ser processada através de documento que informará sobre o diagnóstico e o tratamento realizado até aquele momento. Deve-se buscar a confirmação de que o paciente compareceu à unidade para a qual foi transferido e o resultado do tratamento, no momento da avaliação da coorte. Só serão considerados transferidos aqueles pacientes cujo resultado do tratamento for desconhecido.

Controle pós-cura: A maioria dos casos curados não necessitam de controle pós-tratamento, devendo-se orientar o paciente a retornar à unidade apenas se surgirem sintomas semelhantes aos do início da doença.

A INVESTIGAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CONTATOS

Todos os contatos dos doentes de tuberculose, especialmente os intradomiciliares, devem comparecer à unidade de saúde para exame: Os sintomáticos respiratórios deverão submeter-se à rotina prevista para o diagnóstico de tuberculose; Os assintomáticos deverão realizar radiografia de tórax quando houver disponibilidade desse recurso. Avaliação dos contatos domiciliares de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva. (I) No serviço que dispuser do aparelho de raios X, o exame deverá ser realizado. (II) Quando houver presença de escarro, realizar baciloscopia para diagnóstico de tuberculose.

Vacinação BCG

A vacina BCG confere poder protetor às formas graves da primoinfecção pelo *M. tuberculosis*. No Brasil, a vacina BCG é prioritariamente indicada para as crianças de 0 a 4 anos de idade, sendo obrigatória para menores de um ano, como dispõe a Portaria n.º 452, de 6/12/76, do Ministério da Saúde.

Vacinação e cicatriz da vacina BCG: vacinação bcg deve ser realizada segundo orientações do programa nacional de imunizações do Ministério da Saúde

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA REDE BÁSICA E NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Médico(a): Identificar os sintomáticos respiratórios em visita domiciliar na comunidade e no atendimento na UBS. Solicitar baciloscopia do sintomático respiratório para diagnóstico (duas amostras). Orientar quanto à coleta de escarro. Solicitar RX de tórax segundo critérios definidos no protocolo. Oferecer, a todo paciente com diagnóstico de tuberculose confirmado, o teste sorológico anti-HIV. Dar orientações gerais a respeito do agravo como, por exemplo, em relação à doença, seus mitos, duração e necessidade do tratamento. Iniciar e acompanhar o tratamento para tuberculose dos pacientes com tuberculose pulmonar e extrapulmonar. Explicar ao paciente porque o tratamento supervisionado é necessário e quem vai realizar a supervisão, nos casos que tiverem indicação. Convocar os comunicantes para consulta. Iniciar quimioprofilaxia para os comunicantes de acordo com o protocolo. Solicitar baciloscopias para acompanhamento do tratamento. Iniciar e acompanhar tratamento dos casos de tuberculose pulmonar com baciloscopias negativas e dos casos de tuberculose extrapulmonar quando o diagnóstico for confirmado após investigação em uma unidade de referência. Dar alta aos pacientes após o tratamento. Encaminhar os casos para outro nível de assistência, quando necessário, com ficha de referência/contra-referência devidamente preenchida. Fazer visita domiciliar quando necessário. Notificar o caso de tuberculose confirmado. Identificar efeitos colaterais das medicações e interações medicamentosas. Realizar ações educativas junto à comunidade.

Enfermeiro(a): Identificar os sintomáticos respiratórios entre as pessoas que procuram as unidades básicas de saúde, nas visitas domiciliares ou mediante os relatos dos ACS. Solicitar baciloscopia dos sintomáticos respiratórios para diagnóstico (duas amostras). Orientar quanto à coleta de escarro. Encaminhar ao laboratório para coleta da amostra. Orientar a vacinação da BCG pela equipe de Imunização do Município; Encaminhar paciente para a médica de referência onde solicitará o teste tuberculínico, conforme protocolo; Realizar consulta de enfermagem mensal (conforme programação de trabalho da equipe). Notificar o caso de tuberculose que vai iniciar tratamento. Convocar os comunicantes para investigação. Dispensar os medicamentos para o doente. Orientar como usar a medicação, esclarecer as dúvidas dos doentes e desmistificar os tabus e estigmas. Programar os quantitativos de medicamentos necessários ao mês, para cada doente cadastrado na unidade básica de saúde, de forma a assegurar o tratamento completo de todos. Solicitar exame de escarro mensal (2, 4 e 6 meses para os doentes em uso dos esquemas básico e básico + etambutol) para acompanhar o tratamento dos pulmonares bacilíferos. Identificar reações adversas dos medicamentos e interações medicamentosa. Agendar consulta extra, quando necessário. Fazer visita domiciliar para acompanhar o tratamento domiciliar e supervisionar o trabalho do ACS. Realizar ações educativas junto à clientela da UBS e no domicílio. Convocar o doente faltoso à consulta. Planejar visita domiciliar. Convocar o doente em abandono de tratamento. Planejar visita domiciliar. Preencher o Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose na UBS. Atualizar os critérios de alta, verificando que a “alta por cura comprovada” foi substituída por “alta por cura”, e que a “alta por cura não comprovada” foi substituída por “alta por completar o tratamento”. Acompanhar a ficha de supervisão do tratamento preenchida pelo ACS. Fazer, juntamente com a equipe, a análise de coorte trimestral. Manter a ficha do SIAB (B-TB) atualizada (Anexo V). Planejar, juntamente com a equipe e coordenação municipal, estratégias de controle da tuberculose na comunidade.

Auxiliar de enfermagem: Identificar os sintomáticos respiratórios em visita domiciliar na comunidade e na unidade básica de saúde. Convocar os comunicantes para consulta médica. Identificar o pote de coleta do escarro. Orientar a coleta do escarro. Encaminhar o material ao laboratório. Receber o

resultado do exame, protocolar e anexá-lo ao prontuário (fluxograma). Receber o resultado da baciloscopia de acompanhamento do tratamento, protocolar e anexá-lo ao prontuário. Aplicar a vacina BCG. Caso não tenha capacitação para tal, providenciar junto ao gestor da UBS a sua capacitação em outra unidade de saúde. Fornecer medicação, orientar o seu uso e a importância do tratamento. Esclarecer as dúvidas dos doentes. Supervisionar o uso correto da medicação nas visitas domiciliares e o comparecimento às consultas de acordo com a rotina da equipe. Agendar consulta extra, quando necessário. Convocar o doente faltoso à consulta: Planejar visita domiciliar. Convocar o doente em abandono de tratamento: Planejar visita domiciliar. Manter a ficha do SIAB atualizada. Realizar ações educativas junto à comunidade. Participar da programação e avaliação das ações.

Agente comunitário de saúde: Identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade. Orientar e encaminhar os comunicantes à UBS para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário. Encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe. Orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos sintomáticos respiratórios. Supervisionar a tomada diária da medicação específica, quando indicado, e o comparecimento do doente às consultas agendadas. Fazer visita domiciliar de acordo com a programação da equipe, usando a ficha do SIAB (B-TB). Verificar, no Cartão da Criança, a sua situação vacinal: se faltoso, encaminhar à UBS ou ao centro de saúde para ser vacinado. Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança. Caso não exista e não haja qualquer comprovante no Cartão, encaminhar a criança para vacinação. Agendar consulta extra, quando necessário. Realizar ações educativas junto à comunidade. Participar, com a equipe, do planejamento e ações para o controle da tuberculose na comunidade.

Manter a ficha do SIAB (B-TB) atualizada.

2.9 Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST

A prevenção é a maior estratégia básica para o controle da transmissão das DST e do HIV e se dá por meio da constante informação para a população e das atividades educativas que priorizam a percepção do risco, as mudanças no comportamento sexual e a promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada do preservativo.

Princípios básicos para o controle das DST

- Interromper a cadeia de transmissão: Através da detecção precoce dos casos, oferecendo tratamento adequado para os portadores e para os seus parceiros.
- Prevenir novas ocorrências: Através de aconselhamento específico, oferecendo orientações que possam ser discutidas conjuntamente, favorecendo a compreensão e o seguimento das prescrições médicas e contribuindo de forma mais efetiva para a adoção de práticas sexuais mais seguras.

Manejo adequado de casos de DST: Os portadores de DST devem receber atendimento imediato como forma de fornecer uma ação curativa e principalmente uma ação preventiva da transmissão do HIV e do surgimento de outras complicações. Envolve as etapas:

Triagem: O serviço de triagem deverá ser confidencial e realizada por profissionais de saúde devidamente preparados para essa finalidade.

Espera: O tempo de espera deverá ser utilizado para educação em saúde por intermédio de vídeos educativos, atividades de aconselhamento em grupo, incluindo outras questões de saúde e cidadania.

Consulta de enfermagem: A participação de enfermeiros e outros profissionais de saúde deve ser estimulada em todas as etapas do atendimento. O aconselhamento, a detecção de situações de risco e a educação para saúde das pessoas com DST e seus parceiros são atividades nas quais esses profissionais deverão atuar.

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO E VUNERABILIDADE

Motivação para testagem e conhecimento

Você sabe por que é importante fazer o teste HIV?

Você já fez o teste de HIV alguma vez? Quando? Por quê?

O que você sabe sobre HIV e AIDS? (Identificar formas de transmissão, prevenção e diferença entre HIV e AIDS)

Avaliação de risco: mapeamento e aprofundamento

Em qual situação você considera ter se exposto ao risco de infecção pelo HIV? Quando?

Você tem relações sexuais só com homens, só com mulheres, ou com homens e mulheres?

Estas relações são relações são estáveis ou eventuais?

E que tipo de práticas sexuais você costuma ter: sexo anal, vaginal e ou oral?

Dentre essas práticas, em qual(is) você usa preservativo e em qual(is) não usa?

E com que parceiros você usa e com quais não usa?

Você já teve, ou tem algum sintoma de DST?

Você faz uso de drogas (inclusive álcool)? Quais? Em que situações? E com que frequência?

Você compartilha equipamento (seringa, agulha, canudo, cachimbo) para uso de drogas?

Alguns de seus parceiros usa drogas? Quais? Em que situações? Com qual frequência?

Você acha que quando você ou seu parceiro sexual está sob efeito de droga, é mais difícil usar o preservativo na relação?

Você sabe usar o preservativo?

Você recebeu transfusão de sangue e/ou derivados antes de 1993? (Ver lei nº 7.649\88 e Portaria 1376\93)

Você já vivenciou, ou vivencia algum tipo de violência física? E violência sexual?

Você conhece a prática sexual, uso de drogas e histórico de DST e HIV de seu(s) parceiro(s) sexual(is)?

Você já teve algum tipo de acidente com material biológico?

ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

Em situações de acidente com material biológico pelo profissional de saúde, tem se os seguintes procedimentos: Lavar bem o local do acidente. Encaminhar rapidamente o acidentado e a fonte para o Centro de Referência, no Vital Brasil em Vespasiano, para os devidos procedimentos.

ACONSELHAMENTO

Esta é uma atividade que deve estar presente em todo o atendimento. Além de ouvir as preocupações do cliente, o profissional deve facilitar a reflexão e a superação das dificuldades, prover informação, apoio emocional e auxiliar nas decisões para a adoção de medidas preventivas. É necessário que o profissional tenha habilidade e sensibilidade para abordar de forma não preconceituosa questões da intimidade, sobretudo a respeito da sexualidade e do uso de drogas, de forma a identificar as práticas do usuário que o expõem a risco. O aconselhamento, a avaliação de situações de risco e a educação para saúde das pessoas com DST e seus parceiros são atividades nas quais vários profissionais podem atuar inclusive os médicos.

COMUNICAÇÃO AOS PARCEIROS SEXUAIS

Serão considerados parceiros, para fins de comunicação ou convocação, os indivíduos com quem o paciente relacionou-se sexualmente nos últimos 30 dias. De acordo com as possibilidades de cada serviço, outras atividades poderão ser desenvolvidas. É fundamental que os parceiros de gestantes com sífilis que não atenderem ao chamado para tratamento sejam objeto de busca ativa. As principais características da abordagem sindrômica são: Acolhimento do usuário de forma humanizada, atenciosa e sigilosa. Classificar os principais agentes etiológicos, segundo as síndromes clínicas por eles causados. Encaminhar ao programa de DST/AIDS corretamente para o tratamento de acordo com a DST e complicações. Incluir atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos, além do fornecimento do mesmo. Incluir oferta da sorologia para sífilis, hepatites e para o HIV. Notificações das DST para controle epidemiológico. Encaminhar ao Serviço de referência de DST/HIV quando necessário. A referência de Lagoa Santa é a Clínica Vital Brasil à Rua São Francisco de Assis, nº 81- Centro - Vespasiano (Tel: 3621-1285). ATENÇÃO: Preencher folha de consentimento livre e esclarecido e solicitar junto ao exame de HIV, os exames de sífilis (VDRL), Hepatite B e C e avaliar situação vacinal.

IMUNIZAÇÃO

Visando à prevenção de infecções oportunistas, já nesta primeira consulta, é importante abordar a questão imunizações. Caso o paciente tenha registro de vacinas (cartão de vacina), esse deve ser analisado. As vacinas faltantes deverão ser indicadas, após avaliação clínica e laboratorial desse paciente.

As principais síndromes em doenças sexualmente transmitidas					
Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns	Tratamento	Gestantes após 1º. trimestre e amamentação
Corrimento Vaginal	Corrimento vaginal/Prurido	Edema de vulva	Vulvovaginite infecciosa	Metronidazol 250mg 02 cp- 12/12hsVO por 7 dias. Metronidazol aplicação vaginal 2x ao dia por 5 dias	Metronidazol 250mg 2 cp- VO 12/12 h por 7 dias
	Dor à micção	Hiperemia da vulva	Tricomoníase	Metronidazol 400-500mg 12/12hs VO por 7 dias.	Metronidazol aplicação vaginal 2x ao dia por 5 dias
	Dor durante a relação sexual	Corrimento vaginal e/ou cervical	Vaginose Bacteriana	Metronidazol aplicação vaginal 2x ao dia por 5 dias.	
	Prurido vaginal	Leucorreia leitosa	Candidíase/cervicite	Fluconazol 150mg VO em dose única ou cetoconazol 400mg VO por 5 dias. Miconazol via vaginal - 1 aplicação por 7 noites ou Nistatina via vaginal 1 aplicação por 14 dias	Miconazol via vaginal 01 aplicação por 7 noites Nistatina via vaginal 01 aplicação por 14 dias
Corrimento uretral	Corrimento uretral	Corrimento Uretral (se necessário, peça para o paciente ordenhar a uretra)	Gonorréia	CM	CM
	Prurido		Infecção por Clamídia	CM	CM
	Estrangúria		Gonorréia	CM	CM
	Polaciúria		Micoplasma	CM	CM
	Odor Fétido		Ureoplasma	CM	
Úlcera Genital	Úlcera Genital	Úlcera genital	Sífilis	CM	CM
		Aumento de linfonodos Inguinais	Cancro mole	CM	CM
			Herpes Genital	CM	CM
			Donovano-se	CM	CM

As principais síndromes em doenças sexualmente transmitidas					
Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns	Tratamento	Gestantes após 1º. trimestre e amamentação
Desconforto ou dor pélvica na mulher	Dor ou desconforto pélvico	Corrimento Cervical	Infecção por germes	CM	CM
		Dor à palpação abdominal		CM	CM
	Dor durante a relação sexual	Dor 1 mobilização do colo Temperatura > 37,5° C	Anaeróbios		

*CM – Consulta Médica

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA - HIV/AIDS

O serviço de Atenção Básica à Saúde é espaço importante para implementação das estratégias de promoção da saúde e de prevenção. A estrutura descentralizada da atenção básica permite a proximidade dos serviços de saúde e da população, o que facilita o acesso aos profissionais de saúde.

A infecção pelo HIV e a AIDS faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde. É preciso estar atento e preparado para levar aos pacientes todos os benefícios disponíveis no Sistema Único de Saúde.

Os profissionais de saúde que já trabalham com a demanda de assistência a DST e HIV/AIDS têm a oportunidade ímpar de manter um contato direto com a intimidade da vida do cliente, podendo assim promover um trabalho preventivo ajustado às necessidades individuais. Para melhor aproveitamento deste momento privilegiado dos serviços de saúde, propomos que a ação preventiva possa ser efetivada por meio da prática do *aconselhamento* - o que, de fato, muitas vezes já ocorre.

O *aconselhamento* é um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST e HIV/AIDS, na medida em que propicia uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção. 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. O aconselhamento deve ser realizado em duas etapas: pré-teste e pós-teste, garantindo assim melhor assistência ao paciente.

Pré-teste

Reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem; Identificar o motivo da testagem; Verificar histórico anterior de testagem e riscos; Trocar informações sobre o sistema de teste e janela imunológica; Trocar com o cliente informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste; Reforçar para o cliente a diferença entre HIV e AIDS; Considerar com o cliente o impacto em sua vida dos possíveis resultados do teste; Sondar qual o apoio emocional e social disponível ao cliente (família, parceiros, amigos, trabalho e outros); Avaliar com o cliente a realização ou não do teste; Considerar com o cliente possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste; Reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras frente ao HIV, também nesse período.

Orientar ao usuário data de entrega do resultado, lembrar que o exame demora em média 15 dias para chegar até a unidade e este deverá procurar na unidade onde foi solicitado.

Pós-teste

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 cliente estar em janela imunológica e a necessidade de retestagem após 6 meses; Reforçar as práticas seguras já adotadas ou a serem adotadas pelo cliente frente ao HIV; Reforçar o benefício do uso correto do preservativo e demonstrá-lo; Reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos perfurocortantes.

Diante de Resultado Positivo: Permitir ao cliente o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos; Conversar sobre sentimentos e dúvidas, prestando o apoio emocional necessário; Após dois resultados positivos de amostras diferentes, encaminhar o paciente para acompanhamento no centro de referência – Vital Brasil em Vespasiano- MG. (Programa de DST/AIDS).

Diante de Resultado Indeterminado: Lembrar que um resultado indeterminado significa (1) um falso positivo devido a razões biológicas ou (2) um verdadeiro positivo infectado recentemente, cujos anticorpos não estão plenamente desenvolvidos; Reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de infecção pelo HIV e por outras DST; Reforçar o benefício do uso correto do preservativo e demonstrá-lo; Reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos perfurocortantes; Orientar a realização de nova coleta para retestagem após 6 meses, no período definido pelo laboratório; Considerar com o cliente possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste e encaminhá-lo para apoio psicológico, se necessário.

ATENÇÃO: Alguns clientes, com resultados conclusivos em testes anteriores, por diversas razões persistem em repetir a testagem inúmeras vezes. Nesses casos, é importante avaliar a possibilidade de o cliente ser encaminhado a outros serviços que possam atender melhor suas necessidades psicológicas. Como o aconselhamento pode implicar a oferta de testagem sorológica anti-HIV, é importante lembrar que a realização do teste é de caráter estritamente voluntário. Preencher folha de consentimento livre e esclarecido; Solicitar junto ao exame de HIV, os exames de sífilis (VDRL), Hepatite B e C, avaliar sintomatologia TBC e avaliar situação vacinal.

IMUNIZAÇÃO: Visando à prevenção de infecções oportunistas, já nesta primeira consulta, é importante abordar a questão imunizações. Caso o paciente tenha registro de vacinas (cartão de vacina), esse deve ser analisado. As vacinas faltantes deverão ser indicadas, após avaliação clínica e laboratorial desse paciente.

2.10 Saúde do Idoso

Definir o envelhecimento é algo muito complexo, biologicamente é considerado um processo que ocorre durante toda a vida. O envelhecimento acontece logo após as fases de desenvolvimento e de estabilização, sendo pouco perceptível por um longo período, até que as alterações estruturais e funcionais se tornem evidentes.

A velhice deve ser encarada como uma fase natural de desenvolvimento humano e não uma doença ou um castigo. A avaliação do idoso tem por objetivo básico melhorar a qualidade de vida e não apenas acrescentar anos a sua vida.

A atenção à pessoa idosa deve basear-se na melhoria da qualidade da assistência e no aumento de sua resolutividade com envolvimento de todos os profissionais da rede. Deve estar baseada na realidade assistencial caracterizada por carência de médicos especialistas em idosos, ou seja, o profissional a ser utilizado prioritariamente não deverá ser o geriatra.

A assistência deverá ser exercida pelo médico clínico e equipe, tendo como objetivo a avaliação funcional visando à independência e a autonomia, reservando apenas para casos bem definidos e criteriosamente selecionados o atendimento do geriatra e da equipe especializada através do referenciamento para os Núcleos ou Centros de Referência de acordo com critérios estabelecidos.

Consulta de enfermagem: Anamnese; Peso e medida; Aferir a pressão arterial; Investigar antecedentes pessoais de agravos patológicos; Investigar hábitos alimentares; Investigar hábitos de vida e higiene; Verificar imunização; Identificar medicação em uso, tipo, dose, via, horários; Avaliar queixas; Identificar a situação de convívio familiar; Identificar situações de risco/idoso frágil, como: idoso com idade maior ou igual a 80 anos; idoso com ≥ 60 anos apresentando – polipatologias (≥ 5 diagnósticos), polifarmácia (≥ 5 drogas/dia), imobilidade parcial ou total; incontinência urinária ou fecal; instabilidade postural (quedas de repetição); incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium); idoso com história de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar; idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária básica; insuficiência familiar – idosos em situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias, como institucionalizados. Oferecer acompanhamento médico em conjunto ao acompanhamento de enfermagem. Oferecer inclusão em grupos operativos. Registrar todas as informações adquiridas no prontuário. Identificar necessidade de visita domiciliar. Exames laboratoriais para avaliação de rotina: solicitar conforme protocolo de rastreamento (Rastreamento, Ministério da Saúde, 2010) ou em caso de sintomatologia compatível.

Quadro 22. Exames a serem realizados no idoso, de acordo com indicação clínica	
Exames	Indicação/suspeita clínica
Hemograma	Anemia, irregularidades menstruais, suspeita de infecção.
TSH (pedido pelo médico)	Distireoidismo (apenas na suspeita clínica de hipo/hipertireoidismo)
Glicemia	Rastreamento de Diabetes Mellitus: - 3/3 anos a partir de 45 anos - Anualmente, se Diabetes Gestacional prévio ou 2 ou mais fatores de risco (HAS, dislipidemia, sobrepeso/obesidade)
Perfil lipídico (colesterol total e frações; triglicérides)	A partir de 45 anos ou antes, se alto risco cardiovascular (HAS, dislipidemia, diabetes)
Urina rotina (EAS) (pode ser pedido pelo enfermeiro) e urocultura (pedido pelo médico)	Infecção do trato urinário, comprometimento da função renal
Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) (pedido pelo médico)	Rastreamento do câncer de cólon e reto (pacientes de 50 a 75 anos)

GRUPOS OPERATIVOS

Realizar grupos operativos, abordando os seguintes temas: Orientação sobre o processo de envelhecimento; Orientação dietética; Saúde bucal; Convívio familiar; Prevenção de acidentes domésticos.

IMUNIZAÇÃO

A Organização Municipal de Saúde (OMS) preconiza a utilização de três vacinas básicas na população idosa: contra a influenza, pneumonia pneumocócica e tétano-difteria, mas devemos também dar atenção às outras vacinas. Ver quadro de vacinação no item Saúde do Adulto. Vacina contra a influenza: O vírus da influenza, conhecida como gripe, é transmitido por inalação, através de gotículas de saliva suspensa no ar, e incuba por um período de 1 a 4 dias. A vacina produzida para o Brasil é atualizada duas vezes ao ano, de acordo com as características dos vírus em circulação no nosso hemisfério e por isto é muito específica para a população de vírus existentes. As indicações para a vacina contra a influenza são: Idade superior a 60 anos; Portadores de doenças crônicas pulmonares (como enfisema e asma), cardiopatias, diabetes e hipertensão; Idosos com doenças renais; Pessoas com imunidade deprimida por doenças como AIDS ou que tomam medicamentos que causam diminuição da imunidade como quimioterápicos e corticóides. Pessoas que mantêm o contato com indivíduos que apresente ricos para complicação da gripe, como cuidadores de pacientes idosos, profissionais da área de saúde e familiares. Os efeitos colaterais são leves e tendem a desaparecer em 24 a 48 horas após a vacinação. As reações gerais são mialgias, mal estar geral, cefaléia, febre baixa com início após 6 horas de vacina e regredindo no máximo em dois dias. No local da aplicação pode haver dor, vermelhidão, enduração e prurido. Dificilmente há alergia à vacina. A única contra-indicação é doença aguda com febre alta. É importante lembrar que a imunidade só é eficaz para o vírus para o qual a vacina foi produzida, portanto é possível apresentar sintomas de infecção por outros tipos de vírus que causam doenças respiratórias. Esta orientação é necessária para que os idosos não deixem de vacinar-se por pensar que houver falha na vacina.

Vacina Pneumocócica: A Pneumonia Pneumocócica é mais comum na comunidade, e a transmissão acontece de pessoa a pessoa por inalação. A via de administração da vacina anti-pneumocócica é intramuscular ou subcutânea. A indicação da vacina é para todos os indivíduos de mais de 60 anos, especialmente os moradores de casa de repouso e asilos, e com infecções e internações repetidas, e também para os portadores de diabetes, enfisema, cirrose, insuficiência cardíaca e renal, AIDS, leucemia e alcoolismo. Recomenda-se vacinar os indivíduos que já tiveram pneumonia pneumocócica porque a infecção natural não confere imunidade. A eficácia da vacina é grande em idosos e em indivíduos de risco maior como em diabético. A vacina é considerada segura e os efeitos colaterais locais são dor, vermelhidão e edema leve. Estas manifestações podem ocorrer em metade dos vacinados e desaparecem em 2 dias, no máximo. As manifestações gerais podem ser febre, cefaléia e mal estar. Quadros de alergias são raros. Não há contra-indicações. A revacinação deve ser feita de cinco em cinco anos. A vacina contra a influenza pode ser administrada concomitantemente com a pneumocócica. No município, a vacina é dispensada sob indicação médica.

Vacina contra difteria e tétano: A incidência de tétano aumenta durante os meses e apesar do número de casos ter diminuído no total, a incidência entre as pessoas acima de 65 anos permanece constante, correspondendo a quase metade dos casos, isto mostra que as metas preventivas nesta faixa etária ainda não estão sendo atingidas, além disto, a doença é mais grave nos idosos e a mortalidade muito alta. Todas as pessoas idosas devem completar uma série de vacina da difteria combinada com a vacina do tétano. Esta série consiste em três doses do preparado contendo toxóide diftérico e tetânico. Sendo as duas primeiras doses com intervalos de um mês e a terceira dose 6 a 12 meses após a segunda dose. Após o calendário básico, a revacinação deve ser feita com uma dose a cada dez anos. A vacina de ser feita por injeção intramuscular profunda e as reações podem ser enduração e vermelhidão no local da aplicação. Reações gerais com febre e urticária são raras. A vacinação completa previne difteria em 85% e o em 95% e reação alérgica após a primeira dose ou febre alta e infecção grave seriam as únicas contra-indicações para a vacina.

Atribuições e responsabilidades do profissional de saúde em relação ao idoso.	
Atribuições/Responsabilidades	Profissional
Captar o idoso na micro-área; cadastrar o idoso na equipe de Saúde da Família ou na Unidade Básica de Saúde.	Equipe de Saúde da Família/ACS
Informar sobre a existência de serviços; Orientar o Idoso sobre a importância da consulta médica para detectar precocemente os problemas de saúde; Auxiliar a equipe multiprofissional nas visitas domiciliares; Agendar ações e ou intervenções.	Agente Comunitário de Saúde/Equipe
Avaliar queixas; Agendar consultas; Cadastrar e acompanhar no sistema de informação, quando necessário. Encaminhar para grupos operativos; Encaminhar para o serviço de Saúde Bucal se necessário; Orientar e encaminhar para as atividades de outros serviços da comunidade.	Auxiliar de Enfermagem/Equipe
Realizar consulta de enfermagem (Enfermeiro); Abordar questões referentes à higiene, alimentação, autocuidado, imunização; Informar sobre o uso correto de medicamentos utilizados. Manutenção da prescrição do tratamento instituído pelo médico, de indivíduos controlados e sem intercorrências e mediante consulta de enfermagem.	Enfermeiro ou Equipe
Prestar uma assistência integral, equânime, resolutiva e de boa qualidade à população idosa na Unidade Básica de Saúde e no domicílio; Disponibilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, aos idosos cadastrados na micro-área e incentivar o uso da mesma, atualizando nela os dados referentes à saúde do Idoso; Utilizar a ficha sombra da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Unidade Básica de Saúde, visando o acompanhamento contínuo e atualizado sobre o estado de saúde do idoso.	Toda Equipe
Notificar situações de risco ou de violência contra o idoso às autoridades competentes, Ministério Público, Delegacia do Idoso, Conselho Municipal e ou Estadual do Idoso.	Toda Equipe
Apoiar e orientar os grupos de idosos e familiares que frequentam as Unidades de Saúde.	Toda Equipe
Agendar os retornos de acordo com a necessidade do caso, priorizando sempre os idosos em maior situação de risco (social, familiar, físico e psíquico).	Enfermeiro ou Equipe
Realizar consulta médica; Oferecer o cuidado através do diagnóstico, tratamento, orientações diversas, solicitações de exames complementares e encaminhamentos; Apoiar tecnicamente a equipe de saúde; Detectar graus de incapacidade.	Médico
Oferecer o cuidado odontogeriátrico que deve incluir, dentre outros, o diagnóstico, prevenção e tratamento de cárie, doenças periodontais e da mucosa, dores na cabeça e pescoço, disfunções, problemas com próteses e comprometimentos das funções de mastigação, deglutição.	Equipe Saúde Bucal

2.11 Saúde do Trabalhador

Segundo a Lei nº 8.080/90, art.6, §3.º, entende-se por saúde do trabalhador sendo um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, consolidando o trabalho em desenvolvimento desde a inserção desse campo como competência do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988 passando a ser de responsabilidade em coordenar ações dando título de Saúde do Trabalhador.

A Política tem como eixo central a estruturação da Vigilância em Saúde do Trabalhador visando à integralidade da atenção, à promoção, à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, mediante a execução de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde.

Considerando trabalhador todos os homens e mulheres que exercem atividades para o seu próprio sustento e/ou de seus dependentes, qualquer que seja a sua forma de inserção no mercado de trabalho sendo nos setores formais ou informais.

Esta política, necessariamente, possui interfaces com diversas áreas e políticas públicas como Previdência Social, Trabalho e Emprego, Educação, Meio Ambiente, Agricultura, Indústria, Comércio, Mineração, Ciência e Tecnologia, Segurança Pública, Saúde, para poder atuar realizando ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, visando reduzir as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho e proporcionar melhor qualidade de vida aos trabalhadores.

POR QUE NOTIFICAR?

Para identificar o motivo pelo qual os trabalhadores morrem e adoecem, associando estes dados aos ramos de atividade econômica e aos processos de trabalho.

Intervir sobre as causas e determinantes dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, contribuindo para a elaboração de políticas públicas de saúde para a população trabalhadora.

Minimizar os custos sociais para os trabalhadores, família, empresas, estado e sociedade.

Dimensionar a real magnitude dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Promover a Vigilância no meio ambiente de trabalho para prevenir e eliminar riscos a Saúde do Trabalhador.

ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE (CID 10 geral - Y96 - Circunstância relativa às condições de trabalho).

Os Acidentes de Trabalho Graves são considerados aqueles que acarretam em morte, mutilações, física ou funcional, ou que ocorrem com menores de 18 (dezoito) anos. Acidente de trabalho fatal é quando o acidente resulta em óbito imediatamente após sua ocorrência, ou que venha ocorrer posteriormente, a qualquer momento, no ambiente hospitalar ou não, desde que sua causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente. Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes é quando o acidente de trabalho ocorre com pessoas menores de 18 (dezoito) anos. Para esse agravo, devem-se preencher dois CID's específicos sendo uma para causa do acidente (de V01 a Y98) e outra para o diagnóstico da lesão (S00 a T98).

Acidentes de trabalho com mutilações (grave) é quando o acidente ocasiona lesão sendo, (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto). Que resulta em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

Para fins de notificação no SINAN de acidente trabalho grave, considera-se a existência de pelo menos um dos seguintes critérios objetivos para a sua definição:

1) necessidade de tratamento em regime de internação hospitalar; 2) incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 dias; 3) incapacidade permanente para o trabalho; 4) enfermidade incurável; 5) debilidade permanente de membro, sentido ou função; 6) perda ou inutilização do membro, sentido ou função; 7) deformidade permanente; 8) aceleração de parto; 9) aborto; 10) fraturas, amputações de tecido ósseo, luxações ou queimaduras graves; 11) desmaio (perda de consciência) provocado por asfixia, choque elétrico ou outra causa externa; 12) qualquer outra lesão: levando à hipotermia, doença induzida pelo calor ou inconsciência; requerendo ressuscitação; ou requerendo hospitalização por mais de 24 horas; 13) doenças agudas que requeiram tratamento médico em que exista razão para acreditar que resulte de exposição ao agente biológico, suas toxinas ou ao material infectado.

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT

A CAT constitui em um formulário da Previdência Social (INSS), que deverá ser obrigatoriamente preenchido pelo empregador sempre que seus trabalhadores forem vítimas de acidentes de trabalho ou doença relacionada ao trabalho. A CAT informa ao INSS a ocorrência do acidente garantindo ao trabalhador e seus familiares receberem os benefícios da previdência social, no momento em que o trabalhador ficará afastado do trabalho por mais 15 dias. Caso a CAT não seja emitida pela empresa empregadora, o próprio trabalhador, seus dependentes, entidade social, médico ou autoridade pública poderá preencher a CAT. No entanto é importante saber que na segunda parte do documento da CAT, é de preenchimento obrigatório pelo médico que realizou o atendimento. A CAT deverá ser emitida em seis vias e encaminhada para a seguinte destinação: 1ª via – ao INSS; 2ª via – à empresa; 3ª via – ao segurado ou dependente; 4ª via – ao sindicato de classe do trabalhador; 5ª via – ao Sistema Único de Saúde – SUS; 6ª via – à Delegacia Regional do Trabalho – DRT.

ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

Acidentes de trabalho que envolve sangue e outros fluidos potencialmente contaminados, ocorrido com profissionais da área de saúde durante a sua jornada de trabalho. Devem ser tratados como casos de emergência médica, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B necessitam ser iniciados logo após a ocorrência do acidente, para a sua maior eficácia. Os ferimentos com agulhas e material perfurocortante, são considerados extremamente perigosos por serem capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B e o da hepatite C, os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

CONSULTA DE ENFERMAGEM APÓS O ACIDENTE

Cuidados com a área; Lavar o local exposto com água e sabão nos casos de exposição percutânea ou cutânea. Nas exposições de mucosas, deve-se lavar exaustivamente com água ou solução salina fisiológica. Não realizar procedimentos que aumentem a área exposta, tais como cortes e injeções locais. Não garrotear ou fazer uso de torniquete. A utilização de soluções irritantes (éter, glutaraldeído, hipoclorito de sódio) é contra-indicada.

Avaliação do acidente; Estabelecer o material biológico envolvido: sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, liquor, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico), fluidos orgânicos potencialmente não-infectantes (suor, lágrima, fezes, urina e saliva), exceto se contaminado com sangue.

Tipo de acidente: perfurocortante, contato com mucosa, contato com pele com solução de continuidade.

Conhecimento da fonte: fonte comprovadamente infectada ou exposta à situação de risco ou fonte com origem fora do ambiente de trabalho. Fonte desconhecida – *orientações ao acidentado:* Com

relação ao risco do acidente. Possível uso de quimioprofilaxia. Consentimento para realização de exames sorológicos.

Comprometer o acidentado com seu acompanhamento durante seis meses: Prevenção da transmissão secundária. Suporte emocional devido estresse pós-acidente. Orientar o acidentado a relatar de imediato os seguintes sintomas: linfadenopatia, *rash*, dor de garganta, sintomas de gripe (sugestivos de soroconversão aguda).

Reforçar a prática de biossegurança e precauções básicas em serviço. Registro do acidente em CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho). Preenchimento da ficha de notificação do Sinan (Portaria n.º 777) (BRASIL, 2004a).

Avaliação da exposição no acidente com material biológico deve ocorrer imediatamente após o acidente e, inicialmente, basear-se em uma adequada anamnese do acidente, caracterização do paciente fonte, análise do risco, notificação do acidente e orientação de manejo e medidas de cuidado com o local exposto.

A exposição ocupacional a material biológico deve ser avaliada quanto ao potencial de transmissão de HIV, HBV e HCV com base nos seguintes critérios: Tipo de exposição. Tipo e quantidade de fluido e tecido. *Status* sorológico da fonte. *Status* sorológico do acidentado. Susceptibilidade do profissional exposto.

Consulta de Enfermagem; Abordar o profissional de saúde junto à fonte; Avaliar o estado geral do profissional e da fonte; Receber a fonte em um ambiente calmo, acolhedor e seguro; Obter informações sobre a fonte; Verificar material contaminado; Identificar a via contaminada; Realizar atendimento, com procedimentos de enfermagem caso seja haja necessidade; Orientar o profissional de saúde e a fonte, quanto a importância da realização de exames específicos; Preencher a ficha de notificação do Sinan Acidente de trabalho com exposição à material biológico; Encaminhar a Notificação ao Setor de Epidemiologia; Encaminhar o profissional de saúde e a fonte ao atendimento de referência, UPA de Vespasiano para que possam ser realizados os exames específicos; Acompanhar o profissional de saúde e a fonte durante a profilaxia. Fluxograma: A UPA de Vespasiano é um serviço de referência para os acidentes com Exposição à Material Biológico do Município de Lagoa Santa.

DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO - TRANSTORNOS MENTAIS - CID10 geral F99 CID f 43.1 (Transtorno mental, não especificado em outra parte)

São aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. No entanto Transtornos Mentais e do comportamento, para uso do SINAN, serão considerados somente os estados de estresses pós - traumáticos decorrentes do trabalho. De acordo com a CID 10 o estado de estresse pós-traumático (F43.1), é classificado como um transtorno que se constitui em uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo compulsiva, astênica) ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução; tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome. Os sintomas típicos incluem a revivência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas ("flashbacks"), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de "anestesia psíquica" e de embotamento emocional, de retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, e de evitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo. Os sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia, associadas freqüentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida. O período que separa a ocorrência do traumatismo do transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz para a cura na maioria dos

casos. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade.

Consulta de Enfermagem: Abordar o paciente/acompanhante cordialmente; Apresentar-se; Avaliar o estado geral do paciente; Receber o paciente em um ambiente calmo, acolhedor e seguro; Manter um tom de voz equilibrado ao conversar com o paciente; Promover ao paciente uma escuta qualificada; Focalizar nos sentimentos do paciente; Obter informações do paciente através do acompanhante; Trabalhar em cima dos sentimentos demonstrados pelo paciente; Registrar no prontuário do paciente o transtorno; Preencher a ficha de notificação DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO - TRANSTORNOS MENTAIS; Encaminhar a Notificação ao Setor de Epidemiologia; Orientar e encaminhar o paciente para o atendimento em Saúde Mental (CAPS). Acompanhar o tratamento do paciente.

PNEUMOCONIOSES. CID10 geral – J64 (Pneumoconiose não especificada)

Conjunto de doenças pulmonares causadas pelo acúmulo de poeira nos pulmões e reação tissular à presença dessas poeiras, presentes no ambiente de trabalho. Podendo abranger os seguintes grupos: a) Pneumoconiose (CIDJ62): causada pela inalação de poeiras contendo sílica livre cristalina. b) Pneumoconiose dos trabalhadores do carvão (CIDJ60): causada pela inalação de poeiras de carvão mineral. c) Asbestose (CIDJ61): causada pela inalação de fibras de amianto ou asbesto. d) Pneumoconiose devido a outras poeiras inorgânicas: Beriliose (CID J63.2); exposição ao berílio; Siderose (CIDJ63.4): exposição a fumos de óxido de ferro; Estanhose (CID J63.5): exposição a estanho; e) Pneumoconiose por poeiras mistas (CID J63.8): englobam pneumoconioses com padrão radiológicos diferentes, de opacidades regulares e irregulares, devidos à inalação de poeiras de diversos tipos de minerais, com significativo grau de contaminação por sílica livre, porém sem apresentar o substrato anatomopatológico típico da silicose.

INTOXICAÇÃO EXÓGENA. CID10 geral - T65.9 (Efeito tóxico de substância não especificada)

A intoxicação pode ser definida como a manifestação através de sinais e sintomas clínicos, dos efeitos produzidos em um organismo vivo, tendo como resultado sua contaminação por alguma substância química (exógena). As substâncias químicas podem ser encontradas no ambiente ou isoladas sendo: Ambiente: ar, água, alimentos, plantas, animais peçonhentos ou venenosos. Isoladas: Agrotóxicos (pesticidas), medicamentos, produtos químicos de uso industrial, produtos de uso domésticos, cosméticos e higiene pessoal, drogas. Exemplos de CID10 específicos: T52.1- Efeito tóxico de benzeno. T53.0- Efeito tóxico de tetracloreto de carbono. T56.0- Efeito tóxico de chumbo e seus compostos. T36-T50 – intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas; T51-T65 – efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não medicinal; X40-X49 – envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a substâncias nocivas. Os agravos desse grupo, em sua grande maioria, devem ser classificados de acordo com o CID10, do item T52.0 ao T65.9. Observar que esse grupo de agravos não é apenas específico da saúde do trabalhador.

Sinais e sintomas mais comuns: Queimaduras ou manchas ao redor da boca; (indica a ingestão de comprimidos ou químicos); Odores característicos (respiração, roupa, ambiente); Respiração anormal (rápida, lenta ou com dificuldade); Sudorese, salivação e lacrimejamento; Alterações pupilares (midríase ou miose); Pulso (lento, rápido ou irregular); Rubor da pele (pálida, "vermelha", ou cianótica); Alterações da consciência; Convulsões; Choque; Distensão abdominal; Vômitos; Cefaléia (dor de cabeça); Dor abdominal; Queimação nos olhos e mucosas; Dificuldade para engolir.

Consulta de Enfermagem ao paciente vítima de Envenenamento: Abordar o paciente/acompanhante cordialmente; Apresentar-se; Avaliar o estado geral do paciente; Monitorar os sinais vitais – Frequência respiratória (FR), Frequência cardíaca (FC); Pressão Arterial (PA), Temperatura (T); Atentar quanto ao aparelho respiratório, promovendo permeabilidade das vias aéreas; Realizar anamnese – verificando se o paciente apresenta distúrbios que apresentem risco de morte iminente. Observar a via de contaminação (cutânea, inalatória, ocular, oral, parenteral, etc); Identificar o tipo de veneno – sendo qual toxina e provável quantidade contaminada. Interrogar sobre sintomas prévios apresentados; Verificar lesões de boca; Verificar sinais de injeções em músculos e veias;

Estabelecimento do diagnóstico; Preencher ficha de notificação do SINAN – DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO INTOXICAÇÃO EXÓGENA. Encaminhar a notificação ao Setor de Epidemiologia. Encaminhar o paciente para o Pronto Atendimento Municipal (PAM).

PAIR - PERDA AUDITIVA INDUZIDA PELO RUÍDO. CID10 geral – H83.3 (Efeitos do ruído sobre o ouvido interno)

É a perda ou diminuição gradual da acuidade auditiva, provocada pela exposição por tempo prolongado em níveis elevados de ruído no ambiente de trabalho. Determina-se como uma perda auditiva do tipo neurosensorial, geralmente bilateral, irreversível e progressiva com o tempo de exposição ao ruído. CID 10 específicos: H90.3- Perda de audição bilateral neurosensorial. H90.4- Perda de audição unilateral neurosensorial, sem restrição de audição contralateral. H90.5- Perda de audição neurosensorial, não especificada. Apesar de ser o agravo mais freqüente à saúde dos trabalhadores, ainda são pouco conhecidos seus dados de prevalência no Brasil.

A maior característica da Pair (Perda Auditiva Induzida pelo Ruído) é a degeneração das células ciliadas do órgão de Corti. Tem sido demonstrado o desencadeamento de lesões e de apoptose celular em decorrência da oxidação provocada pela presença de radicais livres formados pelo excesso de estimulação sonora ou pela exposição a determinados agentes químicos. Esses achados têm levado ao estudo de substâncias e condições capazes de proteger as células ciliadas cocleares contra as agressões do ruído e dos produtos químicos (OLIVEIRA, 2001, 2002; HYPPOLITO, 2003).

Podendo considerar no PAIR: perda auditiva por exposição ao ruído no trabalho, perda auditiva ocupacional, surdez profissional, perda auditiva induzida por níveis elevados de pressão sonora, perda auditiva induzida por ruído ocupacional, perda auditiva neurosensorial por exposição continuada a níveis elevados de pressão sonora de origem ocupacional. Seligman (2001) indica como sinais e sintomas da Pair: a) Auditivos: Perda auditiva. Zumbidos. Dificuldades no entendimento de fala. Outros sintomas auditivos menos freqüentes: algiacusia, sensação de audição “abafada”, dificuldade na localização da fonte sonora. b) Não-auditivos: Transtornos da comunicação; Alterações do sono; Transtornos neurológicos; Transtornos vestibulares; Transtornos digestivos; Transtornos comportamentais; Outros efeitos do ruído; • Transtornos cardiovasculares; • Transtornos hormonais.

A avaliação da Pair (Perda Auditiva Induzida pelo Ruído). A saúde do trabalhador exposto a ruído consta de avaliação clínica e ocupacional, na qual pesquisa-se a exposição ao risco, pregressa e atual, considerando-se os sintomas característicos, descritos anteriormente. Para a confirmação da existência de alterações auditivas, é fundamental a realização da avaliação audiológica, sendo formada pelo os seguintes exames: Audiometria tonal por via aérea; Audiometria tonal por via óssea; Logaudiometria; Imitanciometria.

Tratamento e reabilitação. Até o momento ainda não existe tratamento para Pair. No entanto é realizada a notificação, onde a mesma dará início ao processo de vigilância em saúde. É realizado o acompanhamento da progressão da perda auditiva por meio de avaliações audiológicas periódicas. Essas avaliações podem ser realizadas em serviço na rede pública de saúde, tanto na atenção secundária quanto na terciária, desde que exista o profissional capacitado, o fonoaudiólogo. A reabilitação é feita por meio de ações terapêuticas individuais e em grupo, a partir da análise cuidadosa da avaliação audiológica. É sempre importante esclarecer para o trabalhador, que a Pair não provoca incapacidade para o trabalho, no entanto, pode ocasionar limitações na realização de tarefas diversas. Cada caso deverá ser avaliado em relação às dificuldades apresentadas para orientar as ações de reabilitação do trabalhador e adequação do ambiente de trabalho.

DERMATOSES OCUPACIONAIS. CID10 geral L98.9 (Afecções da pele e do tecido subcutâneo, não especificadas)

Compreendem as alterações da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas por fatores presentes nas atividades ou no ambiente de trabalho. Pode estar relacionadas com substâncias químicas, o que ocorre em 80% dos casos, com agentes biológicos ou

físicos, e ocasionam quadros do tipo irritativo ou do tipo sensibilizante. Exemplos de CID10 específicos: L23.0- Dermatite alérgica de contato devida a metais (cromo, níquel, etc). L24.0- Dermatite de contato por irritantes devida a detergentes. L58.1- Radiodermite crônica. As causas de dermatoses ocupacionais podem ser divididas em dois grupos de fatores sendo por: Causas indiretas ou fatores predisponentes. Idade; Sexo; Etnia; Clima; Antecedentes mórbidos e dermatoses concomitantes; Condições de trabalho. Causas diretas sendo Agentes biológicos, físicos e químicos.

Podem causar dermatoses ocupacionais ou funcionar como fatores desencadeantes, podendo ser concorrentes ou agravantes. Agentes biológicos mais comuns: bactérias, fungos, leveduras, vírus e insetos. Agentes físicos principais são: radiações não-ionizantes como o calor, frio e eletricidade. Agentes químicos principais são: Irritantes → cimento, solventes, óleos de corte, detergentes, ácidos e álcalis. Alérgenos → aditivos da borracha, níquel, cromo e cobalto como contaminantes do cimento, resinas, tópicos usados no tratamento de dermatoses.

Consulta de Enfermagem: Abordar o paciente/acompanhante cordialmente; Apresentar-se; Realizar Anamnese do paciente; Avaliar o estado geral do paciente; Perguntar sobre sua queixa e duração da dermatose; Realizar exame da pele e seus anexos (mucosas, pelos e unhas); Realizar reconhecimento das lesões; Agendar uma consulta com o médico da unidade; Se necessário encaminhar ao médico especialista em dermatologia. Acompanhar o paciente e a evolução do tratamento; Preencher a ficha de notificação do SINAN – DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO DERMATOSES OCUPACIONAIS. Encaminhá-la ao setor de Epidemiologia.

LER (Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho). DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). CID10 geral – Z57.9 (Exposição ocupacional a fator de risco não especificado)

É uma síndrome clínica que afeta o sistema músculo-esquelético, decorrentes da utilização excessiva do músculo da falta de tempo para recuperação, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso ocasionando dor crônica, parestesia e fadiga muscular, manifesta-se principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superior. O acontece se da devido às condições que o trabalhador é submetido durante a jornada de trabalho, tendo como atividades realizadas com movimentos repetitivos, posturas inadequadas, trabalho muscular estático entre outras condições inadequadas.

Exemplos de CID10 específicos: G56.0 - Síndrome do túnel do carpo. M51- Outros transtornos de disco intervertebral. M53.1- Síndrome cervicobraquial. M65.3- Dedo em gatilho. M65.4- Tenossinovite estilóide radial (de Quervain). M65.9- Sinovite e tenossinovite não especificada. M75.1- Síndrome do manguito rotador. M75.2- Tendinite bicipital. M77.0- Epicondilite medial. M77.1- Epicondilite lateral. M70.9- Transtorno não especificado dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão

Fatores de risco - LER/DORT podem ser relacionados (KUORINKA e FORCIER 1995): Local de trabalho: as dimensões do local de trabalho não causam distúrbios músculo-esqueléticos por si, mas podem fazer com que o trabalhador adote posturas inadequadas ocasionando ou agravando as afecções. Exposição a vibrações: as exposições a vibrações de corpo inteiro, ou do membro superior, podem causar efeitos vasculares, musculares e neurológicos. Exposição ao frio: a exposição ao frio pode ter efeito direto sobre o tecido exposto e indireto pelo uso de equipamentos de proteção individual contra baixas temperaturas. Exposição a ruído elevado: a exposição ao ruído elevado pode produzir mudanças de comportamento, entre outros efeitos. Pressão mecânica localizada: a pressão mecânica provocada pelo contato físico de cantos retos ou pontiagudos de objetos, ferramentas e móveis com tecidos moles de segmentos anatômicos e trajetos nervosos provocando compressões de estruturas moles do sistema músculo-esquelético. Posturas. As posturas que podem causar afecções musculoesqueléticas possuem três características que podem estar presentes simultaneamente:

CÂNCER. CID10 geral – C80 (Neoplasia maligna, sem especificação de localização)

O câncer decorrente do ambiente de trabalho surgiu como consequência ao tipo de exposição envolvendo agentes químicos, físicos ou biológicos, classificados como carcinogênicos. Os fatores de risco podem ser externos (ambientais) ou endógenos (hereditários), estando interligado um ao outro para iniciar as alterações celulares presentes na etiologia do câncer. São diversos fatores que podem contribuir para que o câncer seja desenvolvido, com isso os agentes causadores aproveitam da fragilidade do ambiente e entram em ação contra a saúde do trabalhador.

E estão presentes como fatores que contribuem: Dose diária absorvida; Tempo de exposição; Ambiente a qual está exposta; Idade; Doença preexistente; Suscetibilidade individual; Predisposição genética; Tipo de alimentação, estresse, fumo; Tipo de agente causador. Agentes causadores: Agentes químicos, Agrotóxicos; Amianto ou asbesto); Sílica; Benzeno; Xileno; Tolueno. Agentes físicos. Radiação ionizante; Radiação não ionizante;

Consulta de Enfermagem. Abordar o paciente/acompanhante cordialmente; Apresentar-se; Realizar Anamnese no paciente: contendo os seguintes questionamentos: tipo de trabalho, o que é, como, quando, onde, com quem e durante há quanto tempo pratica a atividade relatada. Avaliar o estado geral do paciente; Perguntar sobre sua queixa e duração; Realizar exame físico; Realizar reconhecimento das lesões; Agendar uma consulta com o médico da unidade; Se necessário encaminhar ao médico especialista. Acompanhar o paciente e a evolução do tratamento; Preencher a ficha de notificação do SINAN – DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO CÂNCER. Encaminhar-la ao setor de Epidemiologia.

3 - REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 94.406/87**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 26 dez. 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 26 dez. 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Lei No 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 26 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 26 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série Cadernos de Atenção Básica, 15 – **Hipertensão arterial sistêmica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos BRASÍLIA / DF – 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf> Acesso em: 26 dez. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p. 1. Saúde do idoso - Hipertensão. 2. Saúde do adulto - Diabetes. 3. Hipertensão e diabetes - Atenção à saúde do adulto. I. Título. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/MINAS%20GERAIS.%20Secretaria%20de%20Estado%20de%20Sa%C3%BAde/1010>> Acesso em: 26 dez. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. 1. Saúde do idoso - Atenção. 2. Saúde da família - competência. I. Título. Disponível em: <http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_gui_a_saude_idoso.pdf> Acesso em: 26 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 104 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Redes_Estaduais_de_Atencao_a_Saude_do_Idoso_Guia_operacional_e_portarias_relacionadas/44>. Acesso em: 26 dez. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002 150 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.40) ISBN 85-334-0513-8. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Diretrizes Nacionais para Condutas Clínicas do Câncer da Mama. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. Disponível em: <http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_hiperdia.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2013.

4 - VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO PROTOCOLO

Decreto nº

Aprova a Normatização de Consultas de Enfermagem, Prescrição de Medicamentos e Solicitação de exames de rotina e complementares pelo Enfermeiro das Unidades de Saúde da Família de Lagoa Santa, lotados na Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa/MG.

O Prefeito Municipal de Lagoa Santa, no uso das atribuições previstas no ...,

Considerando a necessidade de normatizar, no âmbito municipal, as atividades inerentes aos enfermeiros integrantes das Unidades de Atenção Primária em Saúde, e de equipes que compõe a Estratégia de Saúde da Família, face ao modelo de Atenção vigente;

Considerando que para uma efetiva assistência ao paciente sem risco faz-se necessário a solicitação de exame de rotina e complementares pelo Enfermeiro, para a prescrição adequada de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

Considerando os programas do Ministério da Saúde: "DST/AIDS/CTA"; "Viva Mulher"; "Assistência Integral e Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC)"; "Controle de Doenças Transmissíveis" dentre outros,

Considerando os Manuais de Normas Técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde: "Assistência ao Pré-Natal" - 2000; "Prevenção do Câncer do Colo de Útero"-2002; as Linhas Guias SES/MG 2005 a 2007; o Manual de Treinamento em Planejamento Familiar para Enfermeiro da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF);

Considerando a Portaria MS nº 648/2006 e nº1625/07, que regulamentam a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a execução da Estratégia Saúde da Família no Brasil e seu ANEXO I que discriminam as ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS;

Considerando que algumas ações programáticas envolvem a necessidade de encaminhamento do usuário para outro profissional médico do nível secundário de atenção e para os demais profissionais de equipes de apoio;

Considerando a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, no seu artigo 11, incisos I alíneas "i" e "j" e II, alíneas "c", "f", "g", "h" e "i", que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem;

Considerando o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/86, no artigo 8º, incisos I, alíneas "e" e "f" e II, alíneas "c", "g", "h", "i" e "p";

Considerando as Resoluções COFEN nº 297/91; COFEN nº166/91; COFEN nº159/93; COFEN nº 195/97; COFEN nº 223/99; COFEN nº271/02, que dispõe sobre consultas de enfermagem, ambulatorial e domiciliar, prescrição de medicamentos, solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros em consonância aos programas do Ministério da Saúde;

Considerando que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente);

Considerando que a Consulta de Enfermagem, a Prescrição de Medicamentos e a Solicitação de Exames por enfermeiros no âmbito das Unidades de Saúde da Família são procedimentos que se inserem num modelo inovador de Atenção à Saúde que representa verdadeira mutação do conceito da atenção ao usuário vigente à centenas de anos.

Resolve:

Art. 1º - O Enfermeiro das Unidades Básicas de Saúde de Lagoa Santa fica autorizado a realizar consultas de enfermagem, encaminhamentos para especialidades médicas/profissionais da saúde de apoio, solicitar exames de rotina e complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, pela Secretaria de Estado da Saúde-MG ou Ministério da Saúde, observadas as disposições legais da profissão;

Parágrafo Único- As prescrições/solicitação de exame/encaminhamentos de enfermagem deverão ser registrados em formulários próprios e só poderão ser utilizados dentro da rede de Atenção à Saúde Pública do município de Lagoa Santa.

Art. 2º - Este decreto deverá ser normatizado por um Instrumento Técnico Sistematizado a ser construído por uma Comissão Multiprofissional devidamente nomeada pelo Gestor Municipal, no prazo de 30 dias após a sua publicação.

Parágrafo Único- Este instrumento, contendo a lista de procedimentos autorizados, deverá ser amplamente divulgado entre os profissionais de saúde, a comunidade e a rede privada de assistência.

Art. 3º - O presente Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.