

PROCOLOS ASSISTENCIAIS
ATENÇÃO BÁSICA – MUNICÍPIO DE DUQUE DE
CAXIAS

Duque de Caxias

Março/2024

**PROCOLOS ASSISTENCIAIS
ATENÇÃO BÁSICA DUQUE DE CAXIAS**

Diretora do Departamento de Atenção Básicas

Ana Luiza de Albuquerque Affonso

Coordenadora do Departamento de Atenção Básica

Jesuíta Rosa Araújo

Coordenadora das Unidades Básicas de Saúde Tradicionais

Fernanda Lourenço Amorim

Coordenação da Estratégia Saúde da Família

Gilvânia Corrêa Lima

Rita de Cassia Silva

COMISSÃO ORGANIZADORA

Albânia Araújo Mangueira

José Ronaldo Cordeiro

Lívia Schunk Pereira

Michelli Melo Grama

Marcelle Costa Marinho

Thaís Oliveira da Silva Souza

ELABORAÇÃO TÉCNICA (versão original)

Andrea Nazaré Rezende Lemos

Odimar Magdalena Lisboa

Flavia Ferreira Nascimento

Lucia Kelly Brites Ribeiro

Larissa Gonçalves Aquino

Anna Leticia Moura Lopes

Vanessa da Nóbrega Moura Pereira

REVISÃO TÉCNICA

Aníbal Barbosa Prata – Coordenação do Programa de Hipertensão Arterial

Carla Senna Ferreira – Coordenação do Programa de Diabetes Melitus

Diany da silva Riqueta – Responsável Técnica de Planejamento Reprodutivo

Gustavo Rodrigues Maia – Coordenação do Programa IST/AIDS e Hepatites Virais

Jorge Silvestre Neves de Gouveia – Coordenação do Programa do Idoso

Leila Regina Lelis Neves – Núcleo de Regulação

Maria Cristina Gil – Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose

Marcia Estela Gueylard – Coordenação do Programa da Criança

Márcio Azevedo de Souza – Responsável Técnico PAISM/Pré-Natal

Paula Salgado Almeida – Responsável Técnica de Câncer de Colo de Útero e Mama

Tatiana Moura Rodrigues da Silva – Coordenação do Programa Saúde do Adolescente

Telma Rocha – Coordenação do Programa de Hanseníase

COLABORAÇÃO

Departamento de Vigilância em Saúde (DVS)



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



RESOLUÇÃO Nº 031/COMSADC/2018

**“Tornar Pública a Deliberação da Plenária do
COMSADC, nos termos que menciona”**

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS, por sua Presidente Infra assinada, Dr^a. Clara Lucia Correa dos Santos Carvalho, no uso de suas atribuições legais,

Considerando deliberação da Plenária do Conselho Municipal de Saúde, em Reunião Ordinária realizada no dia 14 de Julho de 2018, no Auditório do Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo, Duque de Caxias.

RESOLVE:

Art. 1º - Tornar do conhecimento público, para todos os fins e efeitos, conforme registrado em ata, que foi aprovado pela Plenária do COMSADC o Protocolo de Enfermagem da Região Metropolitana I aprovado anteriormente pela CIB, através da Resolução CIB-RJ Nº 3474 de 29/01/2015, para Aplicação na Atenção Básica do Município de Duque de Caxias.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, produzindo efeitos a partir desta data.

Duque de Caxias, 16 de Julho de 2018

Dr^a. Clara Lucia C. S. Carvalho
Subsecretária de Monitoramento
Regulação e Fiscalização em Saúde
CRM 52 57138-8

Clara Lucia Correa dos Santos Carvalho
Presidente do COMSADC

Resolução editada por

Cláudia Regina de J. A. dos Santos
Secretária Executiva do COMSADC

HOMOLOGO

Em cumprimento ao disposto no § 2º, do Art. 1º, da Lei nº 8.142, de 28/12/1990, homologo a Resolução nº 031/COMSADC/2018 de 16 de Julho de 2018, do Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias.

Duque de Caxias, 16 de Julho de 2018

Washington Reis de Oliveira
Prefeito Municipal

FUNÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL

6575 27 07 2018



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



RESOLUÇÃO Nº 032/COMSADC/2018

“Tornar Pública a Deliberação da Plenária do COMSADC, nos termos que menciona”

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS, por sua Presidente Infra assinada, Dr^a. Clara Lucia Correa dos Santos Carvalho, no uso de suas atribuições legais,

Considerando deliberação da Plenária do Conselho Municipal de Saúde, em Reunião Ordinária realizada no dia 14 de Julho de 2018, no Auditório do Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo, Duque de Caxias,

RESOLVE:

Art. 1º - Tornar do conhecimento público, para todos os fins e efeitos, conforme registrado em ata, que foi aprovado pela Plenária do COMSADC os Protocolos Assistenciais da Atenção Básica do Município de Duque de Caxias.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, produzindo efeitos a partir desta data.

Duque de Caxias, 16 de Julho de 2018

Dr^a. Clara Lucia C. S. Carvalho
Subsecretária de Monitoramento
Regulação e Fiscalização em Saúde
CRM 52.57136-5

Clara Lucia Correa dos Santos Carvalho
Presidente do COMSADC

Resolução editada por

Cláudia Regina de J. A. dos Santos
Secretária Executiva do COMSADC

HOMOLOGO

Em cumprimento ao disposto no § 2º, do Art. 1º, da Lei nº 8.142, de 28/12/1990, homologo a Resolução nº 032/COMSADC/2018 de 16 de Julho de 2018, do Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias.

Duque de Caxias, 16 de Julho de 2018

Washington Reis de Oliveira
Prefeito Municipal

Sumário

1. Introdução	1
2. ACOLHIMENTO	3
2.1 Acolhimento e processo de trabalho	3
2.2 Fluxo de atendimento	4
2.2.1 Fluxograma de colhimento na APS	5
2.3 Tipos de atendimento na Atenção Primária	6
2.4 Avaliação de Riscos e Vulnerabilidades	7
2.4.1 Classificação Geral dos casos de demanda espontânea na APS	9
2.5 Gestão das agendas de atendimento individual	10
3. DIABETES MELLITUS	13
3.1. Busca ativa e rastreamento	13
3.1.1 Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de DM tipo 02	14
3.2. Diagnóstico	15
3.3. Classificação do DM	15
3.3.1 Diabetes tipo 01	16
3.3.2 Diabetes tipo 02	16
3.3.3 Diabetes gestacional e diabetes detectado na gravidez:	16
3.4. Primeira Consulta	17
3.5. Consultas Subsequentes	17
3.6. Rotina complementar mínima para pessoa com DM	17
3.7 Fluxograma de tratamento do DM tipo 02	18
3.8 Consultas em grupo	21
3.9 Consulta odontológica	22
3.9.1 Orientação para o manejo clínico de pessoas com DM em consulta odontológica	22
3.10 Atividades Educativas	23

3.11 Complicações do DM	23
3.12 Cuidados com os pés de pessoas com Diabetes Mellitus na APS	24
3.12.1 Infocard I – COMO REALIZAR O EXAME DE SENSIBILIDADE DOS PÉS? ...	25
3.12.2 Infocard II – COMO MANEJAR AS PESSOAS EM RISCO DE ÚLCERA DE PÉ DIABÉTICO (UPD*)?	26
3.12.3 Sugestões de Manejo	27
3.14 ANEXOS	28
3.14.1 ANEXO I – CRITÉRIOS PARA O RASTREAMENTO DO DM EM ADULTOS ASSINTOMÁTICOS	28
3.14.2 ANEXO II – ELEMENTOS CLÍNICOS QUE LEVANTAM A SUSPEITA DE DM.....	29
3.14.3 ANEXO III – ASPECTOS RELEVANTES DA HISTÓRIA CLÍNICA DA PESSOA COM DM.....	30
3.14.4 ANEXO IV – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA PESSOA COM DM.....	31
3.14.5 ANEXO V – ASPECTOS RELEVANTES DO EXAME FÍSICO DA PESSOA COM DM.....	31
4. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	32
4.1 Acolhimento	32
4.2 Busca Ativa	32
4.3 Atividades Educativas.....	32
4.4 Diagnóstico.....	33
4.4.1 Aspectos relevantes na avaliação clínica	34
4.4.2 Aspectos relevantes na mensuração da pressão arterial.....	34
4.4.3 Aspectos relevantes na estratificação de risco para doenças cardiovasculares	35
4.4.3.1 – ANEXO I – ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E ANAMNESE INDICATIVOS DE RISCO PARA DCV	36
4.5 Classificação.....	36
4.5.1 Tabela I - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório ..	36

4.5.2 Fluxo de rastreamento e a conduta conforme a classificação de PA	37
4.6 Consultas Subsequentes	38
4.6.1 Tabela II - Classificação de risco cardiovascular e periodicidade de acompanhamento (Escore de Framingham)	40
4.7 Consultas em grupo	40
4.8 Avaliação Odontológica	40
4.8.1 Fluxograma de orientação para a consulta odontológica	41
4.9 Tratamento medicamentoso	42
4.9.1 Tabela III – Medicamentos disponíveis na “Rename 2012”	42
4.9.2 Tabela IV – Indicações das classes medicamentosas	45
4.10 Combinação de medicamentos	46
4.10.1 QUADRO II – Quadro de Birmingham para a associação de drogas no manejo da HAS	47
4.11 Efeitos adversos	48
4.11.1 QUADRO III – Principais efeitos adversos das drogas anti-hipertensivas	48
4.12 Interações medicamentosas	51
4.12.1 Quadro IV – Principais interações medicamentosas de fármacos anti-hipertensivos que estão contidos na “Rename 2012”	52
4.13 HAS em crianças e adolescentes	60
4.13.1 Quadro V – Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes	61
4.14 HAS em idosos	61
4.15 HAS em gestantes	62
4.16 Exames Complementares	63
4.17 ANEXOS	64
4.17.1 Anexo I – Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham – HOMENS	64
4.17.2 Anexo II – Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham - MULHERES	65

5. TUBERCULOSE	66
5.1 Busca Ativa	67
5.2 Diagnóstico	68
5.3 Orientação para o armazenamento de escarro nas unidades	70
5.3.1 FIGURA 1 - EXEMPLO DE ARMAZENAMENTO DE POTE DE ESCARRO NA ESF	71
5.4 Armazenamento e deslocamento do escarro para entrega na Unidade de Saúde	71
5.5 Solicitação de escarro induzido	71
5.6 Orientações para a realização do escarro induzido:	72
5.7 Exames de Imagem	72
5.7 Prova tuberculínica (PPD)	73
5.7.1 Quadro I - Referências para a realização de PPD	74
5.8 IGRA	74
5.9 Diagnóstico de HIV nas pessoas com Tuberculose	75
5.10 Notificação de TB	75
5.11 Tratamento	77
5.11.1 Tabela I - Esquema Básico para o tratamento da Tuberculose de adultos e adolescentes (> de 10 anos)	78
5.12 Considerações sobre gestação e amamentação:	78
5.13 Considerações gerais sobre o tratamento:	79
5.13 Seguimento do Tratamento:	79
5.13.1 Acompanhamento clínico mensal com consulta médica ou de enfermagem	80
5.13.2 Conduta frente aos casos de retratamento (reingresso após abandono e recidivas): 81	
5.13.3 Tuberculose drogarresistente ou multirresistente (TBDR ou TBMR) – confirmada por meio de teste de sensibilidade ou TRM-TB:	81
5.13.4 Reações adversas: devem ser monitoradas pelo enfermeiro e médico da equipe	82
5.13.5 Acompanhamento de contatos de tuberculose	82
5.14 Fluxogramas	83

5.14.1 FLUXOGRAMA I – INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS MAIORES DE 10 ANOS	83
5.14.2 FLUXOGRAMA II – ACOMPANHAMENTO DE CONTATOS SINTOMÁTICOS MAIORES DE 10 ANOS.	84
5.14.3 FLUXOGRAMA III – INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS ≤10 ANOS	84
5.14.4 FLUXOGRAMA IV – AVALIAÇÃO DOS CONTATOS DE PACIENTES COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE	85
5.15 Como proceder nos usuários sintomáticos menores de 15 anos	85
5.16 Encerramento de caso de tuberculose	85
5.17.1 FLUXOGRAMA VI – ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE	88
6. HANSENÍASE	89
6.1 Acolhimento	89
6.2 Atividade educativa	89
6.3 Rastreamento	90
6.4 Diagnóstico	92
6.5 Notificação	92
6.6 Exame de contato (comunicantes)	93
6.7.1 QUADRO I – Esquema de vacinação com BCG para os contatos	93
6.8 Tratamento	94
6.8.1 QUADRO II – PQT-U multibacilares e paucibacilares	94
6.8.2 QUADRO III – Esquema Terapêutico para crianças menores de 30 kg	95
6.9 Casos especiais de tratamento	95
6.10 Tuberculose associada à hanseníase	96
6.11 Consultas subsequentes	96
6.12 Consulta odontológica	97
6.13 Prevenção e tratamento de incapacidades	97
6.13.1 FLUXOGRAMA I – AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA.	98
6.14 Reações hansênicas	99

6.15 Complicações da PQT-U.....	101
6.16 Abandono de tratamento.....	102
6.17 Alta do tratamento	103
6.17 Referências para avaliação de casos complexos de Hanseníase (quadros reacionais)104	
6.13.1 QUADRO V – Referência para quadros reacionais de Hanseníase por Distrito ...	104
6.14.1 ANEXO I – Estratificação de risco por níveis e pontos de atenção	105
7. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	106
7.1 Acolhimento	106
7.2 Atendimento a pessoas com IST na AB.....	106
7.3 Abordagem Síndrômica.....	107
7.4 Diagnóstico Clínico.....	108
7.5 Abordagem dos parceiros sexuais.....	108
7.5.1 QUADRO I – Condições clínicas e tempo de contato sexual para comunicação aos parceiros.....	109
7.6 Manejo Clínico das IST	110
7.6.1 QUADRO I – Principais Síndromes Clínicas	110
7.6.2 Úlcera genital.....	110
7.6.2.1 FLUXOGRAMA I – FLUXOGRAMA PARA O MANEJO DE ÚLCERA GENITAL	
111	
7.6.3 QUADRO II – TRATAMENTO PARA HERPES GENITAL.....	112
7.6.4 QUADRO III – TRATAMENTO PARA CANCRÓIDE, LINFOGRANULOMA VENÉREO E DONOVANOSE	113
7.6.5 QUADRO IV – TRATAMENTO PARA LINFOGRANULOMA VENÉREO E DONOVANOSE.....	114
7.6.5 QUADRO V – TRATAMENTO PARA DONOVANOSE.....	115
7.7 Métodos para o diagnóstico da sífilis.....	115
7.8 QUADRO I – Métodos para o tratamento da sífilis.....	117
7.9 Métodos para o diagnóstico da sífilis.....	118

7.10 Sífilis Congênita.....	119
7.10.1 Sífilis congênita precoce.....	119
7.10.2 Sífilis congênita tardia.....	119
7.10.3 Acompanhamento da sífilis congênita.....	120
7.11 Corrimento vaginal.....	120
7.11.1 FLUXOGRAMA I.....	121
7.12 QUADRO I – TRATAMENTO PARA CORRIMENTO VAGINAL.....	122
7.13 QUADRO I – TRATAMENTO PARA GONORRÉIA E CLAMÍDIA.....	123
7.14 Corrimento Uretral.....	123
7.14.1 FLUXOGRAMA I – MANEJO DE CORRIMENTO URETRAL.....	124
7.15 QUADRO I – TRATAMENTO PARA CORRIMENTO URETRAL.....	125
7.16 Verrugas anogenitais.....	125
7.17 DIP.....	127
7.17.1 FLUXOGRAMA I – MANEJO DE DIP.....	127
7.17.2 Critérios diagnósticos de DIP.....	128
7.17.3 Métodos diagnósticos para DIP.....	128
7.17.4 Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP.....	129
7.17.5 QUADRO I – TRATAMENTO AMBULATORIAL PARA DIP.....	129
7.18 Hepatites virais.....	130
7.18.1 Hepatite B.....	130
7.18.1.1 FLUXOGRAMA I – HEPATITE B UTILIZANDO TESTE RÁPIDO.....	130
7.18.1.2 FLUXOGRAMA II – HEPATITE B UTILIZANDO SOROLOGIA.....	131
7.18.1.3 Indicações para a realização de teste rápido ou sorologia para Hepatite B:.....	131
7.18.2 Hepatite C.....	132
7.18.2.1 FLUXOGRAMA I – HEPATITE C UTILIZANDO TESTE RÁPIDO.....	132
7.18.2.2 FLUXOGRAMA II – HEPATITE C UTILIZANDO SOROLOGIA.....	133
7.18.2.3 Indicações para a realização de teste rápido ou sorologia para Hepatite C:.....	134

7.19 HIV e Sífilis	134
7.19.1 Aconselhamento e testagem (HIV e sífilis) nas UBS e USF	134
7.19.2 Indicações para o aconselhamento e testagem (HIV e Sífilis)	135
7.19.2.1 FLUXOGRAMA I – ACONSELHAMENTO E TESTAGEM HIV E SÍFILIS..	136
7.19.2.2 FLUXOGRAMA II – TESTE RÁPIDO HIV	137
7.19.2.3 FLUXOGRAMA III – MANEJO DA SÍFILIS (NÃO GESTANTE), UTILIZANDO TESTE RÁPIDO INICIAL COM TESTE NÃO TREPONÊMICO CONFIRMATÓRIO	138
7.19.2.4 FLUXOGRAMA IV – MANEJO DA SÍFILIS (NÃO GESTANTE), UTILIZANDO TESTE NÃO TREPONÊMICO	140
7.19.2.5 FLUXOGRAMA V – MANEJO DA SÍFILIS (GESTANTE), UTILIZANDO TESTE RÁPIDO	141
7.19.2.6 FLUXOGRAMA VI – MANEJO DA SÍFILIS (GESTANTE), UTILIZANDO TESTE NÃO TREPONÊMICO	142
7.19.3 Imunização em IST	143
7.19.3.1 QUADRO I - VACINA HEPATITE B (RECOMBINANTE) E IMUNOGLOBULINA (IGHHB)	143
7.19.3.2 Indicações para o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE):	144
7.19.3.3 Situações Especiais	144
7.19.3.4 Vacina HPV	145
7.19.3.5 Referências no município para encaminhamento	145
8. SAÚDE DA CRIANÇA	147
8.1 Atendimento domiciliar de puerpério (1ª semana)	147
8.2 Consulta de 1º mês	148
8.3 Consulta de 2º mês	149
8.4 Consulta de 4º mês	149
8.5 Consulta de 6º mês	150
8.6 Consulta de 9º mês	150
8.7 Consulta de 12º mês	151

8.8 Consulta de 18º mês.....	152
8.9 Consulta de 18º mês.....	152
8.10 Consulta de 2 anos.....	152
8.11 Consultas anuais.....	153
8.11.1 QUADRO I – RECOMENDAÇÕES DO EXAME FÍSICO NAS PRIMEIRAS SEMANAS DE VIDA.....	154
9. Saúde do Adolescente.....	158
9.1 Acolhimento.....	159
9.2 Atividades educativas.....	159
9.3 Atendimento ao adolescente.....	161
9.4 Dinâmica da consulta.....	163
9.5 Anamnese do adolescente.....	164
9.5.1 FLUXOGRAMA I – AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL DE ADOLESCENTES DE 10 A 19 ANOS.....	164
9.6 Exame físico do adolescente.....	165
9.6.1 FLUXOGRAMA II – REALIZAR E ESPECIFICAR, SEGUNDO O EXAME FÍSICO – ADOLESCENTES DE 10 A 19 ANOS.....	165
9.7 Crescimento e desenvolvimento.....	166
9.7.1 Desenvolvimento físico.....	166
9.7.2 Idade óssea.....	166
9.7.3 Composição e proporção corporal.....	167
9.7.4 Crescimento.....	167
9.7.5 Sequência do crescimento.....	168
9.7.6 Maturação sexual.....	169
9.8 Critérios de Tanner para classificação dos estágios da puberdade.....	169
9.9 Problemas mais comuns no desenvolvimento.....	170
9.10 FLUXOGRAMA I – AVALIAÇÃO DA PUBERDADE.....	171
9.11 Imunização do adolescente.....	172

9.11.1 FLUXOGRAMA I – CLASSIFICAÇÃO DO ESQUEMA VACINAL DO ADOLESCENTE	173
9.12 Saúde Mental do adolescente	174
9.13 Saúde Bucal do adolescente	174
9.14 Alimentação e nutrição do adolescente	174
9.15 ANEXOS	175
9.15.1 ANEXO I	175
9.15.2 ANEXO II	176
9.15.3 ANEXO III	177
9.15.4 ANEXO IV	178
10 SAÚDE DA MULHER	179
10.1 Acompanhamento Pré-Natal	179
10.1.1 FLUXOGRAMA I – DIAGNOSTICO DE GRAVIDEZ	179
10.1.2 FLUXOGRAMA I – ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	180
10.1.3 Linha De Cuidados da Atenção Pré-Natal	181
10.1.4 QUADRO I – VACINAÇÃO DA GESTANTE	184
10.1.5 Manejo de situações comuns na gestação	185
10.1.5.1 Náuseas e vômitos na gestação inicial	185
10.1.5.2 Pirose	186
10.1.5.3 Outros sintomas gastrintestinais	186
10.1.5.4 Hemorróidas	186
10.1.5.5 Varicosidades	187
10.1.5.6 Dor lombar	187
10.1.5.7 Dor abdominal (cólicas)	187
10.1.5.8 Cefaléia	187
10.1.5.9 Anemia	188
10.1.5.10 Gestante Rh negativo	188

10.1.5.11 Verminoses.....	188
10.1.5.11.1 QUADRO I – MEDICAMENTOS INDICADOS NA TERAPÊUTICA DAS HELMINTÍASES E PROTOZOOSSES INTERTINAIS DURANTE A GESTAÇÃO.....	189
10.1.5.12 Toxoplasmose.....	189
10.1.5.13 Bacteriúria assintomática (Ba) / Infecção do trato urinário (Itu)/ Outras alterações no exame de urina:	190
10.1.6 Manejo do ganho de peso na gestação.....	192
10.1.6.1 QUADRO I – FAIXAS DE RECOMENDAÇÃO DE GPG SEGUNDO O IMC PRÉ-GESTACIONAL	192
10.1.6.2 FIGURA I – CURVAS DE GANHO DE PESO GESTACIONAL PARA MULHERES BRASILEIRAS, DE ACORDO COM O IMC PRÉ-GESTACIONAL.....	194
10.1.7 Edema.....	195
10.1.8 Síndromes hipertensivas	196
10.1.8.1 Hipertensão arterial crônica	196
10.1.8.2 Pré-eclampsia (PE)/eclampsia.....	196
10.1.8.3 Pré-eclampsia sobreposta à hipertensão arterial crônica.....	197
10.1.8.4 Hipertensão gestacional	197
10.1.8.5 Crise hipertensiva.....	197
10.1.8.6 Emergência hipertensiva	198
10.1.8.6.1 QUADRO I - ANTI-HIPERTENSIVOS RECOMENDADOS PARA USO NA CRISE/EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA.....	198
10.1.8.6.2 QUADRO II - FATORES DE RISCO PARA INDICAÇÃO DE PROFILAXIA DA PE	199
10.1.8.7 Prevenção da pré-eclampsia.....	199
10.1.8.8 Tratamento farmacológico da hipertensão arterial na gestação.....	200
10.1.8.9 QUADRO I - ANTI-HIPERTENSIVOS RECOMENDADOS PARA USO NA GESTAÇÃO	200
10.1.8.10 Momento do parto e via de nascimento.....	201
10.1.8.11 QUADRO I - IDADE GESTACIONAL RECOMENDADA PARA O PARTO	201

10.1.9 Diabetes Mellitus	201
10.1.10 Leucorreia.....	202
10.1.11 Infecções Sexualmente transmissíveis	202
10.1.11.1 Condilomas (Referência CMSDC).....	202
10.1.11.2 Hepatite B	204
10.1.11.3 HIV/AIDS (Referência CMSDC/SAE).....	204
10.1.11.4 Sífilis	204
10.1.11.4.1 ANEXO I – CARTÃO PARA NOTIFICAÇÃO DOS PARCEIROS	205
10.1.12 Avaliação do risco gestacional.....	206
10.1.13 Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco (via central de regulação SER/SISREG)	207
9.10.1.14 Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica (Maternidade de Santa Cruz da Serra ou HEAPN).....	209
10.1.15 FLUXOGRAMA I - ATENDIMENTO À GESTANTE COM EXANTEMA	211
10.1.16 QUADRO I	213
10.1.17 Pré-natal da parceira	214
10.1.17.1 QUADRO I	214
10.2 Rastreamento ao Câncer do Colo de Útero.....	216
10.2.1 FLUXOGRAMA I.....	216
10.2.2 QUADRO I – RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO E CONDUTAS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	218
10.2.3 FLUXOGRAMA II – DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA (CONDUTAS MÉDICAS FRENTE ÀS ALTERAÇÕES NAS MAMAS)	219
11. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	220
11.1 FLUXOGRAMA I.....	221
11.2 QUADRO I - RECOMENDAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE CESARIANA PROGRAMADA.....	232
11.3 Contraceptivos Padronizados na Rede.....	233

11.3.1 QUADRO I – CATEGORIAS DA OMS PARA OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	234
11.3.2 QUADRO II – CATEGORIAS DA OMS PARA OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	235
11.3.3 QUADRO III – TAXA DE FALHA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS - Índice de Pearl*	238
11.3.4 DIAFRAGMA	239
11.3.5 DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	239
11.3.5.1 FLUXOGRAMA I – DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	246
11.3.5.2 FLUXOGRAMA II – FLUXO PARA INSERÇÃO DE DIU NAS MATERNIDADES SANTA CRUZ DA SERRA/ HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN	247
11.3.5.3 ANEXOS	250
11.3.5.3.1 – ANEXO I – CERTIFICADO DA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE EDUCATIVA DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO INDIVIDUAL OU EM GRUPO	250
11.3.5.3.2 – ANEXO II – TERMO DE MANIFESTAÇÃO DA VONTADE PARA INSERÇÃO DE DIU	251
11.3.6 HORMONAIIS	252
11.3.6.1 FLUXOGRAMA I – ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO (AOC) E MINIPÍLULA	267
11.3.6.2 FLUXOGRAMA II – ANTICONCEPÇÃO INJETÁVEL (AI) TRIMESTRAL E MENSAL	268
11.3.6.3 FLUXOGRAMA III – FLUXO DE USO DE CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	269
11.3.6.4 QUADRO I – DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA REDE	272
11.3.7 MÉTODOS CIRURGICOS	275
11.3.7.1 ANEXOS	277
11.3.7.1.1 – ANEXO I – TERMO DE MANIFESTAÇÃO DA VONTADE PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR	277
11.3.7.1.2 – ANEXO II – PARECER TÉCNICO MULTIPROFISSIONAL	278

11.3.7.1.3 – ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA NA MATERNIDADE SANTA CRUZ DA SERRA.....	279
11.3.7.1.4 – ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA NA MATERNIDADE SANTA CRUZ DA SERRA.....	280
12. SAÚDE DO HOMEM.....	281
12.1 Acolhimento.....	282
12.2 Atividades educativas.....	282
12.3 Pré-consulta.....	282
12.4 Consulta.....	283
12.4.1 Anamnese.....	283
12.4.2 Exame físico geral.....	284
12.5 FLUXOGRAMA I – EXAME DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA MASCULINO.....	286
12.6 FLUXOGRAMA II – EXAME GENITAL EXTERNO MASCULINO.....	288
12.7 QUADRO I – CLASSIFICAÇÃO DO IMC (MODIFICADO).....	289
12.8 QUADRO II – CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL E RISCO DE COMPLICAÇÕES METABÓLICAS ASSOCIADAS COM OBESIDADE (MODIFICADO).....	290
12.9 Exames Laboratoriais.....	290
12.10 Avaliação pré-nupcial ao homem.....	290
12.11 Abordagem ao homem com disfunção erétil.....	291
12.12 Homem vítima de violência.....	291
12.13 Prevenção do uso de tabaco, álcool e outras drogas.....	291
12.14 Tumores específicos do homem.....	292
12.15 Considerações finais.....	294
13. SAÚDE DO IDOSO.....	295
13.1 Busca ativa.....	295

13.2 Acolhimento	295
13.3 Primeira consulta	295
13.4 Atendimento domiciliar	296
13.5 Consultas subsequentes	296
13.6 Consulta odontológica	297
13.7 Grupo de idosos	297
13.8 Caderneta de saúde da pessoa idosa	299
13.9 Prevenção de quedas	300
13.10 ANEXOS	302
13.10.1 – ANEXO I – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD) de KATZ	302
13.10.2 ANEXO II – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)	304
14. SAÚDE MENTAL	305
14.1 Avaliação da saúde mental	305
14.2 Sinais e sintomas em saúde mental	305
14.3 Primeira consulta	309
14.4 Consultas subsequentes	311
14.5 Ferramentas e recomendações na abordagem familiar	311
14.6 Oficinas terapêuticas e ações intersetoriais	311
14.7 Matriciamento	312
14.8 FLUXOGRAMA I – Atenção em Saúde Mental	312
14.9 QUADRO I – ENCAMINHAMENTO	313
14.10 Dispositivos disponíveis na rede	313
14.10.1 QUADRO I – REFERÊNCIAS DE AMBULATÓRIOS	314
15. TABAGISMO	316
15.1 Rastreamento	316

15.1.1 FLUXOGRAMA I – IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM DO TABAGISTA NO TERRITÓRIO	317
15.2 Acolhimento	317
15.3 Atividades Educativas	318
15.4 Etapas que antecedem à Abordagem Cognitivo-Comportamental	318
15.5 Tratamento	319
15.5.1 Associação dos Tratamentos Não Farmacológicos e Farmacológicos	319
15.5.2 Abordagem Cognitivo-Comportamental	320
15.6 Consulta de Avaliação Clínica do Usuário	322
15.7 Consultas Subsequentes	322
15.8 Avaliação Odontológica	323
15.9 Monitoramento Municipal das Ações do Programa Nacional de Controle de Tabagismo	323
15.10 Códigos das Consultas	323
15.11 FLUXOGRAMA I – ROTEIRO DA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	324
15.12 FLUXOGRAMA II – TRATAMENTO	325
16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	326
16.1 CAPÍTULO 02 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	326
16.2 CAPÍTULO 03 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	327
16.3 CAPÍTULO 04 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	327
16.4 CAPÍTULO 05 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	329
16.5 CAPÍTULO 06 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	330
16.6 CAPÍTULO 07 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	331
16.7 CAPÍTULO 08 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	332
16.8 CAPÍTULO 09 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	332
16.9 CAPÍTULO CAP 10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	333
16.10 CAPÍTULO 11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	335

16.11 CAPÍTULO 12 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	337
16.12 CAPÍTULO 13 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	338
16.13 CAPÍTULO 14 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	338
16.14 CAPÍTULO 15 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	338

1. INTRODUÇÃO

Atenção Primária à Saúde (APS) é o conjunto de ações de saúde que envolve promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, dirigida à população em território definido e desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada. É a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017).

Para que a APS possa cumprir seu papel na Rede de Atenção à Saúde, é fundamental que a população reconheça que as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) estão próximas a seu domicílio e podem resolver grande parte de suas necessidades em saúde. Para isso, gestores e trabalhadores possuem a tarefa de organizar os serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população.

O Departamento de Atenção Primária (DAP) do Município de Duque de Caxias tem empregado esforços na produção de materiais técnicos norteadores para o processo de trabalho das equipes, com o objetivo de ampliar a resolutividade das equipes de saúde, proporcionando ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais.

Os protocolos assistenciais foram baseados nos Cadernos Básicos do Ministério da Saúde com enfoque clínico e na gestão do cuidado, e servem como subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado.

Trata-se de um instrumento potente para a implementação de boas práticas em saúde e deve funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de saúde.

Deve ser constantemente avaliado segundo sua realidade de aplicação, com acompanhamento gerencial sistemático e revisões periódicas, permitindo espaço para criação e renovação dentro do processo de trabalho. Nesse sentido, este documento deve ser utilizado de forma complementar às publicações da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, como os Cadernos de Atenção Básica, num contexto de integração, em

que cada publicação tem sua funcionalidade e contribui para maximizar o potencial de ação do profissional de saúde nas variadas situações que se apresentam no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

- **Nota explicativa: Tendo em vista a exigência de protocolo específico para os profissionais de enfermagem, o município adotou, conforme a Resolução nº 31 /COMSADC/2018, o Protocolo de Enfermagem da Atenção Básica da Região Metropolitana I.**

O ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” é um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo, assim, faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde, adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com avaliação de redes de compartilhamento de saberes.

O acolhimento, como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.

2.1 Acolhimento e processo de trabalho

É equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção ou a qualquer outro isoladamente, pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Entretanto, também é limitado discutir a sua implementação apenas com os profissionais que constituem a equipe mínima da Saúde da Família, excluindo aqueles que, porventura, atuem na unidade de saúde. Assim, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, que, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante, possibilitam que sejam analisados: (BRASIL, 2010)

- ✓ O ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica;
- ✓ As formas de organização dos serviços de saúde;
- ✓ O uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde, e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida;
- ✓ A humanização das relações em serviço;

- ✓ A adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde;
- ✓ A governabilidade das equipes locais;
- ✓ Os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde.

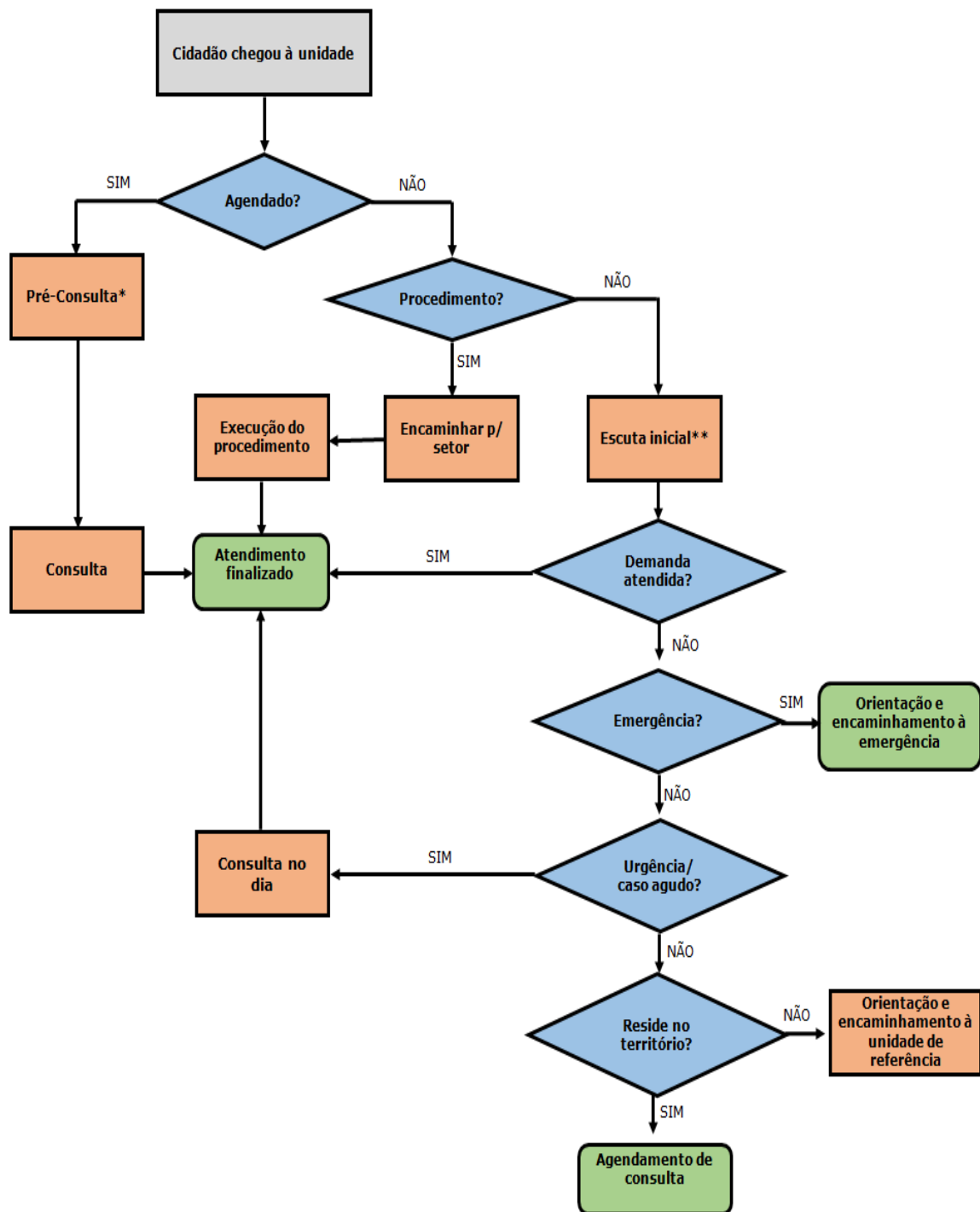
Na situação concreta do serviço, algumas questões devem ser consideradas para a implementação do acolhimento: (BRASIL, 2010)

- ✓ Como se dá o acesso do usuário ao atendimento em sua unidade de saúde?
- ✓ Que tipos de agravos à saúde são imediatamente atendidos?
- ✓ Como é feito o encaminhamento dos casos não atendidos na unidade?
- ✓ Como você percebe a relação entre o trabalhador da saúde e o usuário?
- ✓ Como são compostas as equipes de atendimento em sua unidade?
- ✓ Como são tomadas as decisões em sua unidade?
- ✓ Como é o ambiente na unidade de saúde e como ele interfere nas práticas de acolhimento?

2.2 Fluxo de atendimento

Representamos, a seguir, o padrão de fluxo dos usuários nas Unidades de Atenção Primária de Saúde no Município de Duque de Caxias, partindo do pressuposto de que o acolhimento e a recepção são o primeiro contato, e que, havendo situações imprevistas cuja avaliação e definição de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço adequado para escuta, análise, classificação de risco, definição de oferta de cuidado baseados na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções, garantindo a equidade do cuidado.

2.2.1 Fluxograma de colhimento na APS



Fonte: Elaboração própria

*Atendimento prévio à consulta para aferição de sinais vitais, peso, altura e etc.

**Escuta qualificada em local reservado.

2.3 Tipos de atendimento na Atenção Primária

DEMANDA ESPONTÂNEA	<p><u>ESCUTA INICIAL/ORIENTAÇÃO:</u> refere-se à escuta realizada pelo profissional, preferencialmente em local reservado, no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde. Durante a escuta, o profissional, quando possível, irá resolver o caso por meio de orientação. Caso contrário, poderá ser realizada a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para as devidas providências, por exemplo, encaminhamento para consulta no mesmo dia ou agendamento para uma data posterior.</p>
	<p><u>CONSULTA NO DIA:</u> é a consulta realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço, em caráter não urgente. Pode representar também a consulta realizada no dia por haver disponibilidade na agenda do profissional. Outros exemplos são as demandas espontâneas com o atendimento de pacientes apresentando quadros com sintomas de dor de grande intensidade ou que não têm indicação de aguardar agendamento para outro dia, como dor lombar, dor na garganta, gastroenterite, otalgia, odontalgia, sintomas urinários etc. Outra indicação de atendimento no mesmo dia pode estar relacionada com a vulnerabilidade social ou psíquica do usuário.</p>
	<p><u>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA:</u> é o atendimento realizado ao usuário quando há possibilidade de agravamento do quadro ou risco de vida e que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário. Como exemplos, casos de dor torácica, sintomas e/ou sinais neurológicos, urgência hipertensiva etc.</p>
CONSULTA AGENDADA	<p>Consulta realizada com agendamento prévio. É oriunda da demanda espontânea ou por agendamento direto na recepção, de caráter não urgente e que não foi atendida no mesmo dia da procura, mas agendada para outro dia. Por exemplo, casos de lesões de pele, sem sinais flogísticos ou infecciosos; queixas inespecíficas de fadiga; cansaço; cefaleia crônica; mudança ou início de medicação anticoncepcional etc.</p>
CONSULTA AGENDADA PROGRAMADA/CUIDADO CONTINUADO	<p>Consultas que constituem ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários que necessitam de acompanhamento contínuo. Registrar o tipo de atendimento por condição de saúde: Pré-natal, Puerpério, Puericultura, Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino, Diabetes, Hipertensão Arterial, Hanseníase, Tuberculose, Obesidade, Saúde Mental, Tabagismo, PICS.</p>

Fonte: adaptado de Brasil, 2016.

2.4 Avaliação de Riscos e Vulnerabilidades

O acolhimento à demanda espontânea deve priorizar o acesso com equidade. A equidade, como um princípio de justiça, tem por base o argumento que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, retificando diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias devido a não observação das diferentes necessidades. (BRASIL, 2013)

A atenção à demanda espontânea faz parte das atribuições de todos os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde. Discutir o papel de cada membro da equipe é essencial para que a proposta de utilização da classificação de risco e a avaliação de vulnerabilidade sejam dispositivos geradores de equidade e de boa prática clínica, de forma que seja possível um ganho potencial das intervenções das diferentes categorias profissionais no cuidado à demanda espontânea.

Destaca-se aqui que situações imprevistas fazem parte da vida e torna necessária tanto certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, quanto a flexibilidade nessa organização e solidariedade entre os membros da equipe. Essas situações devem ser utilizadas como fonte de aprendizado e construção da equipe, no esforço de compreendê-las e aperfeiçoar a intervenção sobre elas (BRASIL, 2013).

Faz parte do processo de trabalho da equipe “na escuta inicial do usuário”:

- ✓ Avaliar a necessidade de cuidados imediatos.
- ✓ Prestar ou facilitar os primeiros cuidados.
- ✓ Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas.
- ✓ Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado.
- ✓ Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

A estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades auxiliam na definição do tipo de intervenção necessário e o tempo em que isso deve ocorrer. Nas situações de alto risco, por exemplo, as intervenções devem ser imediatas. Mesmo diante de situações de menor gravidade é importante priorizar determinados atendimentos a fim de se evitar o sofrimento da pessoa por tempo prolongado.

A avaliação de risco e vulnerabilidade deve ser preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia e favorece o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários. Acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo.

É muito importante um bom registro das informações de atendimento e sua utilização para detectar mudanças de padrões/frequência do usuário na demanda espontânea, seja em âmbito individual ou coletivo. É fundamental o registro adequado em prontuário e atenção na notificação das doenças previstas na legislação.

O acolhimento às demandas espontâneas é uma excelente oportunidade para integrar a atenção individual à atenção coletiva, em especial nas atividades de vigilância em saúde, possibilitando a notificação compulsória das doenças.

Em seguida, apresentamos uma classificação geral e sintética dos casos de demanda espontânea, onde se correlaciona a avaliação de risco e vulnerabilidades aos modos de intervenção necessários.

2.4.1 Classificação Geral dos casos de demanda espontânea na APS

SITUAÇÃO NÃO AGUDA
<p>Condutas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.• Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).• Agendamento/programação de intervenções.• Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
SITUAÇÃO AGUDA OU CRÔNICA AGUDIZADA
<p>Condutas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atendimento imediato - vermelho (alto risco de vida - vermelho): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.• Atendimento prioritário (risco moderado - amarelo): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.• Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante - verde): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Fonte: Brasil, 2013.

Os trabalhadores destinados a escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes nas Unidades de Atenção Primária, possibilidade de diálogo com outros profissionais, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários (BRASIL, 2013). Todos profissionais da equipe devem ser envolvidos no processo de primeira escuta, não se restringindo apenas aos aspectos de doença, incluindo neste processo os profissionais da odontologia.

Visando facilitar o processo de classificação de risco, sugerimos que o profissional consulte os fluxogramas específicos para cada agravo que se encontram no caderno de Atenção Básica nº 28 vol. II.

Para a implementação do acolhimento com classificação de risco na atenção básica, deve-se:

- ✓ Conhecer protocolos/guias de classificação e experiências bem-sucedidas;
- ✓ Realizar levantamentos das demandas mais comuns;
- ✓ Pactuar na equipe como vai acontecer – quem e como classificar o risco? Quem fará a retaguarda para a discussão de casos? Quais casos irão demandar atendimento médico?
- ✓ Discutir sobre os critérios de forma permanente em reuniões de equipe, até que eles fiquem claros para todos;
- ✓ Pactuar a implementação do processo com a comunidade através do Conselho Gestor.

2.5 Gestão das agendas de atendimento individual

A agenda dos profissionais pode ser um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações. Apresentamos, abaixo, algumas possibilidades:

- ✓ O cidadão em consulta agendada programada/cuidado continuado não deve “disputar” as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saia de uma consulta com a marcação de seu retorno, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem (o paciente ao sair da consulta já tem garantido o seu retorno agendado de acordo com a sua necessidade e tempo, de acordo com os programas preconizados pelo Ministério da Saúde, com o profissional médico ou enfermeiro da equipe).
- ✓ Os atendimentos a cidadãos em quadro agudo, identificados a partir da escuta inicial (em demanda espontânea), que já estejam ou não inseridos em acompanhamento programado, devem ser realizados, de acordo com a estratificação de risco;
- ✓ Deve-se reservar vagas, na agenda, para o retorno/reavaliação dos cidadãos atendidos em decorrência de quadros agudos e puérperas.

Por fim, é importante considerar a necessidade de as equipes definirem indicadores que serão utilizados nos processos de autoavaliação e de educação permanente, a fim de redefinir o modo como as agendas estão organizadas. Como por exemplo:

- ✓ Conhecer a qualidade e a resolutividade dos serviços prestados pelas equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária através dos sete indicadores definidos;
- ✓ Modernizar as aplicações de recursos em Saúde através do Programa Previne Brasil;
- ✓ Ampliar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária, vínculo entre população e equipe, melhorar a qualidade e trazer mais equidade ao Município de Duque de Caxias;
- ✓ Criar mecanismos que induzam à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem;
- ✓ Garantir o acesso e tempo médio de espera para agendamento/realização de consulta;
- ✓ Proporção entre as diferentes ofertas da agenda (% de pessoas atendidas através das ações programáticas e/ou de casos agudos atendidos); Proporção entre

as diferentes ofertas da agenda (% de pessoas de ações programáticas ou de agudos atendidos);

- ✓ Proporção de dias/turnos em que a quantidade de vagas para agudos é insuficiente e em que “estoura” a agenda da equipe;
- ✓ Proporção de faltosos às consultas agendadas não programáticas;
- ✓ Proporção de faltosos às consultas programáticas;
- ✓ Proporção de usuários que chegam atrasados às consultas com hora marcada (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, V.I,2013).

O Ministério da Saúde não lançou outro caderno em relação ao DM após 2013, porém há algumas recomendações mais recentes da Sociedade Brasileira de Diabetes, do próprio Ministério da Saúde, no Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para DM2 e do **International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF)**, que serão apresentadas a seguir.

A coordenação Programa de Diabetes do Município de Duque de Caxias entende que dentre suas funções está a de assessoria técnica, mas também entende que é preciso discutir, junto aos responsáveis pelas equipes operacionais, o que há de preceito científico que pode ser aplicado à realidade.

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999 apud BRASIL, 2013). É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

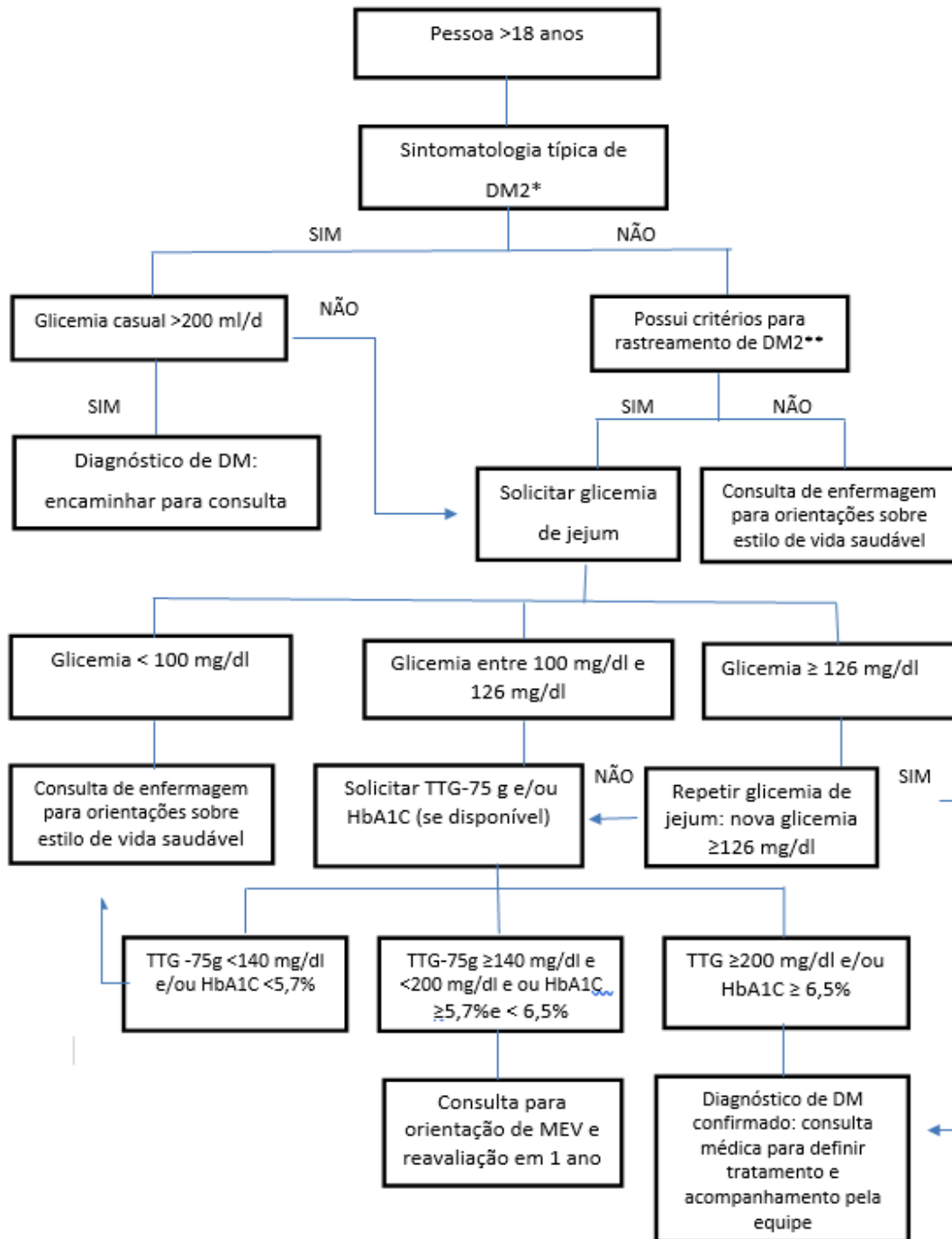
A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco. Infelizmente, muitos governos, sistemas de saúde pública e profissionais de saúde ainda não se conscientizaram da atual relevância do diabetes e de suas complicações (SBD, 2020).

3.1. Busca ativa e rastreamento

Nas diversas oportunidades de abordagem com o usuário a equipe de saúde deve atentar para os sinais, sintomas e fatores de risco para o DM.

O público-alvo para o rastreamento do DM preconizado pela Associação Americana de Diabetes está apresentada em tabela, anexo I. As pessoas com perfil de risco deverão ser acompanhadas, pela equipe, para investigação diagnóstica.

3.1.1 Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de DM tipo 02



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2013.

* Ver anexo II – Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM.

** Ver anexo I – Critérios para o rastreamento de DM para adultos assintomáticos. MEV = Mudanças de estilo de vida.

3.2. Diagnóstico

Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso (“quatro P’s”). Outros elementos que podem ser considerados encontram-se no anexo II. O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia.

Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG), glicemia casual e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c). A tabela abaixo indica os critérios laboratoriais para diagnóstico.

Critérios laboratoriais para diagnóstico

Categoria	Glicemia de Jejum*	TOTG: 2h após ingestão de 75g de glicose	Glicemia Casual**	Hemoglob. Glicada (HbA1C)
Glicemia Normal	< 100	< 140	< 200	< 5,7
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥100 e < 126	≥ 140 e < 200		≥ 5,7 e < 6,5
Diabetes Mellitus	≥ 126	≥ 200	≥200 em qualquer situação	≥ 6,5%

Fonte: SBD, 2020.

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas.

**Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e polifagia.

3.3. Classificação do DM

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente 8%. Além desses tipos, o diabetes gestacional também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010 *apud* BRASIL, 2013).

3.3.1 Diabetes tipo 01

Apresentação abrupta acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose.

3.3.2 Diabetes tipo 02

Tem início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes. O termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico.

3.3.3 Diabetes gestacional e diabetes detectado na gravidez:

Diabetes gestacional e diabetes detectado na gravidez: é um estado de hiperglicemia, menos severo que o diabetes tipo 1 e 2, detectado pela primeira vez na gravidez. Geralmente se resolve no período pós-parto e pode frequentemente retornar anos depois. Hiperglicemias detectadas na gestação que alcançam o critério de diabetes para adultos, em geral, são classificadas como diabetes na gravidez, independentemente do período gestacional e da sua resolução ou não após o parto. Sua detecção deve ser iniciada na primeira consulta de pré-natal. O ganho de peso excessivo e a suspeita clínica ou ultrassonográfica de crescimento fetal excessivo ou polidrâmnio são considerados fatores de risco na gravidez. A mulher com DM tipo 1 ou 2 deve ser encorajada a obter o melhor controle metabólico possível antes da concepção (HbA1C <7%). Deve ser dosada a creatinina para estimar a filtração glomerular e a microalbuminúria. Além disso, deve ser feita uma avaliação oftalmológica.

3.4. Primeira Consulta

Realizar a pré-consulta com verificação dos dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC); da pressão arterial e realização de glicemia capilar. Durante a consulta, deve-se abordar os seguintes aspectos: histórico pessoal (anexo III), estratificação de risco (anexo IV), exame físico (anexo V) e requisição de exames laboratoriais.

3.5. Consultas Subsequentes

A primeira consulta subsequente deve ser realizada pelo médico para confirmação diagnóstica, avaliação dos resultados dos exames e início da terapia medicamentosa, se for o caso. Orientar quanto aos hábitos saudáveis de vida e a prática de exercícios físicos (mudança de estilo de vida – MEV). As consultas devem ser realizadas de forma regular, alternando entre médico e enfermeiro.

O controle dos níveis glicêmicos é essencial para o tratamento do DM. Com a realização do controle metabólico pretende-se que o usuário se mantenha assintomático e previne-se as complicações agudas e crônicas, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade.

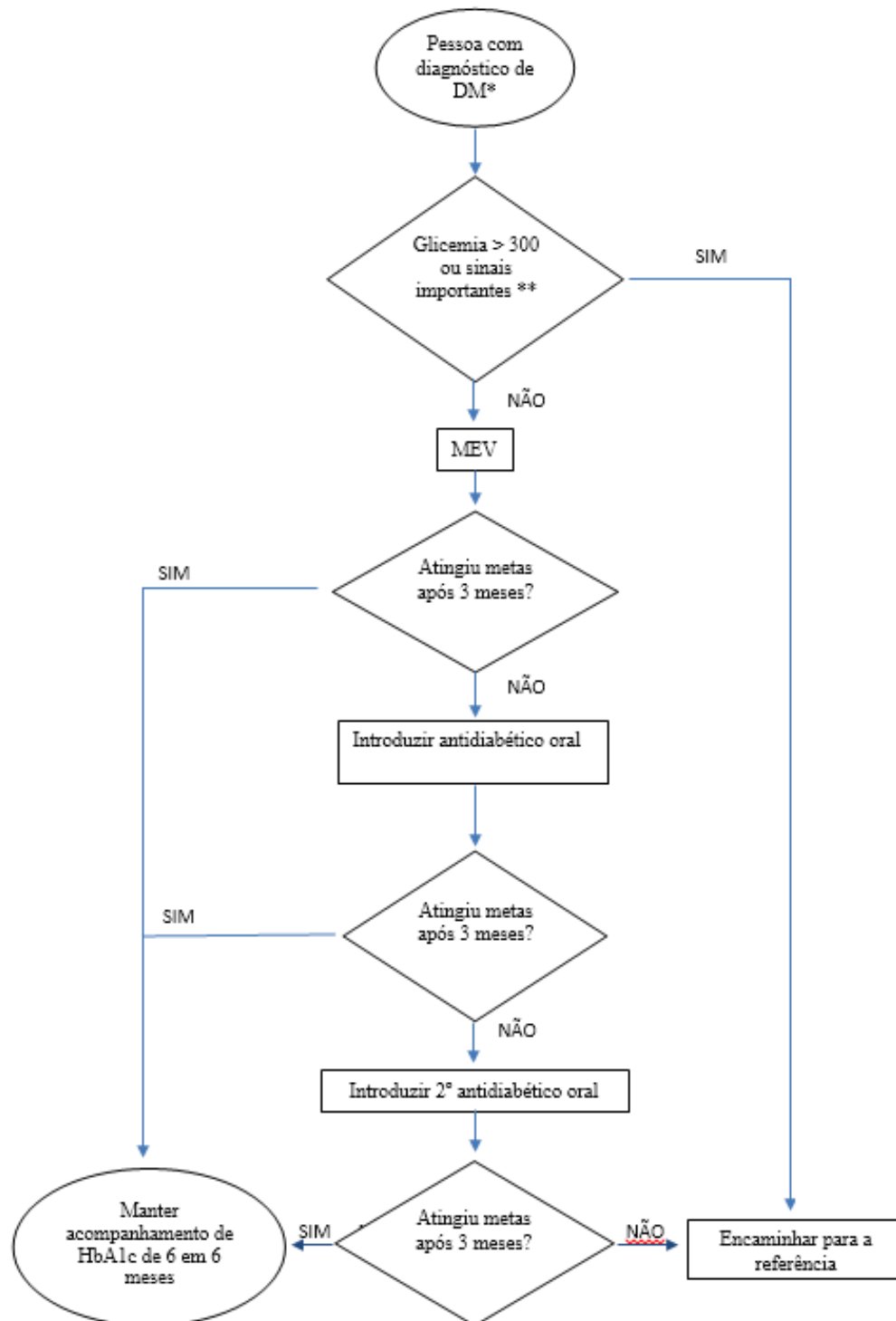
O quadro abaixo mostra a rotina complementar mínima para o acompanhamento da pessoa com DM.

3.6. Rotina complementar mínima para pessoa com DM

- Glicemia de jejum e Hemoglobina Glicada (HbA1C).
- Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG).
- Creatinina sérica.
- Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina.
- Fundoscopia.

Fonte: BRASIL, 2013.

3.7 Fluxograma de tratamento do DM tipo 02



Fonte: adaptado de BRASIL, 2013.

* Introduzir metformina ao diagnóstico para pessoas com sobrepeso e obesos.

** Quando há o diagnóstico, nessa situação, a insulino-terapia deve ser plena e pode ser temporária. AMGC – automonitorização da glicemia capilar.

O protocolo clínico de diretrizes terapêuticas sugere para as pessoas com DCV e idade igual ou superior a 65 anos, a introdução de um SGLT2 (DAPAGLIFOZINA) como terceira opção terapêutica, caso a metformina e a gliben não tenham apresentado êxito. Como doença cardiovascular estabelecida, entende-se: infarto agudo do miocárdio prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, angina estável ou instável, acidente vascular cerebral isquêmico prévio, ataque isquêmico transitório prévio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%. (BRASIL, 2022). A Dapaglifozina precisa ser prescrita em LME e só é dispensada na farmácia de alto custo, já disponível em Caxias. A farmácia popular, que funciona nas farmácias privadas, também disponibiliza a medicação, porém com uma contrapartida por parte da pessoa com diabetes, em torno de oitenta reais, o que é bastante difícil para a maioria das pessoas atendidas nesse município.

❖ **Medicamentos de uso oral disponíveis na Renome 2012**

Classe Farmacológica	Denominação Genérica	Concent.	Apresent.	Dose Mín. (dose inicial)	Dose Máx. (dia)	Tomadas ao dia
Biguanidas	Cloridrato de Metformina	500mg	Comp.	500mg	2550 mg	3
	Cloridrato de Metformina	850mg	Comp.	500mg	2550 mg	3
Derivados da ureia, sulfonamidas	Glibenclamida	5 mg	Comp.	2,5 mg	20 mg	2-3
	Glicazida	30mg	Comp. de liberação controlada	30 mg	-	1
	Glicazida	60mg	Comp. de liberação controlada	30 mg	-	1
	Glicazida	80 mg	Comp.	80 mg	320	1-2

Fonte: BRASIL, 2013.

A seguir é apresentada a tabela com as metas, que devem ser alcançadas pelas pessoas com DM. Estes valores ajudarão a equipe a escolher o melhor tratamento. O TIR e os tempos de hipoglicemia apresentados na tabela, só se aplicam para os usuários de monitorização contínua da glicose, algo ainda incomum na população atendida nesse município.

	Pacientes DM1 ou DM2	Idoso Saudável*	Idoso Comprometido (Frágil)*	Idoso Muito Comprometido*	Criança e adolescente
HbA1c %	<7,0	<7,5	<8,0	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia	<7,0
Glicemia de Jejum e Pré Prandial	80-130	80-130	90-150	100-180	70-130
Glicemia 2h Pós-Prandial	<180	<180	<180	-	<180
Glicemia ao deitar	90-150	90-150	100-180	110-200	90-150
TIR 70-180 mg/dL	>70%	> 70%	>50%	-	> 70%
T Hipog <70 mg/dL	<4%	<4%	<1%	0	<4%
T Hipog <54 mg/dL	<1%	<1%	0	0	<1%

IDOSO		
Saudável	Comprometido	Muito Comprometido
Poucas comorbidade crônicas Estado funcional preservado Estado cognitivo preservado	Múltiplas comorbidades crônicas* Comprometimento funcional leve a moderado Comprometimento cognitivo moderado	Doença terminal** Comprometimento funcional grave Comprometimento cognitivo grave

A decisão de qual grau de controle buscar precisa ser pactuado entre equipe e usuário, considerando possíveis benefícios, riscos e disponibilidade dos recursos técnicos necessários. As metas também precisam considerar a idade/expectativa de vida da pessoa, a duração da doença, e as comorbidades. Maior flexibilidade é recomendada para pessoas com diabetes tipo 2 cujo início ocorreu após 60 – 65 anos.

Quando for difícil alcançar o controle glicêmico desejado, é bom considerar a potencialidade do controle de outros parâmetros, como peso e pressão arterial, ou fatores de risco, como sedentarismo e alimentação inadequada (BRASIL, 2013).

Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para Mudança no Estilo de Vida (MEV) para a efetividade do tratamento. Para aquelas que não estejam conseguindo alcançar as metas glicêmicas com o tratamento, recomenda-se o acompanhamento nutricional com suporte do NASF.

Na persistência do não alcance das metas estabelecidas a referência para o ambulatório de endocrinologia se faz necessária. Neste caso, a Guia de Referência e Contrarreferência deve ser enviada, devidamente preenchida, ao Núcleo de Regulação do DAP.

3.8 Consultas em grupo

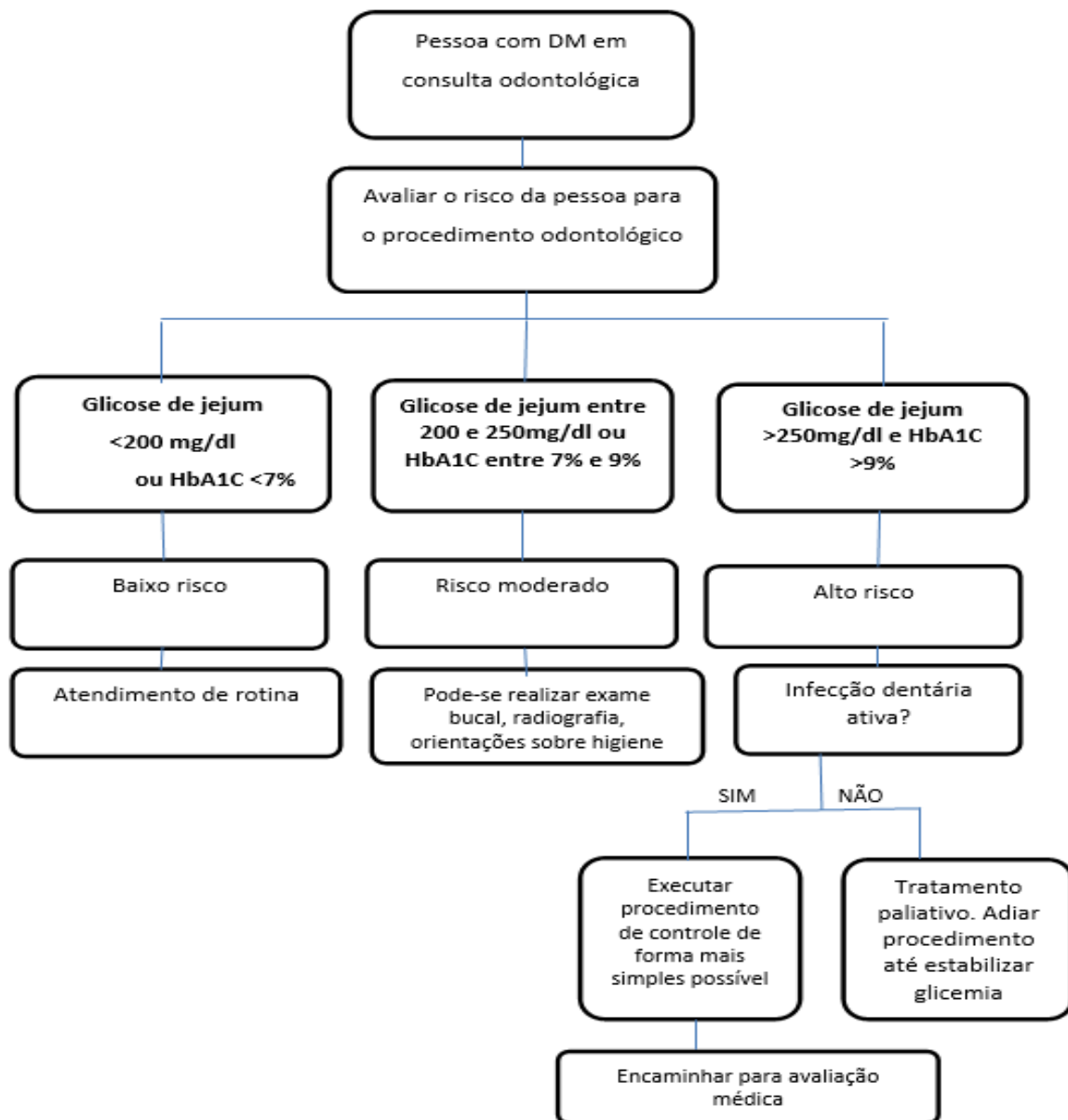
As orientações quanto às mudanças de estilo de vida não podem ser negligenciadas no atendimento às pessoas com diabetes. Uma forma de melhorar a efetividade destas orientações é através de consultas em grupo, todos com a mesma condição crônica. Nessa consulta integram-se as atividades clínicas às atividades de grupos educativos. Leia mais sobre MEV e estratégias cognitivo comportamentais no Cadernos de Atenção Básica, nº 35 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica.

É importante lembrar que o prontuário deve ser previamente revisado pelos profissionais ou ter as informações clínicas de fácil acesso. Na própria consulta, solicitar os exames necessários e renovar as receitas. Ao final, é oferecido espaço para atendimento individual que se mostrar necessário.

3.9 Consulta odontológica

O cuidado em Saúde Bucal de pessoas com DM é papel de toda equipe de Atenção Básica (AB), no entanto, devido à maior probabilidade de desenvolver certas desordens da mucosa bucal, há a necessidade de avaliação criteriosa pelo odontólogo. O atendimento clínico de pessoas que referem ter DM durante a anamnese deve seguir as orientações do seguinte abaixo.

3.9.1 Orientação para o manejo clínico de pessoas com DM em consulta odontológica



Fonte: BRASIL, 2013.

3.10 Atividades Educativas

As ações educativas podem ser realizadas em diversos ambientes: na própria unidade, em escolas, praças, associações de moradores, igrejas. Devem abordar assuntos voltados para promoção da saúde e prevenção do diabetes como: práticas de autocuidado e importância de hábitos saudáveis.

Estas atividades devem estimular a relação social; possibilitar a troca de informações, experiências e apoio mútuo; permitir a expressão de medos e expectativas; estimular a independência dos integrantes do grupo e, conseqüentemente, fazer com que eles assumam a responsabilidade do seu tratamento.

3.11 Complicações do DM

O diabetes mellitus não controlado pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. A doença não controlada pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos.

Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macro vasculares, bem como de neuropatias.

Desta forma, o DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT *et al.*, 2010 *apud* BRASIL, 2013).

Por isso, a detecção de retinopatia, nefropatia, neuropatia e pé diabético deve ser realizada em tempo oportuno, com definição de responsabilidades compartilhadas entre a APS e os demais níveis de atenção, para acompanhamento e seguimento do caso.

As doenças isquêmicas cardiovasculares são mais frequentes e mais precoces em indivíduos com diabetes, comparativamente aos demais. Alguns pontos merecem destaque: (BRASIL, 2013)

- ✓ A angina de peito e o IAM podem ocorrer de forma atípica na apresentação e na caracterização da dor (devido à presença de neuropatia autonômica cardíaca do diabetes);
- ✓ As manifestações cerebrais de hipoglicemia podem mimetizar ataques isquêmicos transitórios;
- ✓ A evolução pós-infarto é pior nos pacientes com diabetes.

3.12 Cuidados com os pés de pessoas com Diabetes Mellitus na APS

A prevenção, por meio do exame frequente dos pés de pessoas com DM, realizado pelo profissional de saúde da APS, é de vital importância para a redução das complicações. O estímulo ao autocuidado faz parte das ações de prevenção de úlcera nos pés. Ao avaliar o potencial para o autocuidado, o profissional precisará observar alguns aspectos, listados abaixo: (BRASIL, 2013)

- ✓ Avaliar o conhecimento sobre os cuidados com os pés e as unhas (complicações agudas e crônicas de fácil identificação);
- ✓ Avaliar o comportamento do paciente com relação aos seus pés;
- ✓ Avaliar o cuidado executado pela pessoa;
- ✓ Avaliar o apoio familiar no cuidado com os pés;
- ✓ Avaliar as condições dos calçados e das palmilhas.

É recomendado que toda pessoa com DM1 realize o primeiro exame dos pés, cinco anos após o diagnóstico e toda pessoa com DM2, deverá realizar o exame, assim que for feito o diagnóstico (SBD, 2023), identificando fatores de risco para úlcera e amputação (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013 *apud* BRASIL, 2013). Deve-se incluir uma rotina sistemática de avaliação da sensibilidade protetora e da integridade dos pés com vistas a prevenir danos.

Os pés poderão ser avaliados por intermédio de uma escala de quatro categorias de risco para complicações em membros inferiores para pessoas com DM, apresentada nos Infocards abaixo.

3.12.1 Infocard I – COMO REALIZAR O EXAME DE SENSIBILIDADE DOS PÉS?

Como realizar o exame de sensibilidade dos pés?

1

Monofilamento Semmes-Weinstein 10-g (5.07)

Presença ou ausência de sensibilidade protetora

Se indisponível ou resultado duvidoso

2

Diapásio 128-Hz

Presença ou ausência de sensibilidade vibratória

Monofilamento e diapásio 128 Hz indisponíveis

3

Teste do toque leve

Presença ou ausência de sensibilidade ao toque

Pergunte ao paciente se ele sente a pressão, vibração ou o toque aplicado ("sim"/"não")



Hálux

Cabeça do 1º metatarso



Cabeça do 5º metatarso



Dorso do hálux (falange proximal)
(outro dedo do pé, se hálux ausente)



Hálux



3º dedo



5º dedo

Repita esta aplicação duas vezes no mesmo local, alterne "simulada", sem aplicar o monofilamento no local de teste

Repita esta aplicação duas vezes no mesmo local, alterne com uma aplicação "simulada", sem aplicar o diapásio no local de teste

✓ Sensibilidade presente em cada local: o paciente responde corretamente a pelo menos duas das três aplicações

✗ Sensibilidade ausente em cada local: duas em cada três respostas estão incorretas

✓ Sensibilidade presente: o paciente responde corretamente a pelo menos duas das três aplicações

✗ Sensibilidade de vibração ausente: duas em cada três respostas estão incorretas

✓ Sensibilidade ao toque leve presente: toque é percebido em ≥ 2 locais

✗ Sensibilidade ao toque leve ausente: toque não é percebido em ≥ 2 locais

**Brasil: Monofilamento recomendado - SORRI®, cor laranja - 10g. **Teste do toque leve ou teste de Ipswich*

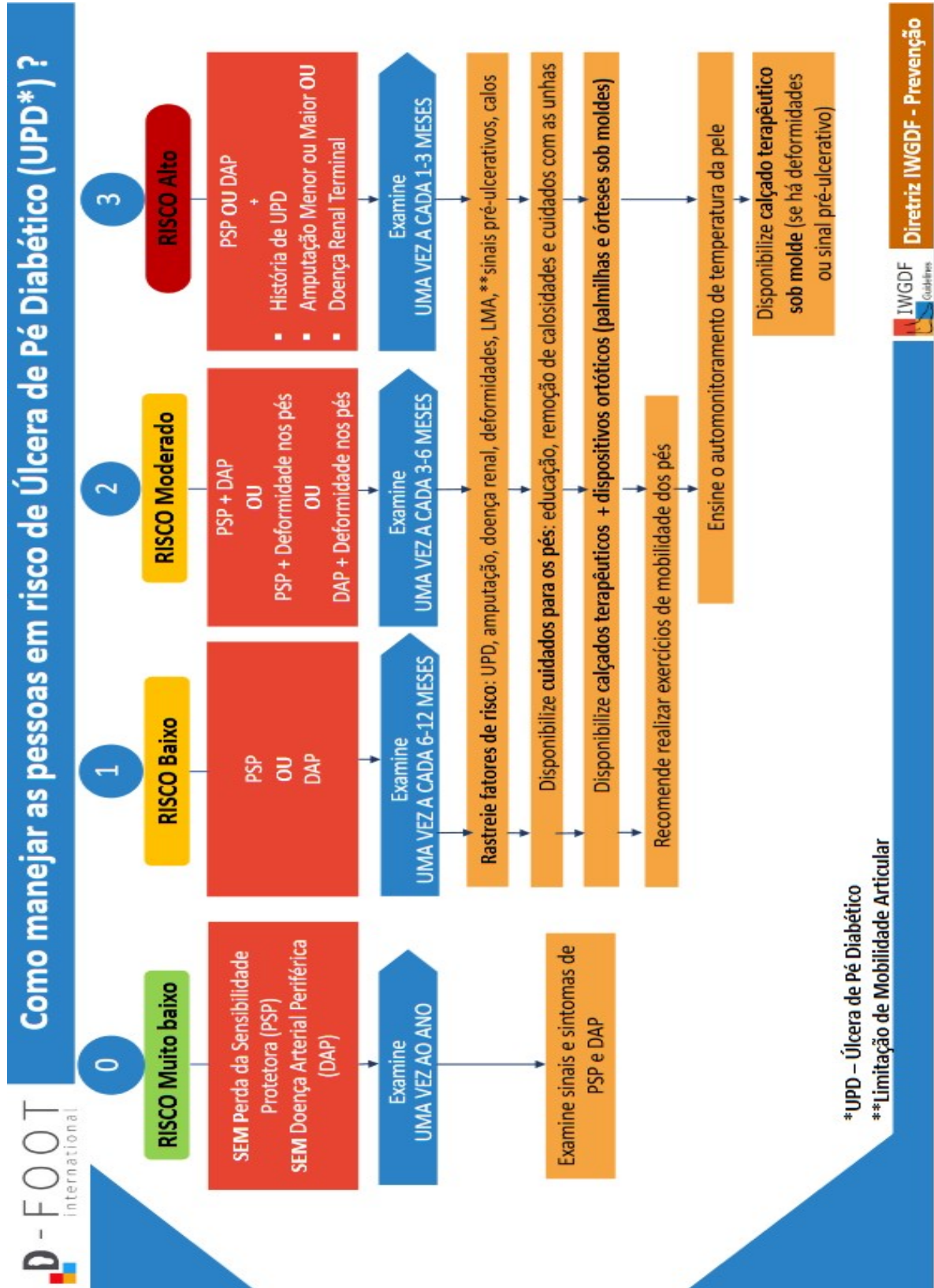
- Aplique perpendicularmente à superfície da pele com força suficiente apenas para curvar o monofilamento
- Mantenha aproximadamente por dois segundos
- Tempo necessário para realizar este exame: 2 min para ambos os pés

- Ao tocar, não faça pressão nem empurre o dedo
- Toque suavemente por 1 a 2 segundos
- Tempo necessário para realizar este exame: 2 min para ambos os pés



Diretrizes Práticas IWGDF

3.12.2 Infocard II – COMO MANEJAR AS PESSOAS EM RISCO DE ÚLCERA DE PÉ DIABÉTICO (UPD*)?



A partir do exame do pé, descrito no infocard I, o profissional precisa classificá-lo, considerando o risco, como no infocard II, só então será possível determinar a conduta.

É importante ressaltar que no município de Duque de Caxias, só existe um ambulatório para atender pessoas com diabetes, que apresentem lesão em membros inferiores, o qual funciona na **Policlínica e Hospital Duque**.

A equipe desse ambulatório conta com uma médica e duas enfermeiras. Diante do tamanho territorial do município, a Coordenação do Programa de Diabetes, sugere que as equipes da ESF estejam próximas dos profissionais do ambulatório supracitado em busca de mudar a estatística de uma amputação de membro inferior a cada 20 segundos no mundo.

No quadro a seguir estão especificados alguns achados no exame do pé de pessoas com DM e sugestões de manejo.

3.12.3 Sugestões de Manejo

ACHADOS	SUGESTÕES DE MANEJO
Úlcera, descoloração, edema, necrose	Avaliação médica se há nova úlcera, descoloração, edema ou necrose.
Ausência de pulsos	Avaliar sinais e sintomas de isquemia e encaminhar para avaliação especializada.
Calo	Avaliar a necessidade de remoção do calo.
Infecção fúngica	Avaliação médica para tratamento com antimicótico.
Infecção bacteriana	Avaliação médica imediata para tratamento.
Unha encravada	Avaliar a necessidade de correção e orientar para que não tente corrigir o problema sozinho.
Deformidades em pés	Orientar calçado apropriado e considerar avaliação especializada.
Higiene inadequada	Escuta para identificar fatores que não permitem a higiene adequada e orientar sobre o tema.
Calçados e/ou meias inadequadas	Implementar estratégias educativas e de apoio para realizar as orientações sobre calçados e meias adequados.
Desconhecimento sobre autoavaliação e Autocuidado	Orientar e anotar no prontuário a necessidade de avaliação frequente com reforço das orientações. Implementar estratégias para desenvolvimento do autocuidado, identificar rede de apoio e manter apoio até que a pessoa ou sua rede tenha autossuficiência.

3.14 ANEXOS

3.14.1 ANEXO I – CRITÉRIOS PARA O RASTREAMENTO DO DM EM ADULTOS ASSINTOMÁTICOS

Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) acrescido de um dos seguintes fatores de risco:

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
- Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Obesidade severa;
- *Acanthosis nigricans* (espessamento, hiperpigmentação e acentuação das linhas da pele, gerando aspecto grosseiro e aveludado no local afetado);
- Síndrome de ovários policísticos;
- História de doença cardiovascular;
- Inatividade física; OU Idade ≥ 45 anos; OU
- Risco cardiovascular moderado no Hipertenso.

Fonte: BRASIL, 2013.

3.14.2 ANEXO II – ELEMENTOS CLÍNICOS QUE LEVANTAM A SUSPEITA DE DM

Sinais e sintomas clássicos:

- Poliúria;
- Polidipsia;
- Perda inexplicada de peso;
- Polifagia.

Sintomas menos específicos:

- Fadiga, fraqueza e letargia;
- Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto);
- Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite.

Complicações crônicas/doenças intercorrentes:

- Proteinúria;
- Neuropatia diabética (câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano);
- Retinopatia diabética;
- Catarata;
- Doença arteriosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica);
- Infecções de repetição.

Fonte: BRASIL, 2013.

3.14.3 ANEXO III – ASPECTOS RELEVANTES DA HISTÓRIA CLÍNICA DA PESSOA COM DM

- **Identificação:** sexo, idade, raça e condição socioeconômica.
- **História atual:** sintomas (polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento, astenia, prurido vulvar ou balanopostite, diminuição brusca da acuidade visual, infecções frequentes), apresentação inicial e evolução dos sintomas, estado atual.
- **Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco:** dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso, características do sono, função sexual, dificuldades respiratórias. Queixas sobre infecções dentárias, da pele, de pés e do aparelho gênito-urinário; úlcera de extremidades, parestesias, distúrbios visuais.
- **História pregressa:** infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC) prévios; intercorrências metabólicas anteriores (cetoacidose, hiper ou hipoglicemia etc.); passado cirúrgico e história gestacional.
- **História familiar:** de diabetes mellitus (pais, filhos e irmãos), doença cardiovascular e outras endocrinopatias.
- **Perfil psicossocial:** hábitos de vida (incluindo uso de álcool e outras drogas), condições de moradia, trabalho, identificação de vulnerabilidades, como analfabetismo e déficit cognitivo, potencial para autocuidado, rede de apoio familiar, entre outros.
- **Avaliação de consumo alimentar:** incluindo o consumo de doces e açúcar, sal, gordura saturada e cafeína.
- **Medicações em uso:** uso de medicações que alteram a glicemia (tiazídicos, betabloqueadores, corticosteroides, contraceptivos hormonais orais, por exemplo); tratamentos prévios e resultados.
- **Prática de atividade física.**

Fonte: BRASIL, 2013

3.14.4 ANEXO IV – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA PESSOA COM DM

RISCO	CRITÉRIO
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (HbA1c<7,5) e pressórico adequados; Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia);
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 <HbA1c<9) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado).

Fonte: BRASIL, 2013

3.14.5 ANEXO V – ASPECTOS RELEVANTES DO EXAME FÍSICO DA PESSOA COM DM

<ul style="list-style-type: none">• Medidas antropométricas: obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e aferição da cintura abdominal (CA). Veja mais sobre medidas antropométricas em Cadernos de Atenção Básica, nº 38 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Obesidade.• Exame da cavidade oral: atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase.• Medida da PA e frequência cardíaca: duas medidas de PA, separadas por, pelo menos, um minuto, com paciente em posição sentada.• Pescoço: palpação de tireoide (quando DM tipo 1).• Ausculta cardíaca e pulmonar.• Exame dos pés: lesões cutâneas (infecções bacterianas ou fúngicas), estado das unhas, calos e deformidades. Avaliação dos pulsos arteriais periféricos e edema de membros inferiores; exame neurológico sumário. Leia mais sobre o exame e cuidados com os pés no Capítulo 5 do Caderno de Atenção Básica número 36.• Exame de fundo do olho.

Fonte: BRASIL, 2013.

4. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela sustentação de elevados níveis pressão arterial (PA \geq 140 x 90 mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

A APS deve desenvolver estratégias para prevenção da HAS, que englobem políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos. (MALACHIAS *et al.*, 2017)

4.1 Acolhimento

Acolher e aferir a pressão arterial dos usuários que vão à unidade, por demanda livre ou agendada. A pressão arterial poderá ser aferida também nos atendimentos domiciliares pelo médico, odontólogo, enfermeiro ou técnico de enfermagem. O acolhimento deve ser feito por todos os profissionais da unidade básica de saúde.

4.2 Busca Ativa

Nos atendimentos domiciliares a equipe de saúde deve aferir a pressão arterial dos usuários, em especial daqueles que não aferiram nos últimos 12 meses. Para os hipertensos já diagnosticados observar a data da última consulta e verificar a necessidade de agendamento. Caso não seja possível aferição da pressão arterial no domicílio, orientar o usuário a procurar a unidade de saúde para a realização do procedimento.

4.3 Atividades Educativas

- ❖ Desenvolver atividades educativas sobre o tema hipertensão arterial, com frequência mínima mensal, tanto na unidade quanto em outros espaços da comunidade (escolas, espaços religiosos, associação de moradores, etc.).

- ❖ Atentar não somente aos aspectos prescritivos do tratamento, mas abordar também os aspectos relativos à promoção da saúde e qualidade de vida. Deve-se dar preferência a metodologias educativas nas quais os usuários participem de forma mais ativa (grupos, oficinas, etc.) e não ouça somente informações e cuidados sobre a doença.
- ❖ Hábitos saudáveis de vida devem ser estimulados para toda a população desde a infância, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

4.4 Diagnóstico

A consulta de avaliação inicial deverá ser realizada pelo médico para a confirmação diagnóstica da HAS, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular (CV). Avalia-se a presença de lesões em órgãos-alvo (LOA) ou outra situação clínica para encaminhamento à consulta em outro nível de atenção. Considera-se o histórico (pessoal e familiar), o exame físico e as investigações clínica e laboratorial.

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições. (BRASIL, 2013)

4.4.1 Aspectos relevantes na avaliação clínica

- ✓ Exame Físico
- ✓ Medição da PA nos dois braços
- ✓ Peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e frequência cardíaca (FC)
- ✓ Circunferência abdominal
- ✓ Sinais de lesão de órgão alvo (LOA)
- ✓ Cérebro: déficits motores ou sensoriais
- ✓ Retina: lesões à fundoscopia
- ✓ Artérias: ausência de pulsos, assimetrias ou reduções, lesões cutâneas, sopros
- ✓ Coração: desvio do ictus, presença de terceira bulha (B3) ou quarta bulha (B4), sopros, arritmias, edema periférico, crepitações pulmonares
- ✓ Sinais que sugerem causas secundárias
- ✓ Características cushingoides
- ✓ Palpação abdominal: rins aumentados (rim policístico)
- ✓ Sopros abdominais ou torácicos (renovascular, coartação de aorta, doença da aorta ou ramos)
- ✓ Pulsos femorais diminuídos (coartação de aorta, doença da aorta ou ramos)
Diferença da PA nos braços (coartação de aorta e estenose de subclávia)

(MALACHIAS *et al.*, 2017)

4.4.2 Aspectos relevantes na mensuração da pressão arterial

- ✓ O usuário deve estar sentado, com o braço apoiado e à altura do precórdio.
- ✓ Medir após cinco minutos de repouso.
- ✓ Evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes.
- ✓ A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço.
- ✓ Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30 mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.
- ✓ Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/s).
- ✓ A pressão sistólica corresponde ao valor em que começam a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff (fase I).
- ✓ A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V)*.

- ✓ Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (Exemplo: 135/85mmHg).
- ✓ A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente.
- ✓ Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência).

*No caso em que se ouvirem os batimentos até zero, considerar o abafamento do som(fase IV).

(BRASIL, 2013)

4.4.3 Aspectos relevantes na estratificação de risco para doenças cardiovasculares

A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de implicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas.

(Sociedade Brasileira De Hipertensão; Sociedade Brasileira De Cardiologia; Sociedade Brasileira De Nefrologia, 2011)

4.4.3.1 – ANEXO I – ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E ANAMNESE INDICATIVOS DE RISCO PARA DCV

BAIXO / INTERMEDIÁRIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo • Hipertensão • Obesidade • Sedentarismo • Sexo masculino • História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos) • Idade >65 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente vascular cerebral (AVC)prévio • Infarto agudo do miocárdio (IAM)prévio • Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo(LOA) • Ataque isquêmico transitório (AIT) • Hipertrofia de ventrículo esquerdo(HVE) • Nefropatia • Retinopatia • Aneurisma de aorta abdominal • Estenose de carótida sintomática • Diabetes mellitus

Fonte: BRASIL, 2013.

4.5 Classificação

- ✓ Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos

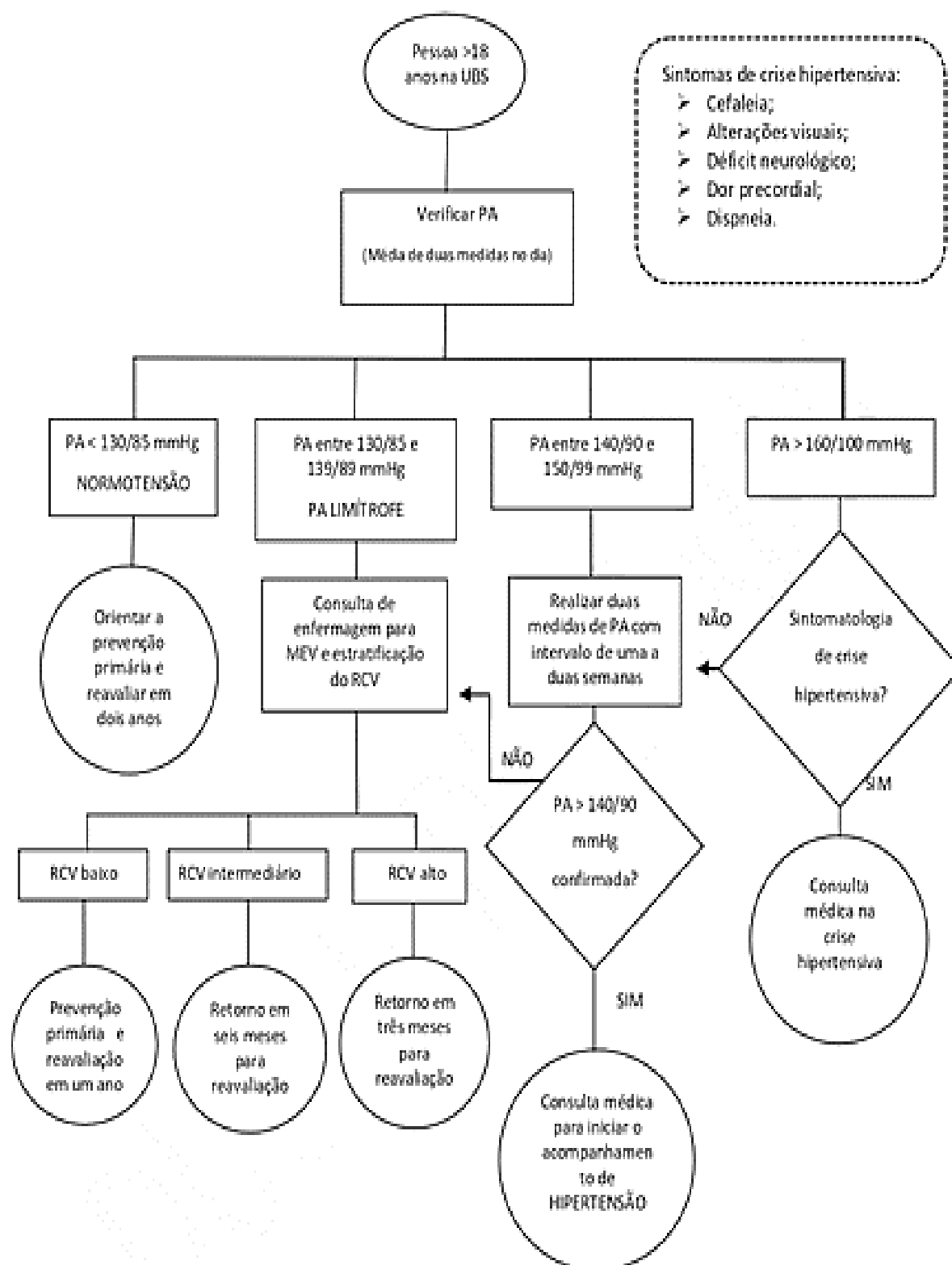
Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010)

4.5.1 Tabela I - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; PA: pressão arterial. Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA

4.5.2 Fluxo de rastreamento e a conduta conforme a classificação de PA



4.6 Consultas Subsequentes

Consulta ligada ao processo educativo com foco na motivação em relação aos cuidados necessários para a manutenção da saúde. Na prática, representa importante instrumento de estímulo à adesão às ações na Atenção Básica e tem sido fundamental no acompanhamento de

pessoas com pressão arterial limítrofe e HAS, sensibilizando-as sobre a sua condição de saúde e pactuando com elas metas e planos de como seguir o cuidado.

O foco do processo educativo será para orientação daquelas medidas que comprovadamente reduzem a pressão arterial, entre elas: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo.

Essas indicações são importantes, pois já existem evidências do seu efeito na redução da pressão arterial, possuem baixo custo, ajudam no controle de fatores de risco para outros agravos, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso (necessitando de menores doses e de menor número de fármacos) e reduzem o risco cardiovascular (SEGA et al., 2005 apud BRASIL,2013).

No acompanhamento recomenda-se a verificação semanal da PA até a primeira consulta médica de reavaliação do tratamento. Neste período, a pessoa deverá medir a PA na UAPS e o resultado da verificação, data e horário deverão ser anotados no prontuário. A consulta médica de reavaliação não deverá ultrapassar 30 dias. Caso a PA não diminua com o uso da medicação indicada até a segunda semana de tratamento, após certificar-se que o paciente está fazendo uso correto da medicação prescrita, a equipe de enfermagem deverá agendar consulta médica. Se o paciente não estiver usando corretamente a medicação, a equipe de enfermagem deverá refazer a orientação sobre o uso da medicação e continuar monitorando a PA. Um mês após o início do tratamento, deve-se verificar, em consulta médica, se o usuário atingiu a meta pressórica, isto é, PA menor que:

- ✓ 140/90 mmHg na HAS não complicada
- ✓ 130/80 mmHg nos pacientes com diabetes, nefropatia, alto risco cardiovascular e prevenção secundária de AVC:
- ✓ 130/80 mmHg na nefropatia com proteinúria maior que 1g ao dia (BRASIL, 2006).

(BRASIL, 2013)

Quando não se atinge a meta pressórica, recomenda-se adicionar outro fármaco, ou aumentar a dose do fármaco utilizado ou substituí-lo quando não houver nenhum efeito, reavaliando-se em intervalos mensais.

As pessoas que não estiverem com a PA controlada, mas que estejam aderindo aos tratamentos recomendados, deverão realizar consulta médica para reavaliação (BRASIL, 2006) mensalmente até atingirem a meta pressórica.

Aquelas que não estiverem seguindo os tratamentos recomendados poderão consultar com o enfermeiro e/ou médico para avaliação da motivação para o tratamento e da capacidade de autocuidado. De acordo com essa avaliação, poderão também ser encaminhadas para receber apoio de outros profissionais de Saúde (como psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico, farmacêutico) ou ser avaliadas por meio de apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NasfAB) para auxílio à equipe no manejo desses casos.

Essa avaliação deve ser feita continuamente durante o tratamento. Após todos os passos explicados, se a pressão arterial se mostra refratária ao tratamento medicamentoso com três drogas anti-hipertensivas com doses plenas, poderemos estar diante de um paciente com hipertensão resistente e/ou secundária e/ou com complicações.

Portanto, se após a execução das medidas recomendadas o paciente não atinge a meta pressórica, descartada a falta de adesão, deve-se encaminhá-lo, com guia de referência e contrarreferência, para avaliação na atenção especializada (UPH e Policlínica Duque de Caxias).

As consultas médicas e de enfermagem para acompanhamento dos casos que atingiram a meta pressórica deverão ser preferencialmente intercaladas. Sugere-se que sua periodicidade varie de acordo com o risco cardiovascular estabelecido por meio do escore de Framingham (anexo I) e de acordo com as necessidades individuais.

4.6.1 Tabela II - Classificação de risco cardiovascular e periodicidade de acompanhamento (Escore de Framingham)

CATEGORIA	RISCO DE EVENTO CARDIOVASCULAR EM 10 ANOS	CONSULTA MÉDICA	CONSULTA DE ENFERMAGEM	CONSULTA ODONTOLÓGICA
Baixo	< 10%	Anual	Anual	Anual
Moderado	10 – 20%	Semestral	Semestral	Anual
Alto	>20%	Quadrimestral	Quadrimestral	Anual

Fonte: BRASIL, 2013

- ✓ Validação da receita para dispensação de medicamentos de uso contínuo é facultado ao enfermeiro em conformidade com o calendário de atendimentos.

4.7 Consultas em grupo

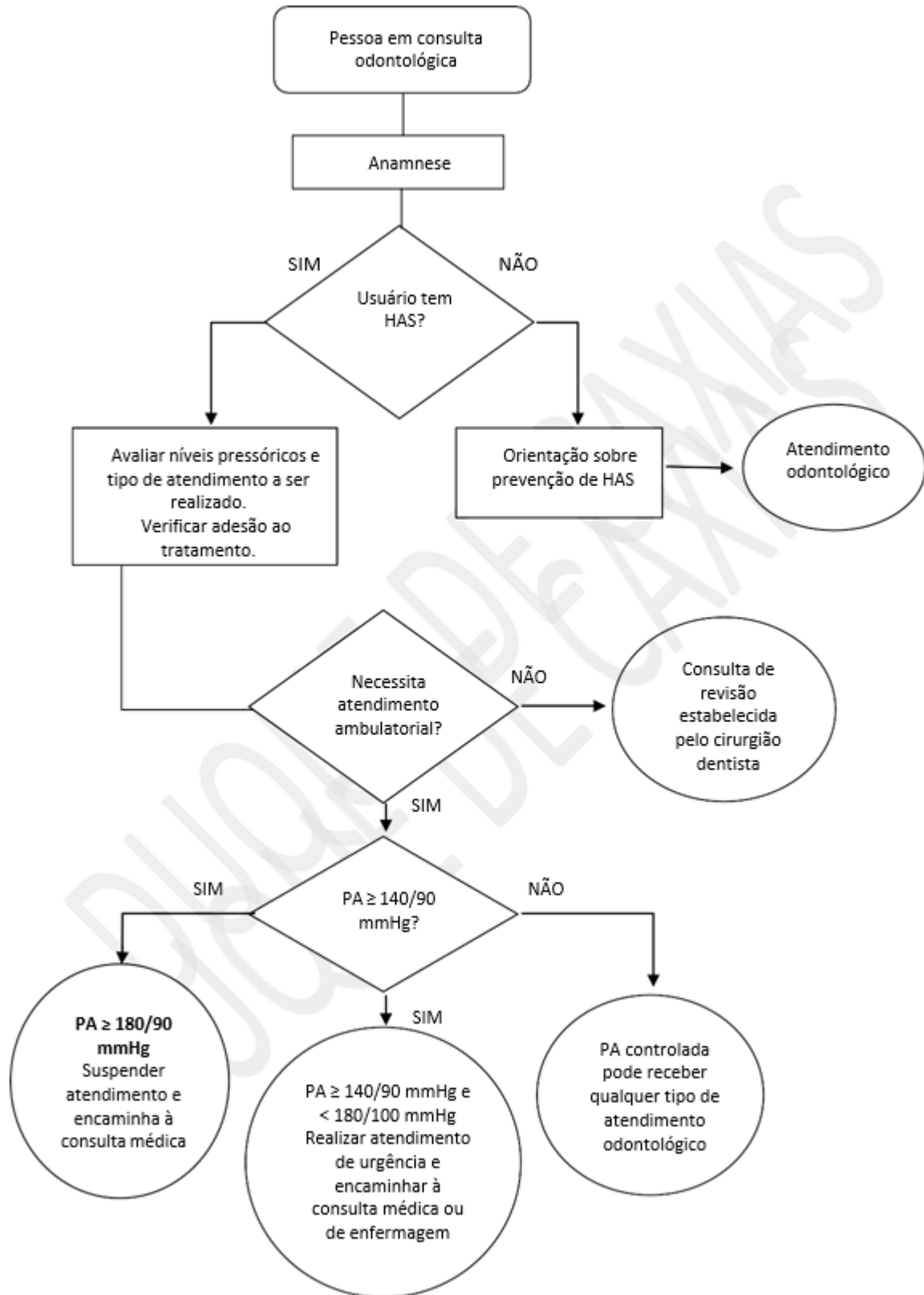
Uma forma de otimizar o tempo e melhorar a efetividade das orientações é por meio de consultas em grupo, todos com a mesma condição crônica. Nessa consulta integram-se as atividades clínicas às atividades de grupos educativos.

O prontuário deve ser previamente revisado pelos profissionais ou de fácil acesso às informações clínicas, comorbidades, necessidade de novos exames e medicações em uso. Na própria consulta, deve-se aferir peso e pressão arterial, solicitar os exames necessários e renovar as receitas. Ao final, um espaço para atendimento individual deve ser oferecido, caso seja necessário.

4.8 Avaliação Odontológica

Proceder com a avaliação odontológica do usuário, identificando as necessidades do usuário e dando seguimento, se necessário, através da prevenção, tratamento e reabilitação odontológica.

4.8.1 Fluxograma de orientação para a consulta odontológica



4.9 Tratamento medicamentoso

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular.

Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA \geq 160/100mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008).

Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem, em conjunto com o médico, não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses.

Durante esse intervalo de tempo devem ter a pressão arterial avaliada pela equipe, pelo menos, mensalmente.

Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa.

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez.

Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

A tabela a seguir trás as medicações anti-hipertensivas disponíveis na “Rename 2012”, com dose máxima, dose mínima e quantidades de tomadas por dia.

4.9.1 Tabela III – Medicamentos disponíveis na “Rename 2012”

Classe farmacológica	Denominação genérica	Concentração	Apresentação	Dose mínima	Dose máxima	Tomadas ao dia*
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	12,5 mg	Comprimido	12,5 – 25 mg	50 mg	1
	Hidroclorotiazida	25 mg	Comprimido	12,5 – 25 mg	50 mg	1
Diuréticos (de Alça) – Sulfonamidas simples	Furosemida	40 mg	Comprimido	20 mg	variável	1 – 2

Classe farmacológica	Denominação genérica	Concentração	Apresentação	Dose mínima	Dose máxima	Tomadas ao dia*
Agentes poupadores de potássio	Espironolactona	25 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1
Betabloqueadores seletivos	Atenolol	50 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
	Succinato de Metoprolol	25 mg	Comprimido de liberação controlada	25 – 100 mg	200 mg	1 – 2
	Succinato de Metoprolol	50 mg	Comprimido de liberação controlada	25 – 100 mg	200 mg	1 – 2
	Succinato de Metoprolol	100 mg	Comprimido de liberação controlada	25 – 100 mg	200 mg	1 – 2
Agentes alfa e betabloqueadores	Carvedilol	3,125 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
	Carvedilol	6,25 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
	Carvedilol	12,5 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
	Carvedilol	25 mg	Comprimido	12,5 mg	50 mg	1 – 2
Betabloqueadores não seletivos	Propranolol	10 mg	Comprimido	40 mg	240 mg	2 – 3
	Propranolol	40 mg	Comprimido	40 mg	240 mg	2 – 3
Antiadrenérgicos de ação central	Metildopa	250 mg	Comprimido	250 mg	1.500 mg	2 – 3
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – Derivados da diidropiridina	Besilato de Anlodipino	5 mg	Comprimido	5 mg	10 mg	1
	Besilato de Anlodipino	10 mg	Comprimido	5 mg	10 mg	1
	Nifedipino	10 mg	Cápsula ou comprimido	20 – 40 mg	60 mg	3
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – Derivados da fenilalquilamina	Cloridrato de Verapamil	80 mg	Comprimido	80** – 120 mg	480 mg	2 – 3
	Cloridrato de Verapamil	120 mg	Comprimido	80 – 120 mg	480 mg	2 – 3
Agentes que atuam no músculo liso arteriolar	Cloridrato de Hidralazina	25 mg	Comprimido	25 mg	200 mg	2
	Cloridrato de Hidralazina	50 mg	Comprimido	25 mg	200 mg	2
Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples	Captopril	25 mg	Comprimido	25 mg	150 mg	2 – 3
	Maleato de Enalapril	5 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 – 2
	Maleato de Enalapril	10 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 – 2
	Maleato de Enalapril	20 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 – 2
Antagonistas da angiotensina II, simples	Losartana potássica	50 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1

Fonte: (BRASIL, 2010; KATZUNG, 2003; GUSO; LOPES, 2012).

* O termo "Tomadas ao dia" refere-se à quantidade de vezes em que o paciente irá utilizar a medicação. Mais de um comprimido poderá ser ingerido durante uma tomada, atentando-se para as doses mínima e máxima da medicação.

** A dose inicial para idosos é de 40 mg.

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial.

As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos [**Grau de Recomendação A**], betabloqueadores [**Grau de Recomendação A**], inibidores da enzima conversora de angiotensina [**Grau de Recomendação A**], antagonistas de receptores de angiotensina II e com bloqueadores de canais de cálcio [**Grau de Recomendação A**], embora a maioria dos estudos utilizem, no final, associação de anti-hipertensivos.

Este benefício é observado com a redução da hipertensão arterial por si mesma, e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independe da classe de medicamentos utilizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Na população negra, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso País, predomina a população miscigenada, que pode diferir da população negra quanto às características da hipertensão. Desta forma, para pacientes negros, desde que não haja contraindicações, o uso de diuréticos e bloqueadores de canais de cálcio é a opção mais racional (BRASIL, 2010).

Também apresentou piores desfechos em comparação com outras classes anti-hipertensivas (diuréticos tiazídicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (Ieca) e bloqueadores de canais de cálcio) (WIYSONGE et al., 2008).

Os diuréticos são pelo menos tão eficazes quanto outras opções anti-hipertensivas para prevenir eventos cardiovasculares em ampla gama de condições, como gravidade de hipertensão, idade, gênero, raça e presença de comorbidades (eventos clínicos prévios e diabetes mellitus). Levando em conta tolerabilidade pelo menos equivalente à de outros grupos e melhor relação de custo-efetividade, diuréticos são a primeira escolha para o tratamento da hipertensão arterial (FUCHS, 2009), principalmente em pessoas maiores de 55 anos ou negras em qualquer idade em Estágio I. Para pessoas com menos de 55 anos, a decisão de iniciar com diurético deve ser tomada pelo médico com o usuário.

Há benefícios no uso dos betabloqueadores na redução da morbimortalidade cardiovascular quando utilizado em pacientes mais jovens (KHAN; MCALISTER, 2006) [**Grau de Recomendação B**].

Com a redução de 5 mmHg na pressão diastólica ou 10mmHg na pressão sistólica, há redução aproximada de 25% no risco de desenvolver cardiopatia isquêmica e de 40% no risco de apresentar AVC (BRASIL, 2006).

É indispensável atentar-se para a adesão continuada ao tratamento. Há inúmeras abordagens propostas para aumentar a adesão ao tratamento, mas a efetividade nem sempre é a desejada. A inserção de farmacêuticos na equipe assistencial para orientação sobre o uso de medicamentos e outras ações (atenção farmacêutica) pode ser útil (CASTRO et al., 2006).

Antes de substituir o anti-hipertensivo que se mostra ineficaz, deve-se garantir o uso de doses adequadas. Ocorrência de efeitos adversos significativos ou continuada ineficácia indicam necessidade de substituição, em vez do uso de doses mais altas. Pacientes sob tratamento com três anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo um diurético, com adesão conferida e sem pressão controlada, têm hipertensão resistente. Esses pacientes devem ser referidos a serviços especializados.

- A tabela IV traz as indicações das principais situações clínicas por classes medicamentosas.

4.9.2 Tabela IV – Indicações das classes medicamentosas.

Indicações	Classe Medicamentosa
Insuficiência cardíaca	Diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina ou antagonistas da angiotensina II, antagonistas de aldosterona/ Inibidores SGLT2 .
Pós-infarto do miocárdio	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da aldosterona/ β Bloqueadores de 4ª geração
Alto risco para doença coronariana	Betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio.

Indicações	Classe Medicamentosa
Diabetes	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio.
Doença renal crônica	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II.
Prevenção da recorrência de acidente vascular encefálico (AVE)	Diurético, inibidores da enzima conversora de angiotensina.
Hipertensão sistólica isolada em idosos	Diuréticos Tiazídicos ou bloqueadores dos canais de cálcio.

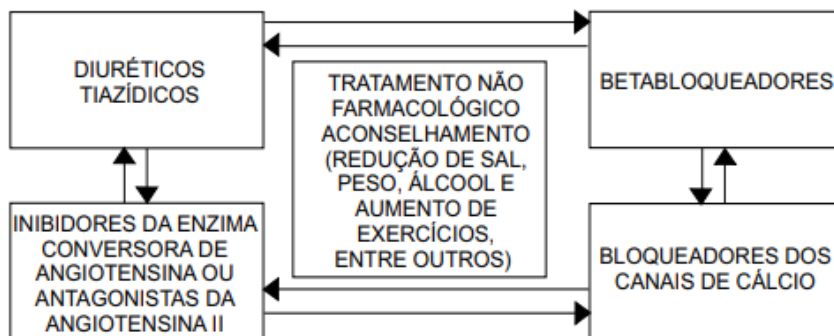
Fonte: (Adaptado de GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., 2012).

4.10 Combinação de medicamentos

Quando os níveis pressóricos se enquadram no estágio 2, o tratamento medicamentoso pode ser iniciado com dois anti-hipertensivos em doses baixas simultaneamente. Essa associação deve obedecer ao sinergismo de ação entre as cinco principais classes anti-hipertensivas.

Ao iniciar o uso de um diurético tiazídico ou de um antagonista de canais de cálcio, a outra medicação associada deve ser um inibidor da enzima conversora de angiotensina ou um betabloqueador e vice-versa (GUSSO; LOPES, 2012). O Quadro de Birmingham (Quadro II) sugere o uso racional de associações medicamentosas (LIP; BEEVERS; BEEVERS, 1998).

4.10.1 QUADRO II – Quadro de Birmingham para a associação de drogas no manejo da HAS



Fonte: (LIP; BEEVERS; BEEVERS, 1998)

Significativa proporção de pacientes hipertensos necessita de dois ou mais agentes para adequado controle de pressão arterial. Praticamente todas as associações de anti-hipertensivos têm efeito aditivo na redução da pressão e presumivelmente na prevenção de eventos cardiovasculares (LAW; WALD; MORRIS, 2009), mas há poucos estudos comparativos entre agentes empregados como segunda opção na prevenção de desfechos clínicos.

A associação da IECA com antagonistas da angiotensina II, defendida com base em estudos distorcidos pelo viés corporativo e pela propaganda, deve ser evitada, pois aumenta o risco de disfunção renal (LAW; WALD; MORRIS, 2009; YUSUF et al., 2008).

A associação entre diuréticos tiazídicos (ou ACC) e Ieca (ou antagonistas da angiotensina II, ou betabloqueadores) é extremamente racional, particularmente em relação ao sinergismo de efeito sobre o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) (DICKERSON et al., 1999; DEARY et al., 2002).

4.11 Efeitos adversos

Os anti-hipertensivos são geralmente bem tolerados, apresentando incidência de efeitos adversos pouco diferente da observada com placebo em ensaios clínicos randomizados. O efeito nocebo (evento adverso placebo), entretanto, é comum.

Cerca de um terço dos doentes atribui sintomas a fármacos anti-hipertensivos, quando em tratamento de longo prazo (GONÇALVES et al, 2007). Reconhecimento dessas queixas e adequada orientação são necessários, pois eventos indesejáveis são causa frequente de falta de adesão ao tratamento. Um exemplo frequente é a queixa de tontura, atribuída a excesso de efeito hipotensor do tratamento.

A pesquisa de hipotensão postural (queda de mais de 20 mmHg na pressão sistólica ao levantar da posição deitada) deve ser feita nesses casos, e raramente confirma essa hipótese. Se houver real hipotensão postural, deve-se titular as doses em uso, evitando-se o não controle da pressão arterial.

4.11.1 QUADRO III – Principais efeitos adversos das drogas anti-hipertensivas.

Classe farmacológica	Efeitos adversos
Diuréticos	Hipopotassemia, hiperuricemia, intolerância à glicose, aumento do risco de aparecimento do diabetes mellitus
Betabloqueadores	Broncoespasmo, bradicardia, distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual.
Antiadrenérgicos de ação central	Sonolência, sedação, boca seca, fadiga, hipotensão postural e disfunção sexual.

Classe farmacológica	Efeitos adversos
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio	Cefaleia, tontura, rubor facial — mais frequente com diidropiridínicos de curta duração — e edema de extremidades, sobretudo maleolar. Estes efeitos adversos são, em geral, dose-dependentes. Mas raramente, podem induzir a hipertrofia gengival. Os diidropiridínicos de ação curta provocam importante estimulação simpática reflexa, sabidamente deletéria para o sistema cardiovascular. Verapamil pode provocar depressão miocárdica e bloqueio atrioventricular, além da obstipação intestinal.
Agentes que atuam no músculo liso arteriolar (Vasodilatadores diretos)	Pela vasodilatação arterial direta promovem retenção hídrica e taquicardia reflexa.
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (Ieca)	Tosse seca, alteração de paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade, com erupção cutânea e edema angioneurótico. Em indivíduos com insuficiência renal crônica, podem eventualmente, agravar a hiperpotassemia. Em pessoas com hipertensão renovascular bilateral ou unilateral associada a rim único, podem promover redução da filtração glomerular com aumento dos níveis séricos da ureia e creatinina. Seu uso em pessoas com função renal reduzida pode causar aumento de até 30% da creatininemia, mas, a longo prazo, preponderará seu efeito nefroprotetor.
Antagonistas de receptores de angiotensina II	Foram relatadas tontura e, raramente, reação de hipersensibilidade cutânea (Rash). As precauções para seu uso são semelhantes às descritas para os Iecas.

Fonte: (Adaptado de GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., 2012).

Betabloqueadores de **1ª geração** podem exacerbar doença pulmonar obstrutiva crônica, distúrbios de condução atrioventricular e insuficiência circulatória periférica. Sua contraindicação relativa em diabéticos do tipo 1 decorre de mascaramento dos sinais de

hipoglicemia e bloqueio da glicogenólise. Diuréticos tiazídicos podem acentuar quadros de hiperuricemia e espoliar potássio.

Os níveis séricos de potássio devem ser aferidos após três a seis meses do início do tratamento. A hipopotassemia, mesmo discreta, reduz a eficácia da terapia, provavelmente porque aumenta o risco de arritmias, e é o provável mecanismo de indução de hiperglicemia (FUCHS, 2009). Diante dela, deve-se associar Ieca ou diuréticos poupadores de potássio, como espironolactona (GUERRERO et al., 2008). Se essa persistir, o paciente deve ser referido para investigar hipertensão secundária.

Hiperpotassemia pode decorrer de associação de agentes poupadores de potássio (Ieca ou diuréticos poupadores) ou de insuficiência renal. Quando do emprego de Ieca e antagonistas da angiotensina II ou de seu aumento de dose, deve-se aferir creatinina após três a seis meses.

Esses agentes podem deteriorar acentuadamente a função renal de pacientes com obstrução de artérias renais, pois a dilatação que provocam em arteríolas eferentes não pode ser compensada por aumento de fluxo sanguíneo renal.

Esses pacientes em geral têm improdutiva resposta a esses fármacos, e o potássio e a pressão podem aumentar. A elevação abrupta de creatinina (mais do que 50% do valor basal) requer suspensão desses medicamentos e encaminhamento ao especialista para investigar hipertensão secundária.

A indução de disfunção sexual é preocupação frequente durante o tratamento anti-hipertensivo. Antiadrenérgicos de ação central, principalmente metildopa, são os mais implicados, seguidos por betabloqueadores e diuréticos. Até 30% dos pacientes que os usam referem problemas de desempenho sexual. Há tendência a atribuí-los à terapia, mesmo porque existe conhecimento leigo de que anti-hipertensivos podem influenciar a potência sexual. Entretanto, impotência sexual é queixa referida em questionários anônimos por muitos pacientes, independentemente do uso de medicamentos.

No estudo Tomhs (NEATON, 1993), 16,5% dos pacientes que receberam placebo por quatro anos referiram alguma disfunção sexual, comparativamente a 13,1% dos

tratados com medicamentos, não havendo diferença substancial de incidência entre os fármacos dos cinco grupos testados.

Os anti-hipertensivos não foram associados a efeitos adversos graves. Metanálise de ensaios clínicos que empregaram antagonistas da angiotensina II, no entanto, identificou aumento na incidência de neoplasias em pacientes com eles tratados, particularmente câncer de pulmão (SIPAHI, 2010). Outra metanálise, com maior poder, não confirmou esse risco (ARB, 2011). Agências reguladoras ainda não se pronunciaram sobre eles, mas é muito pouco provável que sejam riscos reais.

4.12 Interações medicamentosas

O Quadro IV apresenta as interações medicamentosas clinicamente relevantes dos anti-hipertensivos contidos na Rename 2012. Muitas têm menor importância, pois ocorrem com fármacos que poucas vezes são empregados simultaneamente.

Destacam-se interações sinérgicas entre anti-hipertensivos, antagonismo de atividade anti-hipertensiva por anti-inflamatórios não esteroides (Aines) e hiperpotassemia pelo uso simultâneo de qualquer combinação entre inibidores da enzima conversora de angiotensina (Ieca), antagonistas da angiotensina II, medicamentos que inibem o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), agentes poupadores de potássio e suplementos de potássio.

4.12.1 Quadro IV – Principais interações medicamentosas de fármacos anti-hipertensivos que estão contidos na “Rename 2012”

Denominação genérica	Interações medicamentosas
Hidroclorotiazida	<ul style="list-style-type: none"> • Alcaçuz (<i>Glycyrrhiza glabra</i>): pode resultar em risco aumentado de hipopotassemia e/ou redução da efetividade do diurético. • Anti-inflamatórios não esteroides e colestiramina podem diminuir o efeito da hidroclorotiazida. Monitorar pressão arterial, potássio, bem como sinais e sintomas específicos.
Hidroclorotiazida	<ul style="list-style-type: none"> • Carbamazepina: o uso concomitante pode resultar em hiponatremia. Considerar a descontinuação do diurético ou selecionar um anticonvulsivante alternativo, se apropriado. • Ciclofosfamida, digitálicos, inibidores da ECA (primeira dose), lítio, sais de cálcio, sotalol, topiramato: podem ter o efeito aumentado pela hidroclorotiazida. Monitorar sinais e sintomas específicos. • Clorpropamida e glipizida podem ter o efeito diminuído pela hidroclorotiazida. Monitorar periodicamente eletrólitos e glicose sérica bem como sinais e sintomas específicos. • Ginkgo biloba: o uso concomitante pode resultar em aumento da pressão arterial.
Furosemida	<ul style="list-style-type: none"> • Alcaçuz (<i>Glycyrrhiza glabra</i>): aumento do risco de hipopotassemia e/ou redução da efetividade do diurético. • Anti-inflamatórios não esteroides, ácido acetilsalicílico, colestiramina e colestipol: podem diminuir o efeito farmacológico da furosemida. Evitar o uso concomitante, monitorar sinais e sintomas específicos. • Anti-inflamatórios esteroides e clofibrato: podem aumentar o efeito farmacológico da furosemida e a concentração das transaminases; clofibrato pode ter seus efeitos adversos na musculatura esquelética aumentados. Evitar o uso concomitante, monitorar sinais e sintomas específicos.

Furosemida	<ul style="list-style-type: none"> • Aminoglicosídeos (gentamicina, tobramicina), betabloqueadores (sotalol), digoxina, dofetilida, inibidores da ECA (primeira dose) e lítio: podem ter o efeito farmacológico/tóxico aumentado pela furosemida. Ajustar dose e monitorar sinais e sintomas específicos.
Denominação genérica	Interações medicamentosas
Furosemida	<ul style="list-style-type: none"> • Bepridil: uso concomitante pode levar a hipopotassemia e subsequente cardiotoxicidade (<i>torsades de pointes</i>). Monitorar potássio e magnésio, considerar substituição por diurético poupador de potássio. • Bloqueadores neuromusculares (pancurônio, vecurônio): podem ter o efeito aumentado ou diminuído pela furosemida. Ajustar dose e monitorar sinais e sintomas específicos. • Ginseng: o uso associado aumenta o risco de resistência ao diurético.
Espironolactona	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não esteroides podem reduzir o efeito da espironolactona. Monitorar paciente quanto à redução do efeito do diurético. • Alcaçuz: risco de hipopotassemia e/ou redução da efetividade do diurético. Evitar o uso de alcaçuz durante o tratamento. • Arginina, digoxina e inibidores da ECA podem ter o efeito aumentado pela espironolactona. Monitorar potássio sérico, bem como sinais e sintomas específicos. • Outros diuréticos poupadores de potássio: risco aumentado de hiperpotassemia. O uso concomitante com espironolactona é contraindicado. • Sotalol pode ter o risco de cardiotoxicidade aumentado por diuréticos. Monitorar sinais e sintomas específicos. •

Denominação genérica	Interações medicamentosas
<p>Atenolol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amiodarona, bloqueadores de canal de cálcio diidropiridínicos, diltiazem, fentanila, quinidina, verapamil: podem aumentar o efeito hipotensor, bradicardizante do atenolol e o risco de parada cardíaca. Monitorar função cardíaca, particularmente em pacientes predispostos à insuficiência cardíaca, pode ser necessário ajuste de dose. • Bloqueadores alfa-1-adrenérgicos (na primeira dose) e digoxina: podem ter seu efeito aumentado pelo atenolol. Monitorar paciente para sinais e sintomas específicos. • Clonidina e moxonidina: em uso concomitante com atenolol, pode ocorrer crise hipertensiva durante a suspensão desses medicamentos. Suspender o betabloqueador antes de retirar a clonidina ou moxonidina, monitorar pressão arterial. • Erva-de-São-João (<i>Hypericum perforatum</i>) pode diminuir efeito do betabloqueador. Monitorar para sinais e sintomas de hipertensão e angina. • Hipoglicemiantes podem ter os sintomas de hipoglicemia mascarados pelo atenolol e causar hiper ou hipoglicemia. Evitar uso concomitante, preferir betabloqueador cardiosseletivo, monitorar para sinais e sintomas específicos.
<p>Succinato de metoprolol ou Tartarato de metoprolol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amiodarona, bupropiona, bloqueadores de canais de cálcio do tipo diidropiridínicos, cimetidina, citalopram, difenidramina, diltiazem, dronedarona, escitalopram, fenelzina, fluoxetina, fentanila, hidralazina, hidroxicloquina, inibidores de protease (ex.: ritonavir), paroxetina, propafenona, propoxifeno, quinidina, rifapentina, terbinafina, tioridazina, verapamil: podem aumentar o efeito/toxicidade do metoprolol. Monitorar função cardíaca, particularmente em pacientes predispostos a insuficiência cardíaca, pode ser necessário ajuste de dose, monitorar sinais e sintomas específicos. • Bloqueadores alfa-1 adrenérgicos (primeira dose), clonidina (na retirada) e lidocaína: podem ter o efeito/toxicidade aumentado pelo metoprolol. Monitorar sinais e sintomas específicos.

<p>Succinato de metoprolol ou Tartarato de metoprolol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Digoxina: aumento do risco de bloqueio atrioventricular e toxicidade digitálica. Monitorar concentrações de digoxina e eletrocardiograma. Ajustar dose de digoxina, se necessário. • Erva-de-São-João (<i>Hypericum perforatum</i>), fenobarbital (barbitúricos), rifamicina e venlafaxina: podem diminuir o efeito do metoprolol. Monitorar sinais e sintomas específicos. • Hipoglicemiantes: podem ter o efeito mascarado pelo metoprolol e causar hiper ou hipoglicemia. Evitar uso concomitante, preferir betabloqueador cardiosseletivo, monitorar sinais e sintomas específicos.
<p>Denominação genérica</p>	<p>Interações medicamentosas</p>
<p>Carvedilol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amiodarona, bloqueadores de canal de cálcio diidropiridínicos, cimetidina, diltiazem, fentanila, mebefradil, verapamil: podem aumentar o efeito hipotensor, bradicardizante do carvedilol e risco de parada cardíaca. Acompanhar a função cardíaca, particularmente em pacientes predispostos à insuficiência cardíaca. Pode ser necessário ajuste de dose. • Antagonistas de receptores alfa-adrenérgicos (na primeira dose), digoxina: podem ter seu efeito aumentado pelo carvedilol. Acompanhar o paciente quanto a sinais e sintomas específicos. • Hipoglicemiantes: sintomas de hipoglicemia podem ser mascarados pelo carvedilol. Pode surgir hiper ou hipoglicemia. Evitar uso concomitante, preferir betabloqueador cardiosseletivo, acompanhar quanto a sinais e sintomas específicos. • Erva-de-São-João (<i>Hypericum perforatum</i>), rifampicina, rifapentina: podem reduzir efeito do carvedilol. Estar atento ao surgimento de hipertensão e angina. • Epinefrina, arbutamina e dobutamina podem ter a efetividade diminuída pelo carvedilol. Evitar uso concomitante; suspender o carvedilol 48 horas antes do uso da arbutamina); verificar pressão arterial (hipertensão), bradicardia reflexa e resistência à epinefrina em anafilaxia.

Denominação genérica	Interações medicamentosas
Propranolol	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes hipoglicemiantes, bloqueadores alfa-1 adrenérgicos (primeira dose), clonidina (retirada), clorpromazina (fenotiazinas), digitálicos e lidocaína: podem ter efeito/toxicidade aumentado pelo propranolol. Monitorar eletrocardiograma, pressão arterial, bem como sinais e sintomas específicos. • Agonistas beta-2 adrenérgicos: podem ter o efeito diminuído pelo propranolol. Monitorar sinais e sintomas específicos. • Antiácidos: podem diminuir o efeito do propranolol. Monitorar sinais e sintomas específicos. • Amiodarona, bloqueadores de canais de cálcio do tipo di-hidropiridina, di-hidroergotamina, cimetidina, diltiazem, epinefrina, ergotamina, fenilefrina, fentanila, fluvoxamina, haloperidol, mefloquina, propoxifeno, quinidina, sertralina e verapamil: podem aumentar o efeito/toxicidade do propranolol. Monitorar função cardíaca, particularmente em pacientes predispostos à insuficiência cardíaca. Pode ser necessário ajuste de dose. • Tioridazina: aumenta o risco de cardiotoxicidade. O uso concomitante é contraindicado.
Metildopa	<ul style="list-style-type: none"> • Betabloqueadores podem aumentar o efeito da metildopa. Monitorar pressão arterial na situação de risco, sinais e sintomas específicos. • Ferro, fenilpropanolamina, pseudoefedrina podem diminuir o efeito da metildopa. Monitorar frequência cardíaca, arritmia, sinais e sintomas específicos. • Haloperidol pode ter o efeito/toxicidade aumentado pela metildopa. • Monitorar neurotoxicidade, sinais e sintomas específicos. Se necessário, substituir o anti-hipertensivo. • Inibidores da monoamina oxidase (MAO): contraindicado o uso concomitante.

Denominação genérica	Interações medicamentosas
Besilato de anlodipino	<ul style="list-style-type: none"> • Antifúngicos azólicos, amiodarona, bloqueadores beta-adrenérgicos; inibidores da protease podem aumentar o efeito do anlodipino com risco de toxicidade (intervalo QT prolongado, torsades de pointes, parada cardíaca). Reduzir a dose do anlodipino ou retirar um dos fármacos, identificar sinais e sintomas de toxicidade do anlodipino. • Fentanila pode aumentar o risco de hipotensão. Aumentar a quantidade de fluido circulante e verificar sinais e sintomas específicos.
Besilato de anlodipino	<ul style="list-style-type: none"> • Clopidogrel pode ter a concentração plasmática diminuída pelo anlodipino. Ajustar a dose e identificar sinais e sintomas específicos. • Erva-de-são-joão (<i>Hypericum perforatum</i>) pode diminuir o efeito de anlodipino. Aumentar dose de anlodipino, se necessário, e observar a ocorrência de sinais e sintomas de hipertensão e angina.
Nifedipino	<ul style="list-style-type: none"> • Atenolol, propranolol e demais bloqueadores beta-adrenérgicos, mibefradile amiodarona: risco de hipotensão grave e bradicardia. Monitorar a função cardíaca em caso de terapia concomitante com nifedipino. • Cimetidina e compostos azólicos como cetoconazol, fluconazol e itraconazol podem elevar a concentração plasmática do nifedipino, elevando o risco de incidência de efeitos adversos. • Clopidogrel: pode haver redução da resposta ao clopidogrel. • Erva-de-são-joão (<i>Hypericum perforatum</i>) pode reduzir a biodisponibilidade do nifedipino. • Fenitoína: pode haver aumento da toxicidade da fenitoína (ataxia, tremor etc.). Monitorar paciente para sinais de toxicidade e eventualmente ajustar a dose da fenitoína. • Ginkgo, ginseng e suco de toranja (pomelo ou <i>grapefruit</i>) podem elevar a incidência de efeitos adversos associados ao

<p>Nifedipino</p>	<p>nifedipino, devido à inibição de seu metabolismo hepático.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indinavir e saquinavir: pode haver aumento da concentração e toxicidade do nifedipino. • Nafcilina pode reduzir a eficácia do nifedipino pela indução do seu metabolismo hepático. Pacientes devem ser monitorados quanto à eficácia do tocolítico e a utilização de um antibiótico alternativo deve ser avaliada. • Quinidina, quinupristina/dalfopristina: pode haver aumento da toxicidade devido ao nifedipino. • Rifampicina pode reduzir a eficácia do nifedipino. • Sulfato de magnésio (via parenteral): o uso concomitante aumenta o risco de hipotensão e bloqueio neuromuscular. • Tacrolimo: pode haver redução da concentração de tacrolimo.
<p>Denominação genérica</p>	<p>Interações medicamentosas</p>
<p>Losartan a potássica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-inflamatórios não esteroides, fluconazol, rifampicina: podem diminuir a efetividade da losartana. Monitorar pressão arterial. • Lítio: pode ter a toxicidade (fraqueza, tremor, sede, confusão) aumentada pela losartana. Monitorar para sinais e sintomas específicos.
<p>Maleato de enalapril</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não esteroides e rifampicina: pode resultar em diminuição do efeito do enalapril. Ajustar a dose, ou substituir antipertensivo, monitorar pressão arterial e sinais e sintomas específicos. • Alfa interferona 2, azatioprina: o uso concomitante com enalapril pode resultar em anormalidades hematológicas. Monitorar pressão arterial, contagem de células sanguíneas e sinais e sintomas específicos. • Bupivacaína, diuréticos de alça (primeira dose), diuréticos tiazídicos (primeira dose), diuréticos poupadores de potássio, metformina, suplemento de potássio, trimetoprima: podem aumentar o efeito/toxicidade do enalapril. Monitorar pressão arterial, sinais e sintomas específicos. • Clomipramina: pode ter o efeito aumentado pelo enalapril. Monitorar sinais e sintomas específicos.

Denominação genérica	Interações medicamentosas
Cloridrato de verapamil	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido acetilsalicílico, álcool, betabloqueadores adrenérgicos, benzodiazepínicos, bloqueadores de canais de cálcio, bloqueadores neuromusculares, carbamazepina, ciclosporina, colchicina, digoxina, quinidina, sinvastatina, sirolimo podem ter o efeito/toxicidade aumentado pelo verapamil. Pode ser necessária a redução de dose. Monitorar sinais e sintomas específicos. • Anestésicos, antifúngicos azólicos, inibidores de protease (indinavir, ritonavir, saquinavir), macrolídeos, tetraciclina podem aumentar o efeito/ toxicidade do verapamil. Monitorar função cardíaca e pressão arterial; retirar ou ajustar a dose dos medicamentos; monitorar sinais e sintomas específicos. • Dofetilida: pode haver aumento da cardiotoxicidade. O uso concomitante é contraindicado. • Fenitoína, fenobarbital, nevirapina e rifamicinas podem diminuir o efeito do verapamil. Monitorar sinais e sintomas específicos, aumento da dose pode ser necessário. • Lítio e oxcarbazepina podem ter o efeito/toxicidade diminuído pelo verapamil. Monitorar sinais e sintomas específicos.
Cloridrato de hidralazina	<ul style="list-style-type: none"> • Metoprolol, oxprenolol, propranolol: podem ter seus efeitos tóxicos exacerbados, especialmente após administração em jejum. Se o uso concomitante for requerido, preferir betabloqueador de liberação sustentada ou ingesta com alimentos. Monitorar cuidadosamente pressão arterial.
Captopril	<ul style="list-style-type: none"> • Alfa interferona 2, alopurinol, azatioprina, diuréticos poupadores de potássio, suplementos de potássio podem ter a efetividade/toxicidade aumentada pelo captopril. Acompanhar sinais e sintomas específicos. • Bupivacaína, clorpromazina, diuréticos de alça (primeira dose), diuréticos tiazídicos (primeira dose) podem aumentar o efeito do captopril.

Captopril	<p>Acompanhar sinais e sintomas específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não esteroides: podem diminuir a efetividade do captopril. Acompanhar sinais e sintomas específicos.
Maleato de enalapril	<ul style="list-style-type: none"> Ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não esteroides e rifampicina: pode resultar em diminuição do efeito do enalapril. Ajustar a dose, ou substituir antipertensivo, monitorar pressão arterial e sinais e sintomas específicos. Alfa interferona 2, azatioprina: o uso concomitante com enalapril pode resultar em anormalidades hematológicas. Monitorar pressão arterial, contagem de células sanguíneas e sinais e sintomas específicos. Bupivacaína, diuréticos de alça (primeira dose), diuréticos tiazídicos (primeira dose), diuréticos poupadores de potássio, metformina, suplemento de potássio, trimetoprima: podem aumentar o efeito/toxicidade do enalapril. Monitorar pressão arterial, sinais e sintomas específicos. Clomipramina: pode ter o efeito aumentado pelo enalapril. Monitorar sinais e sintomas específicos.

Fonte: (BRASIL, 2010).

4.13 HAS em crianças e adolescentes

A medida da PA em crianças é recomendada em toda avaliação clínica após os 3 anos de idade, pelo menos anualmente, como parte do seu atendimento pediátrico primário, devendo respeitar as padronizações estabelecidas para os adultos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

4.13.1 Quadro V – Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes

Normal	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta
Limítrofe	PA entre percentis 90 a 95 ou se PA exceder 120/80mmHg sempre < percentil90 até < percentil 95	Reavaliar em seis meses
Hipertensão estágio 1	Percentil 95 e 5mmHg acima do Percentil 99	Paciente assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada encaminhar para avaliação diagnóstica. Paciente sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão estágio 2	Valores maiores que os do Estágio 1	Considerar encaminhamento à atenção especializada
Hipertensão do avental branco	PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não relacionados à prática clínica	----- ---

Fonte: MALACHIAS, 2017.

4.14 HAS em idosos

A hipertensão sistólica é muito comum em idosos. O objetivo é a redução gradual da PA para valores abaixo de 140/90mmHg. Na presença de valores muito elevados de PA sistólica podem ser mantidos inicialmente níveis de até 160mmHg. Não está bem estabelecido o nível mínimo tolerado da PA diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).

4.15 HAS em gestantes

As alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal.

A observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões.

Este conceito é mais simples e preciso. O aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré - gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação, representa um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns. Entretanto, apresenta alto índice de falsos positivos, sendo utilizado de melhor forma como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.

Independente da etiologia da hipertensão arterial na gestação, é fundamental que a equipe de Saúde esteja atenta ao controle pressórico e avalie a possibilidade da pressão arterial deve ser obtida com os mesmos equipamentos e com a mesma técnica recomendada para adultos, entretanto a PA também pode ser medida no braço esquerdo na posição de decúbito lateral esquerdo em repouso, e esta não deve diferir da posição sentada.

A pré-eclâmpsia (PE) é definida pela presença de HA após a 20ª semana associada a proteinúria significativa. Na ausência desta o diagnóstico pode ser baseado na presença de cefaleia, turvação visual, dor abdominal, plaquetopenia (menos que 100.000/mm³), elevação de enzimas hepáticas (o dobro do basal), comprometimento renal (acima de 1,1 mg/dl ou o dobro do basal), edema pulmonar, distúrbios visuais ou cerebrais, escotomas ou convulsão. A eclâmpsia é definida como a presença de convulsões do tipo grande mal em uma gestante com PE.

A HA crônica é definida pela detecção de HA precedendo a gestação ou antes de 20 semanas. É possível que ocorra com sobreposição de PE. A hipertensão gestacional é caracterizada pela ocorrência de HA após a 20ª semana sem a presença de proteinúria.

O tratamento da HAS leve na grávida deve ser focado em medidas não farmacológicas, já nas formas moderada e grave pode-se optar pelo tratamento usual recomendado para cada condição clínica específica, excluindo-se os inibidores da enzima conversora de angiotensina II (Ieca) e antagonistas da angiotensina II, em razão dos efeitos teratogênicos em potência (GUSSO; LOPES, 2012 apud Brasil,2013). A metildopa é a medicação mais bem estudada para uso na gestação.

Para mais detalhes referentes à HAS na gestação consulte o Caderno de Atenção Básica nº 32 - Atenção ao pré-natal de baixo risco, disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

4.16 Exames Complementares

Sugere-se uma periodicidade anual dos exames abaixo, como **rotina complementar mínima para pessoa com HAS**.

- ✓ Eletrocardiograma;
- ✓ Dosagem de glicose;
- ✓ Dosagem de colesterol total;
- ✓ Dosagem de colesterol HDL;
- ✓ Dosagem de triglicerídeos;
- ✓ Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos/5);
- ✓ Dosagem de creatinina;
- ✓ Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1);
- ✓ Dosagem de potássio;
- ✓ Fundoscopia.

4.17 ANEXOS

4.17.1 Anexo I – Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham – HOMENS

HOMENS					
Idade			Pontos		
20 – 34			-9		
35 – 39			-4		
40 – 44			0		
45 – 49			3		
50 – 54			6		
55 – 59			8		
60 – 64			10		
65 – 69			11		
70 – 74			12		
75 – 79			13		
Colesterol Total	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	0
200 – 239	7	5	3	1	0
240 – 279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1
	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	8	5	3	1	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 – 59			0		
40 – 49			1		
< 40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	0		1		
130 – 139	1		2		
140 – 159	1		2		
≥ 160	2		3		

4.17.2 Anexo II – Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham - MULHERES

MULHERES					
Idade			Pontos		
20 – 34			-7		
35 – 39			-3		
40 – 44			0		
45 – 49			3		
50 – 54			6		
55 – 59			8		
60 – 64			10		
65 – 69			12		
70 – 74			14		
75 – 79			16		
Colesterol Total	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	1
200 – 239	8	6	4	2	1
240 – 279	11	8	5	3	2
≥ 280	13	10	7	4	2
	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	9	7	4	2	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 – 59			0		
40 – 49			1		
<40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	1		3		
130 – 139	2		4		
140 – 159	3		5		
≥ 160	4		6		

A tuberculose (TB) é uma das mais antigas doenças infectocontagiosas e permanece como uma das maiores causas de morte relacionadas à infecção de todo o mundo. O Brasil encontra-se entre os 22 países que albergam 80% dos casos, sendo motivo de grande preocupação para os profissionais e gestores do sistema público de saúde.

A propagação da tuberculose tem uma ampla distribuição geográfica e está relacionada às condições de vida das pessoas, uma vez que sua proliferação tem alta incidência em áreas de maior concentração humana, com serviços precários de infraestrutura e em locais de profundos contrastes. Porém, pode acometer qualquer pessoa, mesmo em áreas rurais.

A probabilidade de que a tuberculose seja transmitida depende de alguns fatores como: a contagiosidade do caso índice, tipo de ambiente em que a exposição ocorreu e a duração da exposição. Uma vez infectada, a pessoa pode desenvolver a 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.

O curso da infecção varia em diferentes hospedeiros. Normalmente, ocorre a doença pulmonar, mas a infecção pode aparecer de forma extrapulmonar, sendo nesses casos mais comuns as seguintes apresentações: pleural, osteoarticular, geniturinária, intestinal, peritoneal, meníngea, ocular e cutânea.

A doença exige o desenvolvimento de estratégias e sistematização do atendimento para o seu controle. Baseado nisso, é fundamental estabelecer normas para a busca ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR), para a prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e controle desta doença. Desta forma, este protocolo objetiva estabelecer as diretrizes para a Atenção Primária do Município, seguindo as recomendações atualizadas do último Manual de Tuberculose do Ministério da Saúde publicado em 2019.

Apesar de conter recomendações clínicas no que diz respeito à padronização de ações de busca de casos e tratamento, o protocolo não pretende ser um guia clínico sobre a doença. Dessa forma, não substitui o manual, livros, textos e publicações acadêmicas que identifiquem boas práticas clínicas sobre a abordagem do sintomático respiratório e do paciente com tuberculose nos seus variados aspectos e especificidades.

5.1 Busca Ativa

A equipe da Estratégia de Saúde da Família deve detectar os casos Sintomáticos Respiratórios em seu território. Tanto nas abordagens feitas nas unidades de saúde como nas visitas domiciliares, a equipe deve estar atenta aos usuários que apresentem os seguintes sinais e sintomas:

Tosse por mais de duas semanas acompanhada ou não de produção de escarro, febre baixa geralmente no final da tarde, sudorese, cansaço, dor no peito, falta de apetite e emagrecimento.

Os serviços que fazem a busca ativa de SR devem planejar e monitorar essa atividade levando em conta a população local, pois em números absolutos de sintomáticos respiratórios espera-se encontrar **1% da população geral** do território num determinado período de tempo.

Dentro da proposta de busca ativa, as equipes devem considerar a realização de ações junto à comunidade ou no próprio estabelecimento de saúde como práticas de educação em saúde, utilizando-se de palestras na temática, sendo oportunas outras avaliações como verificação de pressão arterial, glicemia, dentre outras, para que as ações atinjam um maior número de pessoas. Este momento pode facilitar o encontro precoce de casos bacilíferos para oferecer o tratamento adequado e interromper a cadeia de transmissão.

É importante lembrar que, a cada 100 SR examinados, espera-se encontrar, em média, de três a quatro pacientes bacilíferos, podendo variar de acordo com o coeficiente de incidência da região.

Para planejar as ações contínuas de busca de SR anualmente, segue o indicador sugerido pelo Ministério da Saúde:

- **Determinação do número de Sintomáticos Respiratórios (SR) a serem examinados:**

Tomar a população geral (P) da área cadastrada no serviço e multiplicar por 0,01, considerando que o número de SR estimado é igual a 1% da população:

$$P \times 0,01 = SR$$

Ex.: Numa população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família em torno de 3.500 pessoas, estima-se que existam 35 sintomáticos respiratórios durante um determinado período de tempo.

5.2 Diagnóstico

A TB pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas, sendo a apresentação na forma pulmonar a mais frequente e mais relevante, pois é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença.

A pesquisa bacteriológica é de importância fundamental tanto para o diagnóstico quanto para o controle do tratamento. Resultados bacteriológicos positivos no escarro confirmam a tuberculose ativa.

✓ **Principais métodos bacteriológicos:**

- Pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR,
- Teste Rápido Molecular para TB (TRM-TB);
- Cultura para micobactéria.

A baciloscopia de escarro (BAAR) é indicada nas seguintes condições: no sintomático respiratório, durante estratégia de busca ativa ou na demanda de atendimento espontâneo; nos casos de suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse e no acompanhamento do tratamento e controle de cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial.

O exame deve ser realizado com a coleta de escarro em duas amostras: uma por ocasião do primeiro contato com a pessoa que tosse e outra no dia seguinte, com a coleta do material sendo feita preferencialmente ao despertar.

A baciloscopia positiva e quadro clínico compatível com tuberculose fecham o diagnóstico e autorizam o início de tratamento na Atenção Básica, através da utilização do esquema básico de medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde.

A cultura é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Nos casos em que a baciloscopia é negativa, pode-se aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico através da cultura. O resultado da cultura confirma o diagnóstico de micobactéria, sendo necessário a identificação de espécie para caracterizar se é um caso de TB ou outra micobactéria.

No município, contamos com o GeneExpert para o diagnóstico de TB pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes como forma mais rápida e sensível de diagnóstico. Esse teste também detecta a resistência à rifampicina, com uma sensibilidade de 95%.

O TRM-TB está indicado para as seguintes situações: diagnóstico de casos novos de TB pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes (atenção à coleta do histórico de infecção por BK anteriormente, sendo nesses casos contraindicada a solicitação deste exame para diagnóstico); diagnóstico de TB extrapulmonar nos materiais biológicos de órgãos-alvo; triagem de resistência à rifampicina nos casos de retratamento e triagem de resistência à rifampicina nos casos com suspeita de falência ao tratamento da TB.

O TRM-TB não deve ser utilizado para acompanhamento mensal do tratamento de tuberculose. Nesses casos é imprescindível a realização da baciloscopia mensal.

O TRM-TB só deve ser realizado em crianças com idade menor ou igual a 10 anos quando existe a possibilidade e facilidade de coleta de escarro. Geralmente o material para realizar o exame nesta clientela é obtido através de lavado gástrico, escarro induzido, lavado brônquico ou outros métodos invasivos. O uso rotineiro está particularmente indicado em adolescentes (≥ 10 anos de idade), pois a maioria tem TB bacilífera e, além disso, é capaz de coletar amostras adequadas de escarro para exame.

Quando essas amostras forem colhidas para o TRM-TB em crianças, a cultura deve ser sempre solicitada. O diagnóstico e tratamento de tuberculose em crianças é realizado pelo Centro Municipal de Saúde, portanto as crianças que são contatos de casos confirmados e casos suspeitos devem ser encaminhadas à referência municipal para avaliação e conduta.

5.3 Orientação para o armazenamento de escarro nas unidades

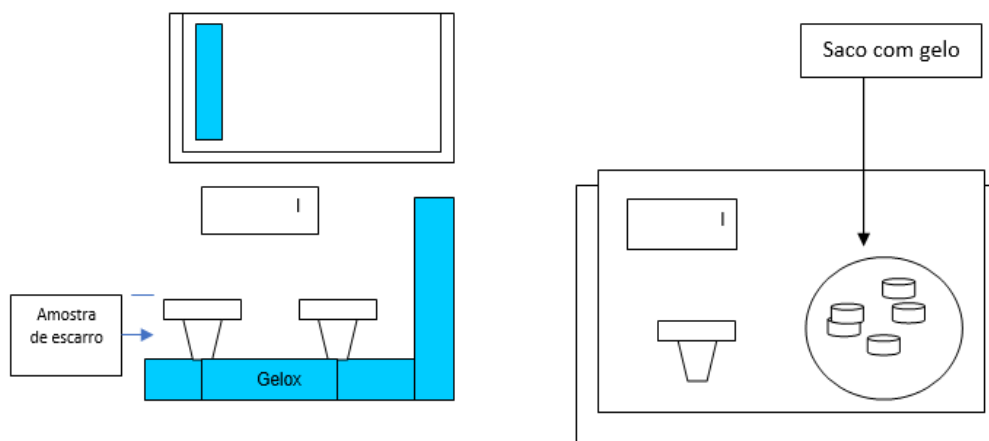
Um responsável da unidade de saúde deve receber os potes de escarro e observar se os mesmos estão fechados e identificados com: nome do usuário, nome da ESF, data da coleta e identificação da 1ª e 2ª amostras.

Nas unidades que dispõem de refrigerador específico para tuberculose, as amostras podem ser nele armazenadas por até 7 dias. Em locais desprovidos de refrigerador específico para tuberculose devem acondicionar os potes de exame dentro do isopor com gelox por até 24 horas. Na ausência de gelox específico para tuberculose, existe a alternativa de colocar um recipiente ou saco plástico com gelo dentro do isopor, deixando os potes no isopor ao lado ao saco de gelo.

As amostras devem ser enviadas de acordo com a rotina do carro da ESF. Confirmar com o Núcleo de Apoio Institucional (NAI) – central quanto à logística para o recolhimento das amostras pelo telefone 2773-6224, CASO NÃO ESTEJA PREVISTO o seguimento da rota do carro conforme os dias já acordados com cada equipe.

A entrega dos potes para coleta de escarro se dá pelos responsáveis pelo carro (motorista e técnico de enfermagem ou administrativo). Existe um quantitativo que fica dentro do carro para a distribuição conforme a solicitação das equipes.

5.3.1 FIGURA 1 - EXEMPLO DE ARMAZENAMENTO DE POTE DE ESCARRO NA ESF



5.4 Armazenamento e deslocamento do escarro para entrega na Unidade de Saúde

O usuário precisa ser orientado sobre o transporte da amostra de escarro do domicílio para a Unidade de Saúde. Devem-se considerar três condições importantes: refrigeração; proteção contra a luz solar e acondicionamento adequado para que não tenha risco de derramamento.

5.5 Solicitação de escarro induzido

O escarro induzido para TB é considerado material nobre, com rendimento diagnóstico comparado ao lavado broncoalveolar, segundo trabalhos científicos. Poderá ser solicitado no caso de ausência de escarro espontâneo para o diagnóstico da doença ou no controle de tratamento dos casos suspeitos de falência e/ou resistência aos antibióticos.

No paciente com boa evolução clínica/radiológica durante o tratamento, a ausência de escarro espontâneo significa melhora e não requer a indução de material para análise.

O exame atualmente é realizado fora do município de Duque de Caxias. O pedido do mesmo deve seguir para marcação pela Regulação da ESF na Secretaria de Saúde, sendo encaminhado pela rota do carro.

Todo escarro induzido deverá ser submetido à baciloscopia, TRM, cultura para BK e Teste de sensibilidade aos antibióticos, seja para DIAGNÓSTICO ou CONTROLE de tratamento, portanto essas solicitações devem constar no pedido do exame.

Solicitações oriundas da rede particular de pacientes residentes no município devem ser transcritas para o pedido próprio específico pela ESF, caso seja necessária a realização do exame.

5.6 Orientações para a realização do escarro induzido:

- ✓ Beber bastante líquido no dia anterior ao exame.
- ✓ Realizar 4 horas de jejum no dia do exame.
- ✓ Enxaguar bem a boca após a escovação para remoção de todo o creme dental antes de sair para a realização do exame.
- ✓ Levar lanche para comer após o exame.

Observação: Em casos de cardiopatia ou hipertensão arterial, as medicações devem ser administradas normalmente, conforme o tratamento regular individual.

Está contraindicada a realização do exame nos seguintes casos: presença de dispneia, broncoespasmo, hemoptise, insuficiência cardíaca grave, gestação, pacientes muito debilitados ou com diminuição do reflexo da tosse e/ou alteração do sensorio. Há risco de broncoconstrição, principalmente em pacientes com asma e DPOC.

5.7 Exames de Imagem

A radiografia de tórax deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de tuberculose pulmonar, contudo deve ser solicitado junto com exames laboratoriais (BAAR, TRM e cultura), para buscar a confirmação diagnóstica. Tem como principal objetivo excluir outra doença pulmonar associada que necessite de tratamento concomitante, além de permitir avaliação da evolução radiológica dos pacientes. A requisição do exame deve ser feita em impresso comum, constando solicitação de laudo médico.

Dentre os métodos de imagem, a radiografia do tórax é o de escolha na avaliação inicial e no acompanhamento da TB pulmonar. Nela podem ser observados vários padrões radiológicos sugestivos de atividade de doença, como cavidades, nódulos, consolidações, massas, processo intersticial (miliar), derrame pleural e alargamento de mediastino (BRASIL, 2018).

Caso a radiografia de tórax seja sugestiva de tuberculose na presença de sintomas relacionados à doença e a baciloscopia de escarro apresente ausência de bacilos, a equipe da Estratégia de Saúde da Família deve entrar em contato com o NAI Central para marcação de consulta com pneumologista para avaliação da indicação do início de tratamento.

O início do tratamento a partir da suspeita por RX de tórax é autorizado após a avaliação do pneumologista da rede municipal.

A tomografia computadorizada (TC) do tórax é mais sensível para demonstrar alterações anatômicas dos órgãos ou tecidos comprometidos e é indicada na suspeita de TB pulmonar quando a radiografia inicial é normal, e na diferenciação com outras doenças torácicas, especialmente em pacientes imunossuprimidos (BOMBARDA et al., 2003).

5.7 Prova tuberculínica (PPD)

Consiste na inoculação intradérmica de um derivado proteico do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune celular a estes antígenos.

A realização do PPD é utilizada para o diagnóstico de infecção latente (ILTb), ou seja, quando a pessoa não possui sinais e sintomas da doença e encontra-se infectada pelo bacilo causador da TB, porém não transmite a doença. Na criança também é muito importante como método coadjuvante para o diagnóstico da TB.

Em geral, as pessoas infectadas permanecem saudáveis por muitos anos, sem transmitir o bacilo, e com imunidade parcial à doença. Isso, todavia, não significa que todos os infectados adoecerão com a forma ativa da TB, e sim que constituem reservatórios do bacilo que podem ser reativados sob condições de resposta imunológica alterada.

O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primo-infecção, mas o período de latência pode se estender por muitos anos.

A aplicação e a leitura da prova tuberculínica devem ser realizadas por profissionais treinados. Em nosso município este procedimento é realizado nos seguintes locais:

5.7.1 Quadro I - Referências para a realização de PPD

1º distrito		
Unidade	Dia	Hora
CMSDC	Aplicação - 3ª e 6ª	10h às 11h.
	Leitura - 2ª e 6ª	14h
2º distrito		
UPH Pilar	Não está realizando PPD	
3º distrito		
UPH <u>Imbariê</u>	Aplicação: 2ª, 3ª e 6ª	14h
	Leitura: 5ª e 6ª	14h

Apesar de grande parte da população mundial estar infectada pelo bacilo TB, não há indicação de investigação indiscriminada de ILTB na população em geral.

Não há evidências para utilização de PPD como método auxiliar no diagnóstico de TB pulmonar ou extrapulmonar no adulto. Um PPD positivo não confirma o diagnóstico de TB ativa, assim como um PPD negativo não o exclui (FARGA; CAMINERO, 2011). A prova tuberculínica reativa, isoladamente, indica apenas a presença de infecção e não é suficiente para o diagnóstico da tuberculose doença.

Indivíduos com PPD documentado e resultado ≥ 5 mm não devem ser retestados, mesmo diante de uma nova exposição ao *M. tuberculosis*.

5.8 IGRA

É uma alternativa diagnóstica para a detecção de ILTB. Tem demonstrado vantagem sobre a Prova Tuberculínica. Não é influenciado pela vacinação prévia de BCG e de ser menos influenciado por infecção prévia por micobactérias não tuberculosas (MNT), por isso tem elevada especificidade. A coleta é feita pelo sangue no laboratório do CMS Duque de Caxias. É indicado para identificar casos de ILTB em crianças maiores de dois anos e em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) com contagem de linfócitos T-CD4+ > 350 células/mm³.

5.9 Diagnóstico de HIV nas pessoas com Tuberculose

O diagnóstico precoce de infecção pelo HIV em pessoas com TB tem importante impacto no curso clínico das duas doenças. Portanto, o teste diagnóstico para HIV, preferencialmente o rápido, deve ser oferecido, o mais cedo possível para todos os pacientes que estão iniciando o tratamento de tuberculose, pois minimiza o impacto no curso das duas doenças.

Todo paciente com diagnóstico de tuberculose deve ser testado para HIV obrigatoriamente. A repetição do teste para diagnóstico do HIV inicialmente negativo deve ser avaliada durante o seguimento clínico do tratamento de TB.

5.10 Notificação de TB

Segundo a Portaria Ministerial 204, de 17 de fevereiro de 2016, todos os casos confirmados de tuberculose devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, por meio da ficha de notificação/investigação.

Casos confirmados, com indicação de tratamentos especiais de tuberculose, devem ser encerrados no Sinan e notificados e acompanhados no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB).

A unidade de saúde que identifica o caso de TB é a responsável por sua notificação, assim como as unidades que recebem casos também devem notificar sua entrada através do preenchimento do Sinan.

- ❖ Contamos com instrumentos de Registros que nos permitem maior vigilância das ações na Tuberculose, tais como:
- ✓ **Livro de registro de sintomático respiratório no serviço de saúde:** A equipe deve registrar os sintomáticos respiratórios identificados. Este livro subsidia o monitoramento do alcance de metas de busca de SR pelos serviços de saúde. Permite também verificar o tempo decorrido entre a identificação do caso e a realização do exame pelo paciente, o seguimento do protocolo para o diagnóstico e ainda o percentual de positividade em cada serviço.

- ✓ **Livro de registro e acompanhamento de tratamento dos casos de Tuberculose:** permite acompanhar a evolução e o desfecho do tratamento dos pacientes e serve como base para preenchimento do Sinan e do boletim de acompanhamento de casos do Sinan.
- ✓ **Boletim de acompanhamento de casos no Sinan:** instrumento de registro gerado pelo Sinan que é utilizado para analisar os resultados do acompanhamento dos casos de tuberculose atendidos nas unidades de saúde. O Boletim de acompanhamento é encaminhado pela Secretaria de Saúde às unidades da ESF para o correto preenchimento e acompanhamento dos casos pela Vigilância em Saúde.
- ✓ **Ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação do tratamento diretamente observado – TDO:** Esta ficha deve ser preenchida rigorosamente pelos profissionais que realizam a supervisão das doses tomadas pelos pacientes e trata-se de uma importante comprovação do tratamento ofertado pelo serviço de saúde.
- ❖ **Atenção ao registro das informações no SINAN:**
 - ✓ **Caso novo** – é o caso de tuberculose ativa que nunca utilizou medicamento antituberculose ou que utilizou por menos de 30 dias. Deve-se verificar insistentemente, com o paciente e seus familiares, se não houve tratamento prévio para tuberculose por 30 dias ou mais.
 - ✓ **Recidiva** – é o caso de tuberculose ativa que foi tratado anteriormente e recebeu alta por cura comprovada ou por ter completado o tratamento.
 - ✓ **Reingresso após abandono** – é o caso de tuberculose ativa, tratado anteriormente por mais de 30 dias, mas que deixou de tomar o medicamento por 30 dias consecutivos ou mais.
 - ✓ **Não sabe** – refere-se ao caso com tuberculose ativa e com história prévia desconhecida. Deve ser registrado apenas quando esgotadas todas as possibilidades de investigação da história anterior do paciente.
 - ✓ **Transferência** – refere-se ao paciente que compareceu à unidade de saúde, para dar continuidade ao tratamento iniciado em outra unidade, desde que não tenha havido interrupção do uso do medicamento por 30 dias ou mais.

Todo paciente transferido deve ser notificado pela unidade que o recebe. Atenção aos casos de buscas ativa que são solicitadas pelo NAI através do diagnóstico realizado no Centro Municipal de Saúde. Esses casos devem ter a entrada como transferência para a ESF.

- ✓ **Pós-óbito** – é o caso de tuberculose que nunca foi registrado no Sinan e foi descoberto após a morte do paciente, em decorrência da realização de investigação epidemiológica (por exemplo, busca ativa em prontuários e relacionamento entre bases de dados – SIM e Sinan). Não são considerados pós-óbito os pacientes que independentemente do início do tratamento tiveram diagnóstico da doença antes do óbito, seja ele clínico ou laboratorial.

5.11 Tratamento

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é um elemento-chave da estratégia de controle da tuberculose que visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura.

O TDO constitui na observação da tomada de medicação por um profissional treinado desde o início do tratamento até a sua cura e deve ser realizado de preferência diariamente durante a semana, sendo os finais de semana reservados para as doses auto-administradas. Em casos específicos, a equipe deve considerar o TDO no mínimo 3x/semana.

Diante da impossibilidade da guarda de medicamentos em unidades sem farmácia, a Secretaria de Saúde dispensa a dose mensal para cada paciente às unidades da ESF e essas dispensam diretamente para o paciente, sendo este o responsável pela a sua guarda e por levar o medicamento até a unidade para a dose supervisionada ou para a tomada na sua residência, caso seja necessário VD. Unidades com farmácia seguem com a guarda e dispensação dos medicamentos.

5.11.1 Tabela I - Esquema Básico para o tratamento da Tuberculose de adultos e adolescentes (> de 10 anos)

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 mg (Comprimido em dose fixa combinada)	20 a 35 kg 36 a 50 Kg 51 a 70 Kg Acima de 70 Kg	2 comprimidos 3 comprimidos 4 comprimidos 5 comprimidos	2
4RH Fase de manutenção	RH 300/200 mg ou 150/100 mg (Comprimido ou cápsula)	20 a 35 kg 36 a 50 Kg 51 a 70 Kg Acima de 70 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg <hr/> 1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg <hr/> 2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg <hr/> 2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	4
R = RIFAMPICINA, H= ISONIAZIDA, Z= PIRAZINAMIDA, E= ETAMBUTOL				

FONTE:(RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003). Adaptado de Brasil, 2011.

5.12 Considerações sobre gestação e amamentação:

- ✓ Gestantes e Lactantes podem utilizar este esquema de forma segura. É recomendado o uso de piridoxina (50mg/dl) durante a gestação para a prevenção do risco de toxicidade neurológica fetal devido à Isoniazida. As reações adversas devem ser rigorosamente monitoradas.
- ✓ Não há contraindicações à amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa. É recomendável, entretanto, que faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e ao cuidar da criança, enquanto a baciloscopia do escarro se mantiver positiva.

5.13 Considerações gerais sobre o tratamento:

- Os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum (uma hora antes ou duas horas após o café da manhã), numa única tomada, ou em caso de intolerância digestiva, acompanhado de uma refeição.
- O tratamento das formas extrapulmonares (exceto a meningoencefálica) terá a duração de seis meses, assim como o tratamento dos pacientes coinfetados com HIV, independentemente da fase de evolução da infecção viral.
- O tratamento pode ser estendido se o paciente possuir alguma comorbidade e/ou não tiver evolução clínica satisfatória. Esses casos passam por avaliação do pneumologista do Centro Municipal de Saúde. Os tratamentos que são prolongados têm a 2ª fase (fase de manutenção) estendida de 4 meses para 7 meses. Então o usuário completa 2 meses de tratamento da 1ª fase (fase intensiva) e 7 meses de tratamento da 2ª fase (fase de manutenção).
- Algumas indicações para a ampliação do tempo de tratamento da segunda fase são descritas a seguir:
 - Pacientes com baciloscopias de acompanhamento negativas, com evolução clínica e/ou radiológica insatisfatórias;
 - Pacientes com baciloscopia positiva (poucos bacilos) no quinto ou sexto mês de tratamento, isoladamente, com boa evolução clínica e radiológica. Investigar a possibilidade de TB resistente;
 - Pacientes com apresentação radiológica evidenciando múltiplas cavidades, especialmente se exibem baciloscopia positiva ao final do segundo mês de tratamento. Investigar a possibilidade TB resistente.

Para o manejo do tratamento nas situações de hepatopatias, nefropatias, diabetes mellitus e portadores de HIV, consultar o Manual de Tuberculose do Ministério da Saúde em vigência.

5.13 Seguimento do Tratamento:

5.13.1 Acompanhamento clínico mensal com consulta médica ou de enfermagem

- Ações:
 - Identificação de queixas, sinais e sintomas que indicam a evolução e/ou regressão da doença após o início do tratamento.
 - Monitorar o peso do paciente para eventuais ajustes posológicos das medicações.
 - Monitorar a ocorrência de reações adversas para o adequado manejo.
 - Solicitar, se possível, a função hepática, função renal e glicemia de jejum ao início do tratamento. Em pacientes com comorbidades, é mandatória a solicitação desses exames de acordo com a avaliação clínica.
 - Caso o usuário seja idoso ou que faça uso de medicamentos injetáveis, recomenda-se também a solicitação de provas de função renal.
 - Outros exames complementares poderão ser solicitados a partir da avaliação clínica, especialmente na suspeita de efeitos adversos.
 - Realizar o monitoramento da adesão ao tratamento, sempre checando cartão de dose supervisionada.
 - Realizar busca aos faltosos com realização de VD no dia seguinte à consulta agendada.
 - Seguir com a solicitação das baciloscopias de controle mensalmente. Caso haja impedimento por qualquer ordem, deve-se seguir com controle no 2º, 4º e 6º mês de tratamento (identificando no pedido do exame o mês de tratamento que o paciente se encontra).
 - O controle do Rx de tórax pode ser realizado após o segundo mês de tratamento. Na vigência de evolução clínica favorável, outro exame radiológico pode ser realizado ao final do tratamento. Também pode ser realizado em qualquer momento do tratamento à critério clínico.
 - Os pacientes que não alcançam a cura da doença após o tratamento findado ou aqueles que ainda apresentam baciloscopia positiva ao final do 4º mês de tratamento, devem ser encaminhados ao Centro Municipal de Saúde (CMS). A imagem radiológica deve ser solicitada pela ESF, assim como a cultura e o teste de sensibilidade.

5.13.2 Conduta frente aos casos de retratamento (reingresso após abandono e recidivas):

Ao receber na unidade algum usuário que já tenha abandonado o tratamento de tuberculose, independentemente do tempo de tratamento realizado anteriormente ou que se encontra há mais de 30 dias sem tomar a medicação, devemos:

- Realizar baciloscopia de escarro e cultura para micobactérias, seguida do teste de sensibilidade antimicrobiano (TS) para verificação de resistência aos fármacos.
- Reiniciar esquema terapêutico assim que possível, certificando-se da resistência à rifampicina através do rastreo pelo TRM-TB.

5.13.3 Tuberculose drogarresistente ou multirresistente (TBDR ou TBMR) – confirmada por meio de teste de sensibilidade ou TRM-TB:

Em casos em que há resistência a qualquer medicamento antituberculose, a equipe deve entrar em contato com o NAI central para agendamento do usuário no Centro Municipal de Saúde. Desta unidade parte a providência de encaminhamento para a Referência Terciária (Instituto de Doenças do Tórax, ambulatório de Tisiologia Newton Bethlem - HUCFF).

Pacientes que cursavam com o tratamento de TBMR em Curicica, permanecerão nesta instituição, porém os casos novos de TBMR e XDR serão encaminhados à UFRJ pelo CMS. Pacientes em tratamento de tuberculose resistente deverão ser acompanhados também pelas unidades de Atenção Básica, seguindo com as doses supervisionadas diárias e consultas médicas ou de enfermagem conforme a necessidade individual.

Contatos de tuberculose com resistência extensiva ou tuberculose multirresistente devem ser investigados quanto à ILTB e possível TB ativa.

Quando ILTB for identificada, recomenda-se o acompanhamento periódico por pelo menos 2 anos a fim de se identificar precocemente sinais de TB ativa. Esses contatos deverão realizar RX de tórax semestral durante 2 anos consecutivos para monitoramento da TB.

5.13.4 Reações adversas: devem ser monitoradas pelo enfermeiro e médico da equipe

Podem ser divididas em reações adversas **menores**, em que normalmente não é necessária a suspensão do medicamento anti-TB, e reações adversas **maiores**, que normalmente causam a suspensão do tratamento (BRASIL, 2019). A maioria dos pacientes completa o tratamento sem qualquer reação adversa relevante, não havendo a necessidade de interrupção ou substituição do Esquema Básico.

As reações adversas “maiores” estão muitas vezes relacionadas aos seguintes fatores de risco: 1- idade (a partir da quarta década); 2- dependência química ao álcool; 3- desnutrição; 4- história de doença hepática prévia e 5-coinfecção pelo vírus HIV, em fase avançada de imunossupressão.

As reações mais frequentes ao esquema básico são: mudança da coloração da urina (ocorre universalmente, tornando-se alaranjada), intolerância gástrica (40%), alterações cutâneas (20%), icterícia (15%) e dores articulares (4%). Deve ser ressaltado que quando a reação adversa corresponde a uma reação de hipersensibilidade grave com plaquetopenia, anemia hemolítica, insuficiência renal, entre outros, o medicamento suspeito não pode ser reiniciado após a suspensão, pois a reação adversa tende a ser ainda mais grave (BRASIL, 2019).

As reações adversas menores devem ser manejadas na própria Atenção Básica e sua ocorrência deve ser notificada à Anvisa, pelo sistema VigiMed (<http://portal.anvia.gov.br/vigimed>), para o monitoramento da sua frequência. Atenção: Qualquer tipo de reação adversa deve ser notificada à Anvisa.

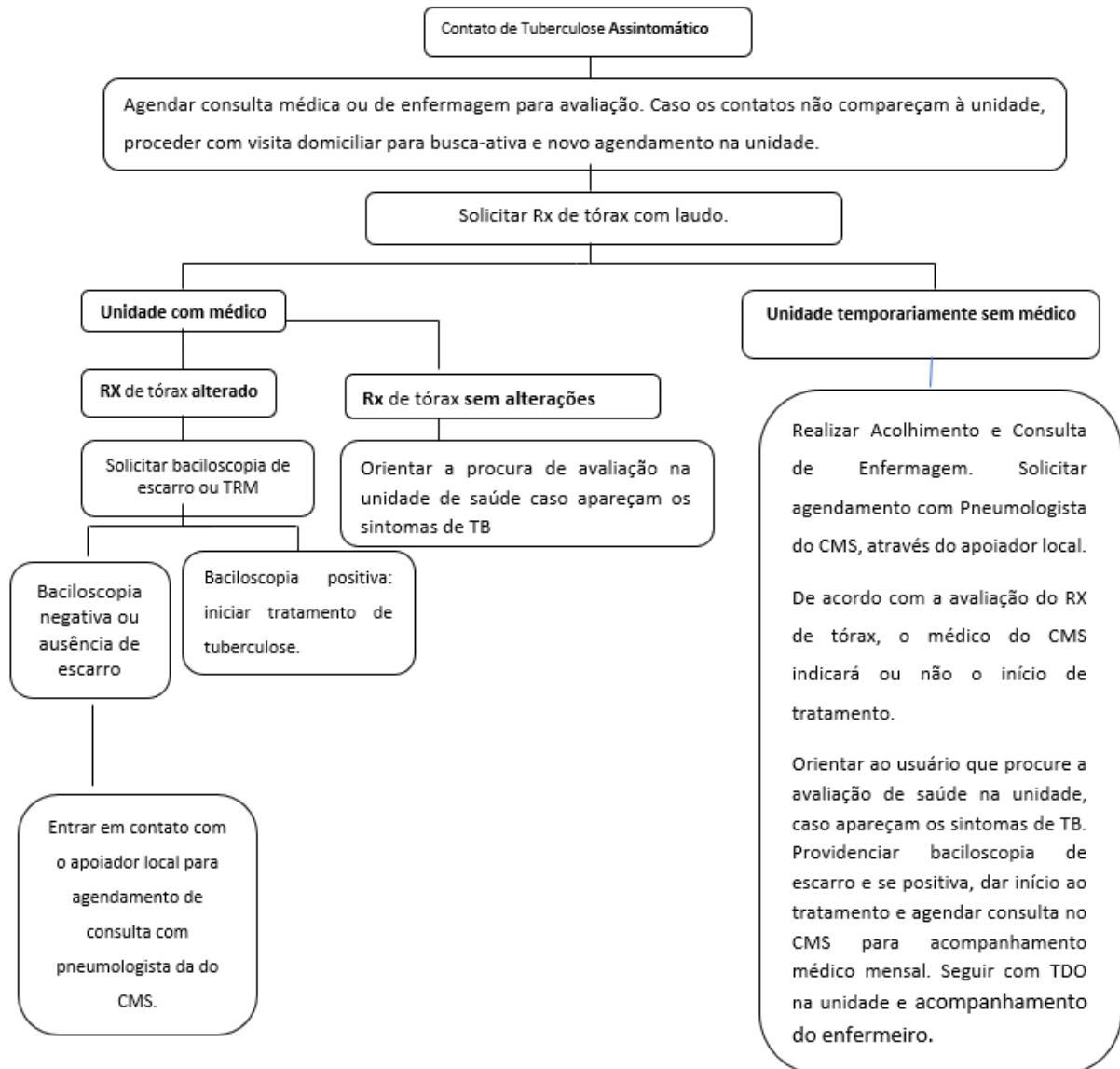
Para maiores informações sobre reações adversas e seu manejo, consultar o Manual do Ministério da Saúde vigente.

5.13.5 Acompanhamento de contatos de tuberculose

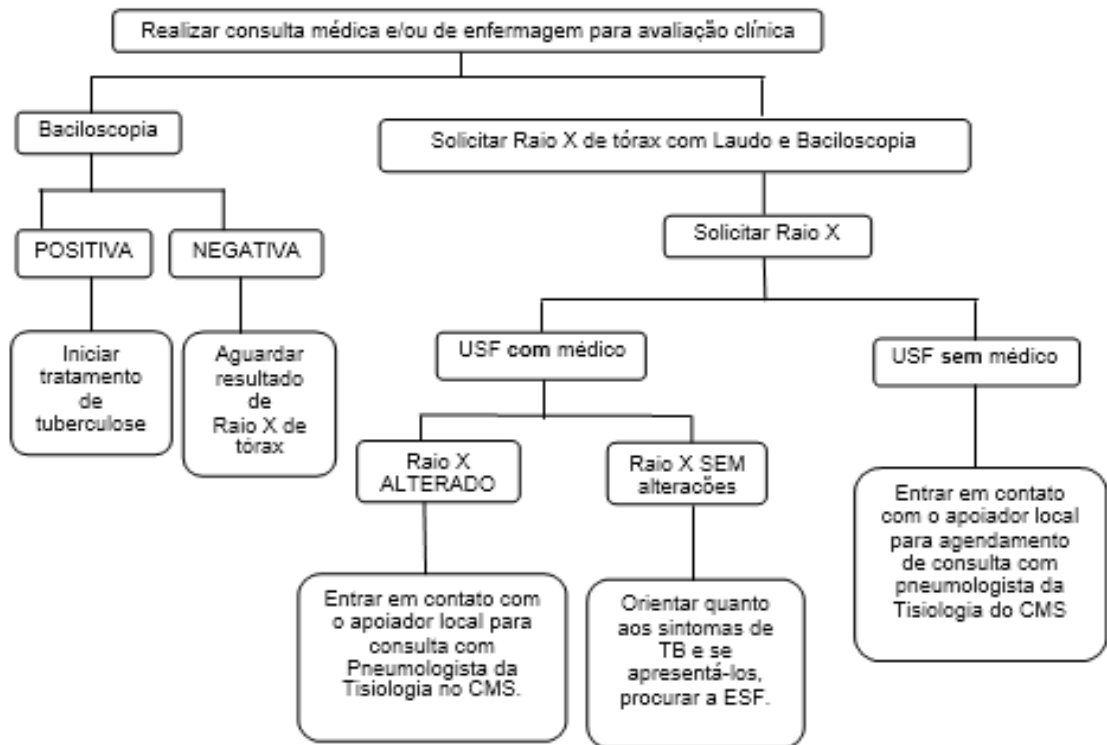
A avaliação sistemática de pessoas que foram expostas a pacientes com tuberculose pulmonar ou laríngea consiste em uma abordagem eficaz e orientada para a busca ativa de casos de TB e, também, para identificação de indivíduos recém-infectados pelo M. tuberculosis no âmbito dos programas de controle da tuberculose. Os fluxogramas a seguir devem nortear as condutas de investigação e acompanhamento.

5.14 Fluxogramas

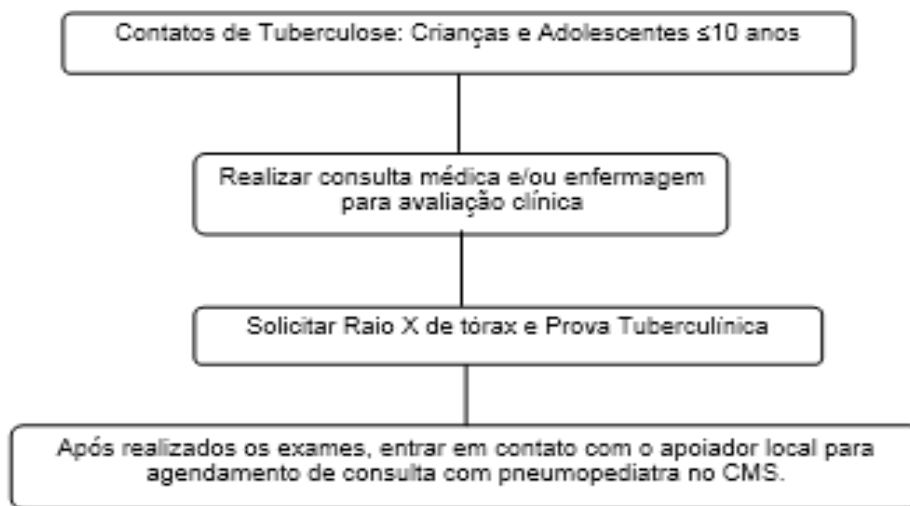
5.14.1 FLUXOGRAMA I – INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS MAIORES DE 10 ANOS



5.14.2 FLUXOGRAMA II – ACOMPANHAMENTO DE CONTATOS SINTOMÁTICOS MAIORES DE 10 ANOS.

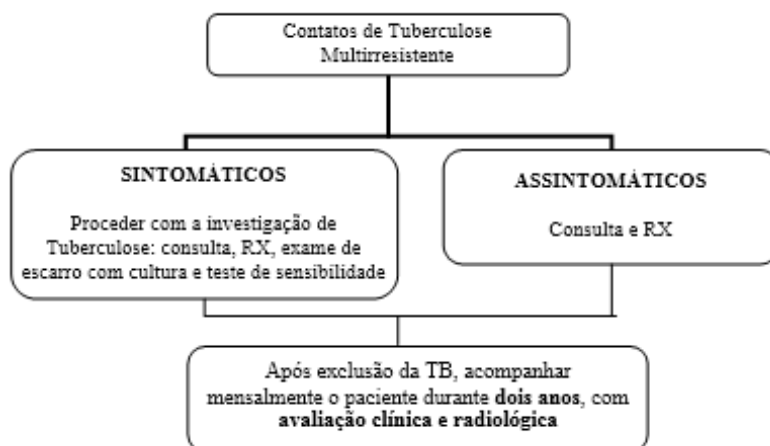


5.14.3 FLUXOGRAMA III – INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS ≤10 ANOS



Observação: Se a criança e/ou adolescente ≤10 anos for sintomático respiratório e conseguir realizar coleta de escarro, a baciloscopia deve ser solicitada.

5.14.4 FLUXOGRAMA IV – AVALIAÇÃO DOS CONTATOS DE PACIENTES COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE



5.15 Como proceder nos usuários sintomáticos menores de 15 anos

Encaminhamento para o Centro Municipal de Saúde com solicitação de RX de tórax (para ser realizado no Hospital Infantil) e PPD para ser realizado no CMS. A solicitação e indicação de baciloscopia com cultura e teste de sensibilidade será avaliado na Referência. A indicação da quimioprofilaxia ou tratamento de TB ativa serão conduzidos pelo Centro Municipal de Saúde, porém não exclui a participação e acompanhamento dos casos pela ESF.

5.16 Encerramento de caso de tuberculose

Para o encerramento oportuno, recomenda-se que os casos de tuberculose em tratamento com o esquema básico (de duração de seis meses) sejam encerrados em até nove meses e que os casos de tuberculose meningoencefálica (de duração de 12 meses) sejam encerrados no sistema em até 15 meses.

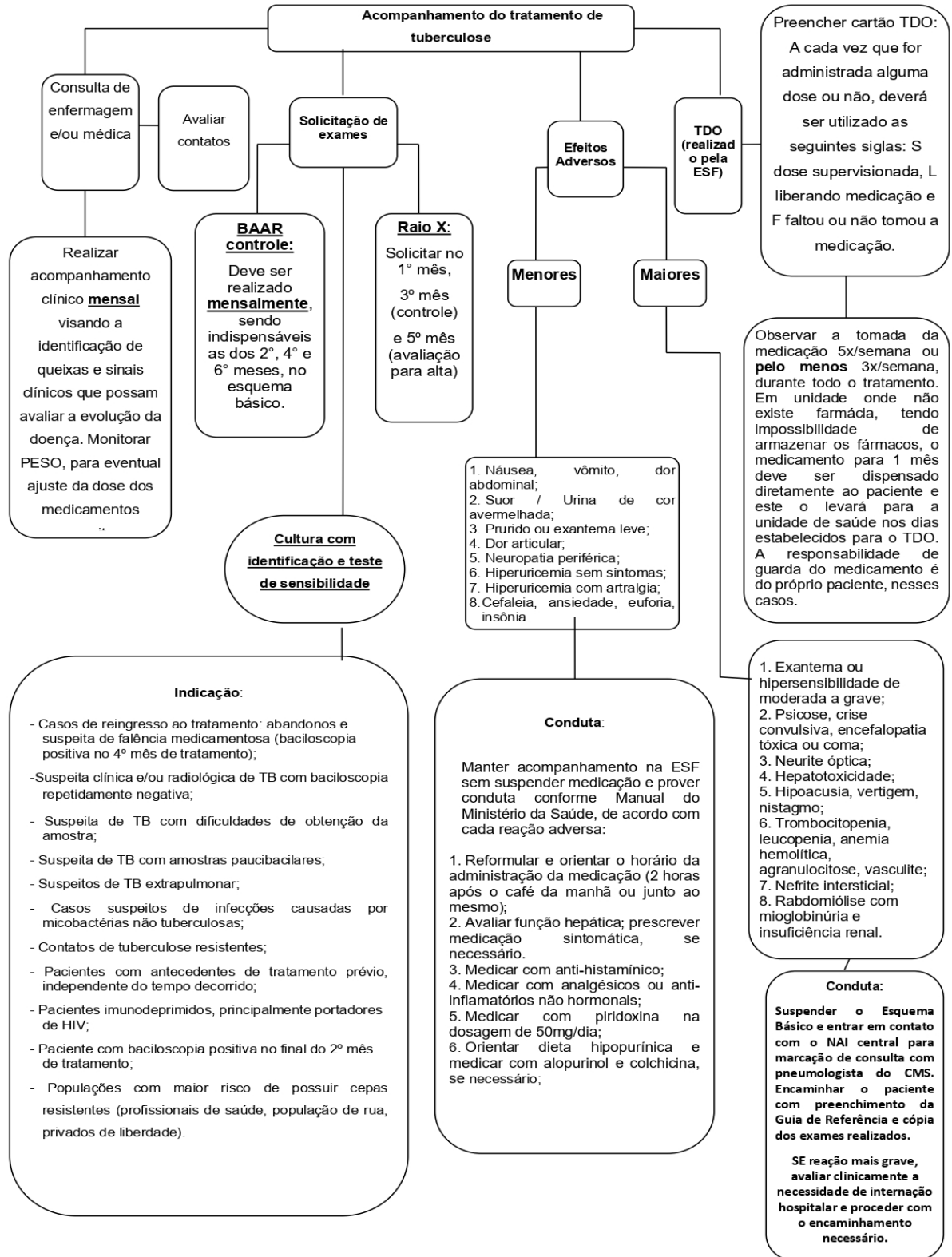
O encerramento de casos é realizado através do preenchimento de ficha própria e envio ao NAI, seguindo os critérios a seguir:

- ✓ **Cura** – paciente que apresentar duas baciloscopias negativas, sendo uma em qualquer mês de acompanhamento e outra ao final do tratamento (5º ou 6º mês). Para os casos com necessidade de ampliar o tempo de tratamento, serão considerados os dois últimos meses. A alta por cura também será dada ao paciente que completou o tratamento sem evidência de falência e teve alta com base em critérios clínicos e radiológicos, por impossibilidade de realização de exames de baciloscopia;

- ✓ **Abandono** – paciente que fez uso de medicamento por 30 dias ou mais e interrompeu o tratamento por 30 dias consecutivos ou mais;
- ✓ **Abandono primário** – paciente que fez uso de medicamento por menos de 30 dias e interrompeu 30 dias consecutivos ou mais, ou quando o paciente diagnosticado não iniciou o tratamento;
- ✓ **Óbito por tuberculose** – quando o óbito apresentar a tuberculose como causa básica, a qual deve estar de acordo com as informações contidas no SIM.
- ✓ **Óbito por outras causas** – quando a causa básica não foi a tuberculose, mas a tuberculose consta como causa associada. As causas de morte devem estar de acordo com as informações contidas no SIM;
- ✓ **Transferência** – quando o paciente for transferido para outro serviço de saúde. A transferência deve ser processada por meio de documento que contenha informações sobre o diagnóstico e o tratamento realizado até aquele momento. É de responsabilidade da unidade de origem a confirmação de que o paciente compareceu à unidade para a qual foi transferido;
- ✓ **Mudança de diagnóstico** – quando ocorrer alteração no diagnóstico e for elucidado que não se tratava de um caso de tuberculose;
- ✓ **Mudança de esquema** – quando o paciente necessitar da adoção de regimes terapêuticos diferentes do esquema básico, seja por intolerância e/ou por toxicidade medicamentosa;
- ✓ **Tuberculose drogarresistente (TB DR)** – quando houver confirmação, por meio de teste de sensibilidade ou TRM-TB, de resistência a qualquer medicamento antituberculose, independentemente do esquema de tratamento a ser utilizado, exceto casos de monorresistência ao etambutol, pirazinamida ou estreptomicina que mantenham o uso do esquema básico. Os casos com diagnóstico de resistência à rifampicina pelo TRM-TB devem ser encerrados no Sinan como TBDR e a Ficha de Encerramento deve seguir para a Secretaria de Saúde endereçada ao NAI Central;

- ✓ **Falência** – será registrada nas seguintes situações: persistência da baciloscopia de escarro positiva ao final do tratamento; doentes que no início do tratamento apresentavam baciloscopia fortemente positiva (++ ou + + +) e mantiveram essa situação até o 4º mês; baciloscopia positiva inicial seguida de negatificação e de novos resultados positivos por 2 meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento. O aparecimento de poucos bacilos no exame direto do escarro, nas proximidades do 5º ou 6º mês do tratamento, isoladamente, não significa, necessariamente, a falência do tratamento. O paciente deverá ser acompanhado com exames bacteriológicos (baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade antimicrobiana) para melhor definição.

5.17.1 FLUXOGRAMA VI – ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE



Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. A transmissão da doença ocorre predominantemente de forma direta de uma pessoa contaminada e não tratada para outra, por meio de via respiratória; no entanto, somente uma parcela da população que entra em contato com a bactéria desenvolve a doença.

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Estas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença. Por isso mesmo ratifica-se que a hanseníase é doença curável, e quanto mais precocemente diagnosticada e tratada mais rapidamente se cura o paciente. (BRASIL, 2002)

6.1 Acolhimento

Poderá ser feito por qualquer integrante da equipe presente na unidade. A consulta do suspeito para avaliação inicial deverá ser feita pelo enfermeiro e/ou médico. Caso o enfermeiro avalie e suspeite de caso de hanseníase, a consulta médica na unidade deverá ser agendada prioritariamente para o fechamento do diagnóstico.

6.2 Atividade educativa

As equipes devem realizar atividades educativas dirigidas aos portadores e seus comunicantes, aos líderes comunitários e também à população em geral, visando a disseminação de informações sobre a doença. Essas ações contribuem para a melhor compreensão das questões que envolvem a patologia, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade do portador e podem fazer vir à tona casos ocultos na comunidade.

6.3 Rastreamento

O rastreamento, através da busca ativa, é uma ação que tanto pode contribuir para a detecção precoce da doença, evitando diagnósticos tardios e suas complicações, como contribui muito para o alcance da meta de eliminação da hanseníase, ou seja, reduzir a prevalências de casos da doença para menos de 1 paciente por cada 10 mil habitantes.

Em 2021, o Brasil teve um aumento de 47,9 % de casos novos diagnosticados com Grau de Incapacidade II (GIF II) inferindo prevalência oculta (Brasil, 2022). Em 2022, Duque de Caxias notificou cinco casos de Grau de Incapacidade II, sendo o segundo município do Estado do Rio de Janeiro em detecção deste tipo de incapacidade. Dos cinco casos, três estavam em tratamento na APS e os outros dois, em unidades especializadas. Vale ressaltar que este fato infere uma prevalência oculta no município e que devemos reforçar as ações educativas, as capacitações e as mobilizações para a detecção de casos oligossintomáticos.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são de extrema importância nesse contexto por estarem constantemente em contato com a população.

Além da busca ativa é necessário que toda a equipe de saúde esteja alerta em suas atividades cotidianas de forma a atentar para a presença dos seguintes sinais e sintomas:

- ✓ Presença de uma ou mais manchas avermelhadas, esbranquiçadas ou amarronzadas, em QUALQUER PARTE DO CORPO, com diminuição ou perda de sensibilidade térmica, dolorosa e /ou tátil. Neste caso, pode ocorrer de uma pessoa se queimar no fogão e nem perceber, verificando a lesão na pele posteriormente ao evento;
- ✓ Área de pele seca e com falta de suor;
- ✓ Área da pele com queda de pelos, mais especialmente nas sobrancelhas;
- ✓ Parestesias (sensação de formigamento na pele, principalmente das mãos e dos pés);
- ✓ Dor e sensação de choque, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços e das pernas;
- ✓ Edema ou inchaço de mãos e pés;
- ✓ Úlceras de pernas e pés;
- ✓ Nódulos (caroços) no corpo, em alguns casos avermelhados e dolorosos.

- ✓ Diminuição da força dos músculos da face, mãos e pés devido à inflamação de nervos, que nesses casos podem estar engrossados e doloridos;

Ressalta-se que o coeficiente de detecção de casos em crianças menores de 15 anos é considerado, pelo Ministério da Saúde, como o principal indicador para identificação do padrão da manutenção de transmissão da hanseníase em uma área específica. A detecção dos pacientes pediátricos indica a continuação da presença de pacientes não detectados e da transmissão da doença na comunidade. Com isso, destaca-se a importância de parcerias com escolas, especialmente a partir do Programa Saúde na Escola (PSE).

Como guia de investigação e busca ativa de casos, os profissionais envolvidos podem realizar algumas perguntas aos usuários, como:

- ✓ Em algum momento, alguém no domicílio está em tratamento ou já morou junto com alguém que fez ou faz tratamento de hanseníase?
- ✓ Existe alguém no domicílio com alguma alteração na pele – manchas, placas, infiltrações, tubérculos, nódulos?
- ✓ Essas manchas têm alteração de sensibilidade, são dormentes?
- ✓ Associado a isso, há queixas de dor, câimbras, formigamento, dormência e fraqueza nas mãos e pés?
- ✓ Alguém já se queimou cozinhando e não notou no momento da queimadura por não sentir o calor do fogão? Vale o mesmo exemplo para queimaduras com ferro de passar roupa sem que fosse percebido o calor local.
- ✓ Alguém já machucou os pés por utilizar calçados abertos sem sentir o ferimento na hora e perceber somente a lesão num momento futuro?
- ✓ Alguma sensação de dor (do tipo pontada, agulhada, fígada ou choque) ao longo dos nervos dos braços e pernas?

6.4 Diagnóstico

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da anamnese, exame geral e dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas.

Considera-se caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais:

- a) lesão e/ou área da pele com alteração da sensibilidade térmica, dolorosa e/ou tátil;
- b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas, motoras e/ou autonômicas;
- c) presença de bacilos *Mycobacterium leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele.

Para os casos diagnosticados, deve-se utilizar a classificação operacional de caso de hanseníase, visando definir o esquema de tratamento com poliquimioterapia, que se baseia no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios:

- Paucibacilar (PB) – casos com até cinco lesões de pele;
- Multibacilar (MB) – casos com mais de cinco lesões de pele.

Na hanseníase as lesões de pele, na maioria das vezes, terão alteração de sensibilidade. Apesar das lesões aparecerem em qualquer parte do corpo, ocorrem com maior frequência na face, orelhas, braços, pernas, costas e nádegas, podendo acometer também a mucosa nasal e mais raramente a cavidade oral.

6.5 Notificação

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a ficha de notificação/investigação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); deve ser preenchida, o mais breve possível, após o diagnóstico e enviada para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Uma cópia deve permanecer no prontuário.

O Boletim de Acompanhamento Mensal de Hanseníase é um instrumento do SINAN utilizado para o monitoramento do tratamento da doença e deve ser encaminhado à SMS ao final de cada mês.

6.6 Exame de contato (comunicantes)

É considerado contato “toda a pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco anos anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser ou não” (BRASIL, 2022).

O Teste Rápido (TR) foi implantado recentemente na APS, exclusivamente para contactantes de casos confirmados de hanseníase sem sinais ou sintomas sugestivos da doença (BRASIL, 2022). Trata-se de teste imunocromatográfico que detecta anticorpos IGM contra antígeno PGI-1 do *M. Leprae*, tanto em soro humano ou em sangue total. É um teste rápido, de fácil execução, que pode ser realizado diretamente pelos profissionais de saúde.

Em contatos com diagnóstico de doença ativa, o esquema PQT-U deve ser iniciado o mais rápido possível.

Recomenda-se ofertar imunoprofilaxia aos contatos, maiores de um ano de idade, não vacinados ou que receberam apenas uma dose da vacina BCG, sejam eles contatos de caso Paucibacilar/PB ou Multibacilar/MB (Quadro 1). A vacinação de BCG para os contatos deverá ser realizada na referência.

ATENÇÃO: não se deve fazer a vacinação BCG em pacientes imunossuprimidos, pessoas com tuberculose ativa, gestantes ou em indivíduos vacinados recentemente.

Todo contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica, mas que ela oferece alguma proteção contra a doença. É ainda importante que os profissionais de saúde estejam atentos ao fato que a BCG pode abreviar o tempo de incubação.

6.7.1 QUADRO I – Esquema de vacinação com BCG para os contatos

Cicatriz Vacinal	Conduta
Ausência de cicatriz de BCG	1 dose
Uma cicatriz de BCG	1 dose
Duas cicatrizes de BCG	Não prescrever
<1 ano com cicatriz vacinal	Não prescrever
Pacientes com tuberculose ou já tratado desta doença	Não prescrever
Pacientes HIV +	Seguir as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados nesta clientela.

6.8 Tratamento

A Poliquimioterapia Única (PQT-U) ampliou a clofazimina para o tratamento paucibacilar, de crianças e adultos, mantendo o tempo de tratamento operacional a qual o paciente se enquadra: PAUCIBACILAR (PB) = 6 doses mensais supervisionadas em até 9 meses e MULTIBACILAR (MB) = 12 doses mensais supervisionadas em até 18 meses.

O início da PQT-U deve ser o mais breve possível. A primeira e a última consulta deverão ser realizadas com o matriciamento do médico dermatologista do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAP). Mais consultas poderão ser necessárias caso ocorram intercorrências durante o tratamento. As equipes da ESF devem proceder ao agendamento de consulta para avaliação e prevenção das incapacidades físicas, com a fisioterapeuta do Departamento de Atenção Primária (DAP). Nas demais UAPS existem fisioterapeutas dentro do programa de hanseníase que atendem a referida demanda.

A seguir, o quadro 2 mostra o esquema terapêutico utilizado para tratamento dos casos **multibacilares** e **paucibacilares** de adultos e crianças com 30 kg de peso ou mais. O quadro 3 mostra o esquema para o tratamento de crianças com peso corporal menor que 30 kg.

6.8.1 QUADRO II – PQT-U multibacilares e paucibacilares

ADULTOS E CRIANÇAS > 50 KG.	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ) dose mensal de 300mg (3 capsulas de 100mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg autoadministrada.
CRIANÇAS (30kg a 50Kg) Cartela infantil	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

6.8.2 QUADRO III – Esquema Terapêutico para crianças menores de 30 kg

DROGA	DOSE PQT	DOSE MG/KG
Rifampicina em suspensão	MENSAL	10-20
Dapsona (DDS)	MENSAL	1-2
	DIÁRIA	1-2
Clofazimina (CFZ)	MENSAL	5,0
	DIÁRIA	1,0

Fonte: BRASIL, 2016.

O paciente deve ser orientado quanto ao horário da ingestão dos medicamentos que deve ser 2 horas após o almoço para evitar intolerância gástrica e eventual abandono do tratamento por esse motivo. Se ainda houver dor epigástrica, pensar em introduzir omeprazol, ranitidina ou cimetidina pela manhã.

6.9 Casos especiais de tratamento

- ✓ Gravidez e o aleitamento materno: não contraindicam o tratamento PQT-U padrão. Apesar de ser recomendada a restrição de alguns medicamentos no primeiro trimestre gestacional e na lactação, o esquema padrão de PQT-U pode ser utilizado nestas situações. Contudo, mulheres com diagnóstico de hanseníase e não grávidas que desejem engravidar devem receber aconselhamento para planejar a gestação após a finalização do tratamento. Especial atenção deve ser dada ao período compreendido entre o terceiro trimestre da gravidez e o puerpério, no qual as reações hansênicas podem ter sua frequência aumentada.
- ✓ Orientar as mulheres em tratamento de hanseníase que a PQT-U diminui comprovadamente a eficácia dos anticoncepcionais, portanto a mulher em idade fértil deve ser orientada a **utilizar método anticoncepcional de barreira (preservativo) por sete dias após a dose supervisionada**. Outra opção é “esticar” a cartela de anticoncepcional para 28 dias para coincidir com a cartela da PQT, ficando a paciente sem tomar anticoncepcional e PQT-U por 7 dias, sem interferência na eficácia do tratamento.

6.10 Tuberculose associada à hanseníase

➤ **proceder da seguinte forma:**

- Manter o esquema terapêutico apropriado para a tuberculose (lembrando que nesse caso a dose de rifampicina de 600 mg será administrada diariamente), acrescido dos medicamentos específicos para a hanseníase, nas doses e tempos previstos no esquema padrão PQT-U.
- Multibacilar e paucibacilar – acrescentar a dapsona e a clofazimina até o término do tratamento da tuberculose, quando deve ser acrescida a rifampicina do esquema padrão da hanseníase.
- Casos em que não se utilize a rifampicina no tratamento da tuberculose, por contraindicação dessa droga: deverá ser prescrito esquema substitutivo próprio para esses casos na hanseníase.
- Casos em que não se utilize a rifampicina no tratamento da tuberculose por resistência do *Mycobacterium tuberculosis* a essa droga: utilizar o esquema padrão PQT-U da hanseníase.

OBS: Os casos de Tuberculose Recidiva, insuficiência ou falência terapêutica devem ser encaminhados ao Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias (CMSDC) com guia de referência e contrarreferência.

6.11 Consultas subsequentes

A cada 28 dias o paciente deve retornar para o monitoramento clínico/terapêutico com médico ou enfermeiro. Essa medida visa identificar reações hansênicas, efeitos adversos aos medicamentos e dano neural. Nesta consulta a dose supervisionada deve ser feita na unidade de saúde e oferecida a cartela com os medicamentos das doses a serem autoadministradas em domicílio. Nesse momento, deve-se ressaltar a necessidade do exame dos contatos.

Deve-se solicitar exames complementares como: hemograma, TGO, TGP, bilirrubinas (direta e indireta), glicemia de jejum e exame parasitológico de fezes (EPF) no início do tratamento e quando necessário.

6.12 Consulta odontológica

Pacientes de hanseníase devem ser avaliados por um odontólogo e orientados quanto à higiene bucal para reduzir os riscos de reações hansênicas neste local. Uma consulta com avaliação odontológica deverá ser realizada no início da PQT-U e consultas subsequentes devem ser agendadas de acordo com as necessidades identificadas no quadro geral para melhor acompanhamento e prevenção de agravos.

As lesões hansênicas, quando ocorrem na cavidade bucal, evoluem de forma insidiosa e assintomática, formando nódulos eritematosos ou amarelados, geralmente múltiplos, principalmente no palato duro. Os dois terços anteriores da língua podem demonstrar atrofia papilar e áreas nodulares infiltradas. Complicações locais, como úlceras e perfurações nasopalatinas, eventualmente, estabelecem-se em decorrência das reações hansênicas. Em casos extremos, o comprometimento da úvula leva à destruição completa da estrutura.

A terapêutica local das lesões bucais evita que as mesmas se estendam, com sequelas capazes de interferir definitivamente na qualidade de vida dos pacientes. O comprometimento dos ossos maxilares e nervos faciais, juntamente com a infecção das mucosas da nasofaringe e orofaringe, resultam em importantes sequelas aos pacientes com hanseníase, tanto estéticas quanto sociais. O envolvimento da inervação facial se manifesta principalmente pelo dano motor de ramos dos nervos trigêmeo e facial.

6.13 Prevenção e tratamento de incapacidades

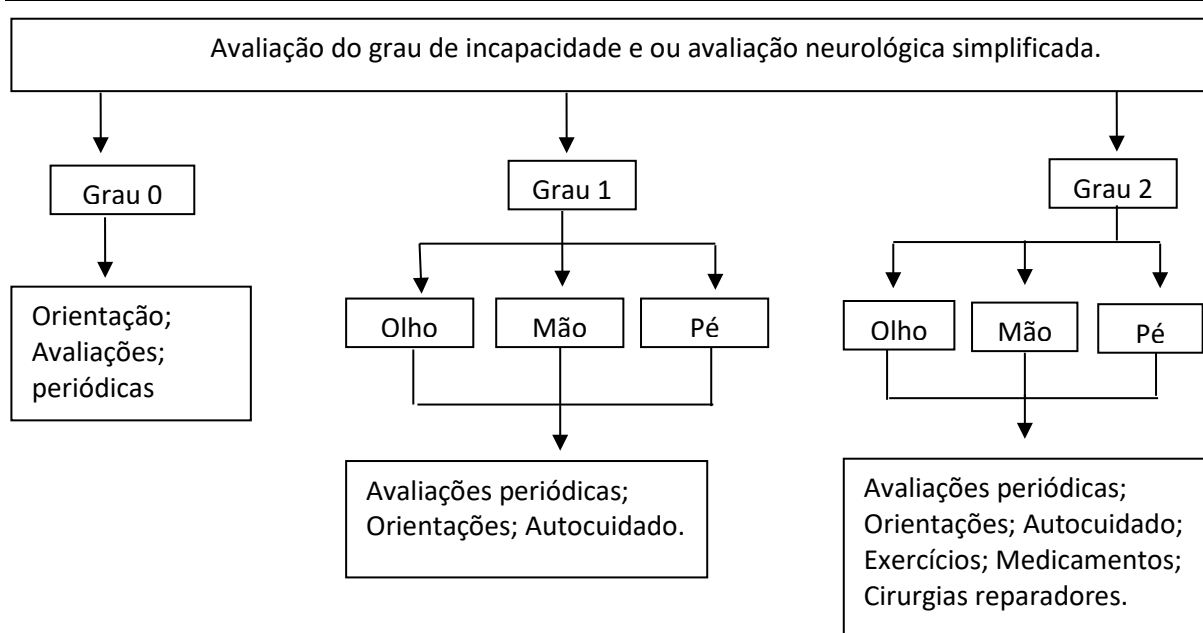
Prevenir incapacidades e deformidades traduz um dos maiores cuidados ao paciente, portanto, é imprescindível avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física. A avaliação neurológica deve ser realizada e registrada no Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada que faz parte do prontuário do paciente. A avaliação do grau de incapacidade deverá ser realizada pelo fisioterapeuta com a finalidade de prevenção das incapacidades físicas, em distintos momentos: no diagnóstico, a cada 3 meses e na alta da terapia medicamentosa.

A prevenção das incapacidades físicas é realizada mediante utilização de técnicas simples (educação em saúde, exercícios preventivos, adaptações de calçados, adaptações de instrumentos de trabalho e cuidados com os olhos).

Os casos com alterações físicas instaladas (mãos em garra, pé caído, desabamento da pirâmide nasal, queda do lóbulo da orelha ou atrofia cutânea da face) devem ser encaminhados para avaliação em centros de atenção especializada em cirurgia de reabilitação, de acordo com os seguintes critérios: ter completado o tratamento PQT-U e não apresentar estado inflamatório reacional e/ou uso de medicamentos antirreacionais há pelo menos um ano.

Orientar o paciente quanto a legislação que protege pessoas com deficiência, garantindo o direito à acessibilidade, aí incluído o direito a órteses e a outras ajudas técnicas, se necessárias.

6.13.1 FLUXOGRAMA I – AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA.



Fonte: BRASIL, 2016.

Os pacientes com grau de incapacidade II deverão ser submetidos ao protocolo de validação do GIF (BRASIL, 2023):

- ✓ Solicitar ao paciente, consentimento e autorização do uso de imagem com a assinatura do mesmo;
- ✓ Postar para a Coordenação Municipal do Programa a folha da ANS e a imagem do GIF II;
- ✓ Caso seja confirmado, outro fisioterapeuta irá avaliar o paciente e preencherá o formulário online.

6.14 Reações hansênicas

As reações hansênicas são fenômenos de aumento da atividade da doença, com piora clínica que podem ocorrer de forma aguda antes, durante ou após o final do tratamento com a PQT-U. Pacientes com carga bacilar mais alta (virchowianos) geralmente apresentam reações de início mais tardio, ou seja, no final ou logo após o término da PQT-U.

As reações hansênicas, classificadas em reação do tipo 1 ou tipo 2, são vistas como alterações do sistema imunológico que se manifesta em atividades inflamatórias agudas e subagudas. A reação do tipo 1 ocorre nos PB e MB e a reação do tipo 2 somente nos MB (maioria virchowianos).

As características típicas dessa resposta são: edema, calor, rubor, dor e perda da função. Uma vez que os bacilos da hanseníase afetam a pele e os nervos, as reações hansênicas cursam com inflamação nesses lugares. A inflamação em uma lesão de pele pode ser incômoda, mas raramente é grave; por outro lado, a inflamação em um nervo (neurite) pode causar danos graves, como a perda da função originada do edema e da pressão no nervo.

- ✓ Reação Tipo 1: caracteriza-se pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltrações, alterações de cor e edema nas lesões antigas e pela neurite (dor à palpação dos nervos periféricos).
- ✓ Reação Tipo 2: cuja manifestação clínica mais frequente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH), caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de manifestações sistêmicas como: febre, dor articular, mal-estar generalizado, orquite (inflamação nos testículos), iridociclites (inflamação da parte anterior do olho, que inclui a íris e o corpo ciliar), com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

Nos casos de reações hansênicas em que não é possível a avaliação imediata do paciente por dermatologista, o médico da unidade deve avaliar cada caso e proceder como em situações de emergência, realizando o encaminhamento para as unidades de saúde do nível secundário e terciário, para tratamento nas primeiras 24 horas.

Para iniciar o tratamento das reações hansênicas é imprescindível diferenciar o tipo de reação; avaliar a extensão do comprometimento de nervos periféricos, órgãos e outros sistemas; investigar e controlar fatores potencialmente capazes de desencadear os estados reacionais;

conhecer as contraindicações, interações e efeitos adversos dos medicamentos usados no tratamento da hanseníase e em seus estados reacionais; instituir precocemente a terapêutica medicamentosa antirreacional e medidas coadjuvantes adequadas visando à prevenção de incapacidades; encaminhar os casos graves para internação hospitalar.

Nas situações em que haja dificuldade de encaminhamento imediato para serviços de referência, os seguintes procedimentos devem ser aplicados:

- ✓ Orientar repouso do membro afetado em caso de suspeita de neurite.
- ✓ Fica autorizado ao médico da unidade a iniciar o tratamento da reação com prednisona na dose 1 mg/kg/dia pela manhã, no café da manhã), devendo-se tomar as seguintes precauções para a sua utilização: garantia de acompanhamento médico, registro do peso, da pressão arterial, da glicemia de jejum no sangue, tratamentos profiláticos da estrogiloidíase e da osteoporose. Em casos de hipertensos ou cardiopatas prescrever dexametasona 0,15 mg/kg/dia. (Vide Manual do Ministério da Saúde: Guia Prático sobre a Hanseníase, 2017, página 51).
- ✓ Nos casos de parestesia, dormência ou dor em choque (fisgada), associar antidepressivo tricíclico em dose baixa (amitriptilina 25 mg por dia), associado a clorpromazina 5 gotas (5 mg) duas vezes ao dia, ou a carbamazepina 200 a 400 mg por dia. Não trate estes sintomas com Prednisona nem com talidomida. A dose de amitriptilina pode chegar a 75 mg por dia e a de clorpromazina até 50 mg por dia, em aumentos graduais. (Vide Manual do Ministério da Saúde: Guia Prático sobre a Hanseníase, 2017, página 51).
- ✓ Todos os casos de reação devem ser encaminhados ao dermatologista da unidade mais próxima com programa de hanseníase.
- ✓ A reação do tipo 2 deve ser tratada com talidomida nos homens e mulheres em idade não fértil. Nestes casos, a prescrição será feita pelo dermatologista.
- ✓ **PRECAUÇÕES no uso dos corticosteroides:** verificar se o paciente não possui outras doenças (hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, infecções, imunossupressão, insuficiência cardíaca ou renal, etc). Fazer profilaxia para *Strongiloydes stercoralis*, causador da estrogiloidíase, prescrevendo albendazol 400mg/dia durante 3 a 5 dias consecutivos, ou ivermectina, se houver. Em caso de gestação, deverão ser considerados

os critérios recomendáveis para tratamento antiparasitário em gestantes. (Vide Manual do Ministério da Saúde: Guia Prático sobre a Hanseníase, 2017, página 51).

✓ Se necessário, fazer profilaxia para osteoporose: cálcio 1000 mg/dia associado a vitamina D 400-800 UI/dia e/ou bifosfonatos (alendronato 70 mg/semana, administrado com água, pela manhã, em jejum). Recomenda-se que o desjejum ou outra alimentação matinal seja realizado (a), no mínimo, 30 minutos após a ingestão do comprimido do alendronato. Deve-se também estimular a prática de exercícios físicos e a restrição ao fumo e álcool. (Vide Manual do Ministério da Saúde: Guia Prático sobre a Hanseníase, 2017, página 51).

Considerar a possibilidade de foco infeccioso dentário e infecções assintomáticas, como infecção do trato urinário em idosos, sendo potentes desencadeadores de reação hansênica.

Para o encaminhamento dos casos de reações deverá ser utilizada a Ficha de Referência/Contrarreferência padronizada pelo município, contendo todas as informações necessárias, incluindo-se a data do início do tratamento, esquema terapêutico, número de doses administradas e o tempo de tratamento. Se possível, inclua a cópia do prontuário do paciente. Em caso de transferência definitiva do paciente reacional, encerrar o caso com alta por transferência.

6.15 Complicações da PQT-U

As complicações medicamentosas devem ser tratadas por profissional médico, conforme as recomendações a seguir:

✓ **Dapsona** é a droga do esquema que requer maior atenção dos profissionais de saúde. Se aparecer reação alérgica como hiperemia cutânea, prurido e descamação, principalmente na face e antebraços, interrompa a medicação e envie o paciente para a referência.

✓ **Intolerância à dapsona:** Se o paciente apresentar sintomas como dispnéia com cianose de extremidades (metemoglobinemia), febre e dor de garganta (agranulocitose), ou dor abdominal com fraqueza e taquicardia e mucosas conjuntivais descoradas (hemólise), provavelmente deve estar ocorrendo intolerância à dapsona. Nesses casos, interromper o tratamento e coletar sangue para avaliar o hemograma, a função renal e

as transaminases. Confirmada a hemólise e/ou hepatopatia/comprometimento renal, a dapsona deverá ser retirada do esquema. Se houver agranulocitose (febre, dor de garganta e glóbulos brancos muito baixos), o paciente deve ser enviado urgentemente para a referência. Anemia discreta pela Dapsona (queda de até 0,2g% de hemoglobina por mês) são esperadas, e não contraindicam a suspensão da Dapsona; nesses casos, administrar ácido fólico e complexo B. Se o paciente já apresentar, previamente, alterações nos exames de função hepática ou renal, ou no hemograma, avaliar a relação risco-benefício da introdução de Dapsona, embora não seja contraindicação absoluta.

✓ **Rifampicina** é dada uma vez por mês; assim, efeitos adversos são raros. É comum que a urina se apresente avermelhada algumas horas após a ingestão da medicação, e isso deverá ser explicado ao paciente. Em casos de urticária, que ocorre cerca de meia hora após a ingestão da dose supervisionada, corticoides e anti-histamínicos podem ser prescritos pelo médico.

✓ **Clofazimina** é vista como uma medicação segura e pode causar um aumento da pigmentação da pele (“aspecto bronzeado”), além de potencial ressecamento da pele. Nesses casos, prescrever hidratantes ou creme de ureia em áreas ressecadas com risco de comprometer a integridade cutânea. No eventual caso de constipação intestinal, prescrever dieta laxativa, óleo mineral, ou laxantes leves. Raramente, pode ocorrer uma síndrome similar a um quadro de dengue, com febre, artralgia e plaquetopenia. Nesses casos, suspender a medicação e enviar o paciente para a referência.

6.16 Abandono de tratamento

Nos casos de usuários irregulares, proceder com busca-ativa no domicílio o mais breve possível após a falta à consulta. Acionar especialistas do NASF para apoio matricial, se necessário. Comunicar ao Núcleo de Apoio Institucional e Coordenação de Hanseníase/Vigilância Epidemiológica via relatório, informando os obstáculos encontrados na adesão ao tratamento.

Para os pacientes que não conseguirem terminar o esquema de tratamento de 06 meses em até 9 meses (no caso de PB) ou 12 meses em até 18 meses (MB), proceder como caso de abandono. É imprescindível a notificação deste evento à coordenação de hanseníase. Todo o esquema deverá ser reiniciado caso o paciente decida retomar o tratamento.

Considera-se um caso de abandono todo paciente que não conseguiu completar o tratamento dentro do prazo máximo permitido, apesar de repetidas tentativas para o retorno e seguimento do tratamento. Assim, sempre que um paciente PB perdeu mais de três meses de tratamento ou um paciente MB mais de seis meses de tratamento, não será possível completá-lo no tempo máximo permitido e deverá ser informado no campo correspondente como abandono em impresso próprio (Ficha de Encerramento do caso).

Nos casos de reingresso após abandono os pacientes devem ser reexaminados para definição da conduta terapêutica adequada e notificados no SINAN com o “modo de entrada” outros reingressos e informados no campo “observações” reingresso por abandono.

6.17 Alta do tratamento

Conforme orientação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, a fisioterapeuta deve ser acionada na penúltima dose supervisionada, no mês anterior ao término previsto da PQT.

Agendar consulta de alta com o médico da unidade e realizar o encerramento do caso por cura após o término das doses supervisionadas dentro do prazo estipulado. Preencher a Notificação de saída para realizar o encerramento do caso.

Caso o paciente apresente reações ou deficiências sensitivo-motoras e/ou incapacidades no momento da alta, o mesmo deve ser monitorado, com agendamento, de acordo com cada caso. Caso haja aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora, o paciente deve ser orientado a procurar a unidade de saúde o mais breve possível.

Se for um caso MB e não houver melhora clínica após um ciclo de 12 doses, encaminhar para o dermatologista da referência mais próxima. Possíveis causas: insuficiência terapêutica, falência terapêutica (resistência medicamentosa ou alterações do metabolismo das drogas) e erro diagnóstico.

6.18 Referências para avaliação de casos complexos de Hanseníase (quadros reacionais)

Diante de quadros reacionais ou incerteza do diagnóstico, os usuários deverão ser encaminhados para as unidades abaixo listadas (com dermatologista).

OBS: Fazer encaminhamento por escrito, que explique de forma clara o motivo do encaminhamento. Se possível, anexe uma cópia do prontuário e exames do paciente.

6.19 QUADRO V – Referência para quadros reacionais de Hanseníase por Distrito

1° Distrito	2° Distrito	3° Distrito	4° Distrito
Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias	UPH Pilar	UPH Imbariê	UPH Xerém
Policlínica Duque de Caxias	UPH Campos Elíseos	UPH Parque Equitativa	
	UBS Antônio Granja		
	UPH Saracuruna		

6.20 ANEXO I – Estratificação de risco por níveis e pontos de atenção

RISCO	NÍVEIS DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO
Hanseníase sem incapacidade, sem reação.	Primário	ESF; UBS; Unidades de atenção secundária regional; Centros Municipais de Referência
Hanseníase com efeitos adversos à PQT-U (para conduta e retorno à Unidade de Saúde de origem com indicação de esquema substitutivo)	Secundário	Unidades de atenção secundária regional; Centros Municipais de Referência (Ambulatórios especializados de hospitais)
Hanseníase cursando com incapacidade física e/ ou com estado reacional leve a moderada	Secundário	Unidades de atenção secundária regional com pólo de PI (PS, CMS, Policlínicas)
Hanseníase com estado reacional e/ ou efeitos adversos graves	Terciário	Centros Municipais de Referência (Ambulatórios especializados de hospitais), Hospitais de Referência clínica.
Hanseníase com indicação de descompressão neural e cirurgia reparadora	Terciário	Hospitais de Referência cirúrgica.

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2010.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), a terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) está sendo adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em consonância com a utilização internacional empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O último Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, no ano de 2022, reforça o impacto na qualidade de vida das pessoas, nas relações pessoais, familiares e sociais causado pelas IST.

Nesse sentido, alerta também sobre a importância do rastreamento e tratamento das IST assintomáticas e manejo das sintomáticas com uso de fluxogramas.

Esse protocolo ajusta as recomendações nacionais à realidade local do município e tem o objetivo de facilitar o processo de diagnóstico e tratamento das pessoas com IST na Atenção Básica, bem como de seus parceiros sexuais e assim interromper a cadeia de transmissão, consequentemente prevenindo outras infecções e possíveis complicações.

7.1 Acolhimento

Acolher os usuários que vão à unidade, por demanda livre ou agendada com sigilo e postura ética. Caso essas condições não sejam garantidas, poderão ocorrer: omissão de informações importantes para a definição do diagnóstico; despreocupação ou superdimensionamento quanto à gravidade da doença causando, dessa forma, angústias desnecessárias e, até mesmo, desajustes nos relacionamentos. Nesse sentido, o (a) paciente deverá ser visto (a) como um todo, com sentimentos, crenças e valores determinantes das práticas de risco e atitudes diante do tratamento prescrito.

7.2 Atendimento a pessoas com IST na AB

O profissional de saúde precisa ter em mente os seguintes objetivos ao fazer qualquer abordagem em pessoas com IST:

- ✓ Interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível;
- ✓ Evitar as complicações advindas das IST assim como a transmissão do HIV;

- ✓ A regressão imediata dos sintomas;
- ✓ Evitar transmissão da doença para parcerias sexuais e para os conceptos no caso de gestantes.

A primeira consulta é muito importante, por isso busca-se o mais rápido possível fazer o diagnóstico, para iniciar o tratamento e o aconselhamento adequados. Seguindo os passos dos fluxogramas, o profissional terá condições de:

- ✓ Fazer o diagnóstico sindrômico;
- ✓ Iniciar o tratamento imediatamente;
- ✓ Realizar o acolhimento para:
 - a) Oferecer os testes rápidos e/ou sorologias disponíveis: HIV (anti-HIV), Hepatites Virais (HBsAg, Anti-HBc e Anti-HBS) e sífilis (VDRL ou teste rápido conforme disponível na UBS);
 - b) Fortalecer a adesão ao tratamento;
 - c) Promover o uso de preservativos (masculino ou feminino) com vistas à redução de riscos de reinfecção e transmissão para o(s) parceiros(s) sexual(is);
 - d) Buscar o(s) parceiro(s) para o diagnóstico e o tratamento de IST e infecção pelo HIV.

7.3 Abordagem Sindrômica

Consiste em incluir a doença dentro de síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sinais e sintomas, e instituir tratamento imediato sem aguardar resultados de exames confirmatórios. A aceitação ocorreu pela rápida disseminação da HIV/Aids e pela aparente eficácia do método.

A abordagem sindrômica das IST tem como principais objetivos: classificar os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por eles causadas; utilizar fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de síndromes; indicar o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes da síndrome; incluir a atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos; incluir a oferta de sorologias (EVANGELISTA, 2012).

7.4 Diagnóstico Clínico

A anamnese e o exame físico do usuário constituem-se nos principais elementos diagnósticos das IST, mesmo quando disponíveis os recursos de laboratório. O profissional de saúde, conhecendo os principais aspectos anatômicos e funcionais, tanto do organismo masculino quanto do feminino, poderá associar os dados da anamnese e fazer um diagnóstico de presunção das principais síndromes (abordagem sindrômica).

Como falar em IST implica lidar com questões de foro íntimo, decorrentes do exercício da sexualidade, uma anamnese consistente e precisa implica a construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o (a) usuário em atendimento. Dessa forma, atitudes de preconceito, juízos de valor e imposição de condutas deverão ser evitadas, garantindo o diálogo, apesar das diferenças.

É importante lembrar que outras doenças (diabetes, dermatoses, imunodeficiências etc.), o estado nutricional, as associações entre as diferentes IST (coinfecções) e o uso de medicamentos, podem interferir tanto no diagnóstico como no tratamento da IST que motivou a consulta. Sendo assim, deverá ser realizado o exame clínico-genital minucioso, que contemple a busca de outros agravos por meio de inspeção geral, controle de pressão arterial, toque retal etc. Nas mulheres, realizar a palpação das mamas e, quando houver indicação, a citologia oncológica do colo do útero. Lembre-se que: Uma queixa de corrimento vaginal pode não significar IST. Diversas IST podem apresentar-se de maneira assintomática na mulher, durante período variável de tempo, aumentando o risco de complicações graves.

7.5 Abordagem dos parceiros sexuais

Considera-se parceria sexual, para fins de comunicação ou convocação, os indivíduos com quem o usuário relacionou-se sexualmente entre 30 e 90 dias, segundo a tabela 1, excluindo-se os parceiros de mulheres com corrimento por vaginose bacteriana e candidíase. O uso de cartões para convocação de parceiros sexuais é recomendado.

O ideal é que os parceiros sejam trazidos para aconselhamento, diagnóstico e tratamento pelos próprios pacientes.

No caso do não comparecimento dos parceiros convidados, outras atividades poderão ser desenvolvidas, de acordo com as possibilidades de cada serviço. Pode-se realizar a comunicação por correspondência ou busca consentida, por meio de profissionais habilitados, por equipe de vigilância epidemiológica ou de saúde da família da área de abrangência.

Para que se rompa a cadeia de transmissão das IST, é fundamental que os contatos sexuais dos indivíduos infectados sejam tratados. O profissional deve orientar o usuário sobre:

- ✓ A natureza confidencial de suas informações;
- ✓ A possibilidade de parceiros sem sintomas estarem infectados;
- ✓ A possibilidade de reinfecção se um parceiro permanece infectado;
- ✓ As consequências para o parceiro, se não tratado;
- ✓ As consequências para outros contatos do parceiro, se esse não for tratado;
- ✓ Formas de transmissão, risco da infecção e as consequências da transmissão vertical;
- ✓ A necessidade de pronto atendimento médico e os locais onde consegui-lo;
- ✓ A necessidade de evitar contato sexual até que seja tratado e/ou aconselhado;
- ✓ Na impossibilidade de evitar no contato sexual, a necessidade de uso do preservativo.
- ✓ Qualquer que seja o método usado na comunicação, essa deve ser baseada nos princípios de confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação.

7.5.1 QUADRO I – Condições clínicas e tempo de contato sexual para comunicação aos parceiros

	Úlceras	Corrimento uretral ou infecção cervical	DIPA	Sífilis	Tricomoníase
Tempo do contato sexual	90 dias	60 dias	60 dias	Secundária= 6m Latente= 1 ano	Parceiro atual

Fonte: WHO, 2005.

7.6 Manejo Clínico das IST

No quadro 1, apresentaremos as principais síndromes clínicas, a seguir, os fluxogramas de diagnóstico e manejo das principais manifestações clínicas das IST

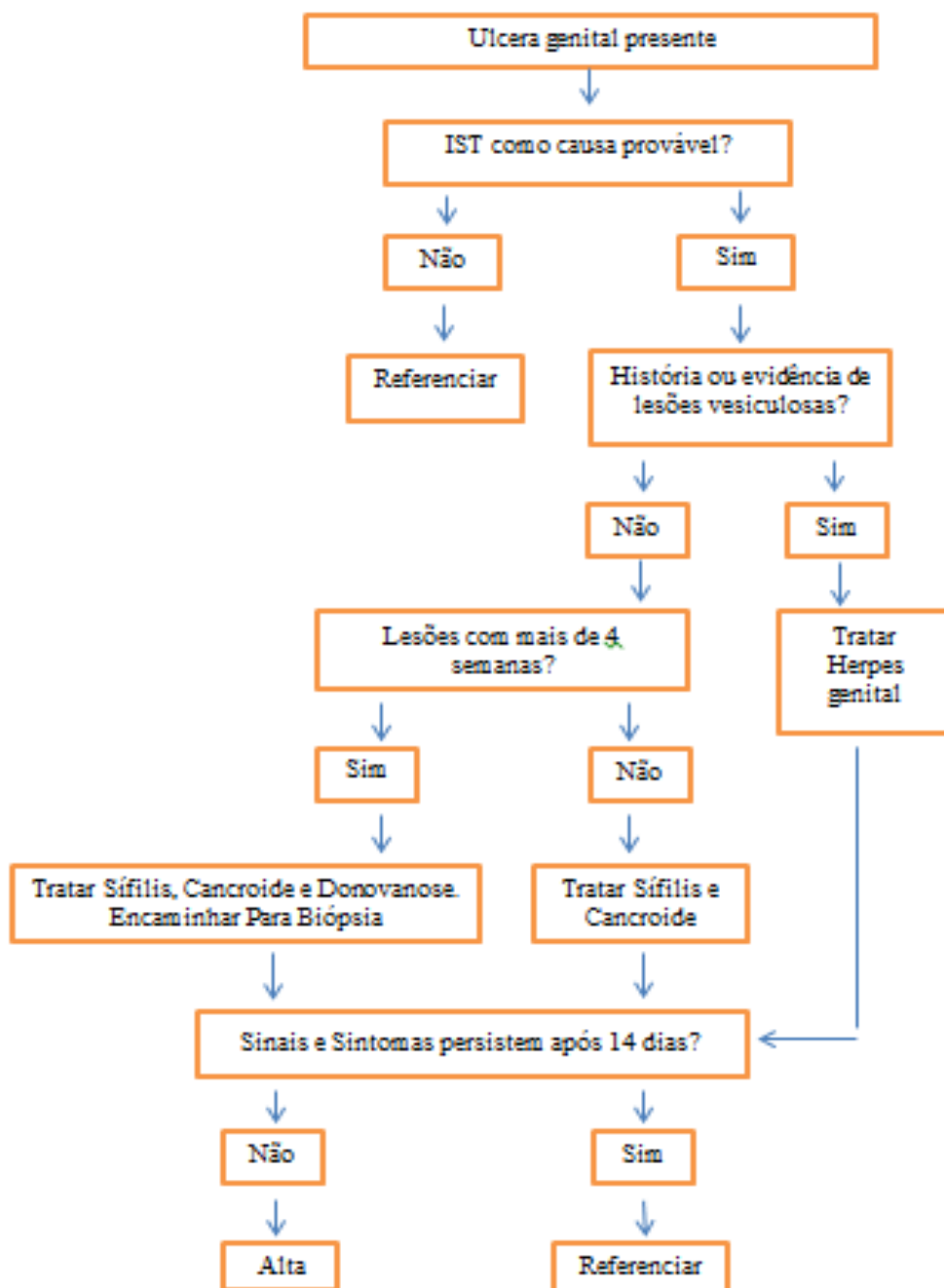
7.6.1 QUADRO I – Principais Síndromes Clínicas

SÍNDROME	DST	AGENTE	TIPO	TRANSMISSÃO SEXUAL	CURÁVEL
Úlceras	Sífilis	Treponema pallidum	Bactéria	Sim	Sim
	Cancro mole	Haemophilus ducreyi	Bactéria	Sim	Sim
	Herpes	Herpes simplex vírus (HSV-2)	Vírus	Sim	Não
	Donovanose	Klebsiella granulomatis	Bactéria	Sim	Sim
	Linfogranuloma	Chlamydia trachomatis	Bactéria	Sim	Sim
Corrimentos	Vaginose bacteriana	Múltiplos	Bactéria	Não	Sim
	Candidíase	Candida albicans	Fungo	Não	Sim
	Gonorréia	Neisseria gonorrhoeae	Bactéria	Sim	Sim
	Clamídia	Chlamydia trachomatis	Bactéria	Sim	Sim
	Tricomoniase	Trichomonas vaginalis	Protozoário	Sim	Sim
Verrugas	Condiloma	Papilomavírus Humano	Vírus	Sim	Não

Fonte: Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST, 2006.

7.6.2 Úlcera genital

7.6.2.1 FLUXOGRAMA I – FLUXOGRAMA PARA O MANEJO DE ÚLCERA GENITAL



Observações: Informação/Educação em Saúde; oferecer preservativos e gel lubrificante; oferecer ou encaminhar para teste rápido HIV, Sífilis e Hepatites Virais ou solicitar sorologias; enfatizar adesão ao tratamento; vacinar contra hepatite B e HPV (Avaliar cartão de vacina); notificar; convocar e tratar parceiros (mesmo que assintomáticos).

7.6.3 QUADRO II – TRATAMENTO PARA HERPES GENITAL

	Tratamento	Comentários
Primeiro episódio	Aciclovir* 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3xdia, por 7 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5xdia, por 7 dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível.
Recidiva	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3xdia, por 5 dias OU Aciclovir 200 mg, 4 comprimidos, VO, 2xdia, por 5 dias	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).
Supressão de Herpes genital (seis ou mais episódios/ ano)	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 2xdia, por até seis meses, podendo o tratamento ser prolongado por até dois anos	Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo pacientes com surtos repetidos de herpes genital (mais de seis surtos ao ano) indicada avaliação periódica de função renal e hepática.
Herpes genital em imunossuprimidos	Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em caso de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHA), pode-se optar pelo tratamento endovenoso.
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio.	

*As apresentações orais de valaciclovir e fanciclovir têm eficácia semelhante ao aciclovir comprimido;

Notas:

- O tratamento com antivirais é eficaz para redução da intensidade e duração do episódio, quando usado precocemente;
- O tratamento local pode ser realizado com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões;
- O uso de pomadas com antibiótico pode estar indicado nos casos de infecção secundária;
- Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário;
- É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões;
- A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados;
- É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer.
- Pacientes vivendo com HIV/Aids com herpes genital devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento.

7.6.4 QUADRO III – TRATAMENTO PARA CANCRÓIDE, LINFOGRANULOMA VENÉREO E DONOVANOSE

IST	Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Cancroide	Azitromicina 500 mg, 2 comp, VO, dose única OU Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única	Ciprofloxacina* 500 mg, 1 comp, VO, 2xdia, por 3 dias	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas

*A ciprofloxacina está contraindicada para gestantes, lactantes e crianças.

7.6.5 QUADRO IV – TRATAMENTO PARA LINFOGRANULOMA VENÉREO E DONOVANOSE

IST	Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina** 100 mg, VO, 1 comp, 2xdia, por 21 dias	Azitromicina 500 mg, 2 comp, VO, 1xsemana, por 3 semanas (preferencial nas gestantes)	As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: Azitromicina 500 mg, 2 comp, VO, dose única OU doxiciclina** 100 mg, 1 comp, VO, 2xdia, por 7 dias. O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.

**A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.

7.6.5 QUADRO V – TRATAMENTO PARA DONOVANOSE

IST	Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Donovanose	Azitromicina 500 mg, 2 comp VO, 1 x semana, por pelo menos 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões.	Doxicilina** 100mg, 1 comp. VO, 2 x dia, por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento completo das lesões. OU ciprofloxacina* 500mg, 1 e ½ comp, VO, 2xdia, por pelo menos 21 dias ou até a cicatrização das lesões (dose total 750 mg) OU sulfametoxazol - trimetoprima (400/80mg), 2 comp, VO, 2xdia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacina, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina 1 mg/kg/dia, EV, 3xdia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões. Em pacientes vivendo com HIV/Aids, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos, e o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves. O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica. Devido à baixa infectividade, não é necessário fazer o tratamento das parcerias sexuais.

7.7 Métodos para o diagnóstico da sífilis

Os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos, sendo estes na prática os mais utilizados. Os testes imunológicos dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos.

- ✓ Testes treponêmicos: Detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico. Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento pelo resto da vida do paciente; por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.
 - Exemplos de testes treponêmicos: teste de imunofluorescência indireta (FTA—Abs); testes rápidos.
- ✓ Testes não treponêmicos: Detectam anticorpos não específicos anticardioplipina para os antígenos do *T. pallidum*, e podem ser qualitativos ou quantitativos. Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra. O teste quantitativo permite a titulação de anticorpos e o resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:64, entre outros), sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, porquanto a queda do título é indicação de sucesso terapêutico.
 - Exemplos de testes não treponêmicos: VDRL
- ✓ **Observações:**
- ✓ O teste não treponêmico mais comumente utilizado é o VDRL. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos (< 1:4), que podem persistir por meses ou anos. Nesses casos sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, a pessoa é considerada portadora de sífilis latente tardia, devendo ser tratada.
- ✓ As amostras com títulos elevados podem apresentar resultados falso-negativos devido ao “fenômeno prozona”, que decorre da relação desproporcional entre as quantidades de antígenos e anticorpos presentes na reação não treponêmica. Resultados falso-positivos também podem ocorrer, pois as reaginas podem surgir em outras patologias (ex.: outras treponematoses, malária, gravidez, mononucleose infecciosa, viroses, hanseníase virchowiana, doenças reumáticas, drogadição e doenças autoimunes como o lúpus).

7.8 QUADRO I – Métodos para o tratamento da sífilis

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de um ano de evolução)	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto gestantes)
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias (exceto gestantes)
Neurossífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 a 14 dias

Notas:

Para gestantes com alergia confirmada à penicilina: como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a **dessensibilização** e o tratamento com penicilina benzatina. Nos casos de uso do tratamento alternativo, os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliados com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.

7.9 Métodos para o diagnóstico da sífilis

Durante o seguimento clínico para o monitoramento da resposta ao tratamento da sífilis adquirida e da sífilis na gestação, alguns pontos devem ser considerados:

- ✓ Os testes não treponêmicos devem ser realizados mensalmente nas gestantes, e na população geral, a cada três meses no primeiro ano de acompanhamento e a cada seis meses no segundo ano;
- ✓ Atualmente, para a definição de resposta imunológica adequada, utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia (ex.: se o título da amostra era de 1:32 e cai para 1:8, após três meses, ou, ainda, se era de 1:32 e cai para 1:4, após seis meses).
- ✓ A persistência de resultados reagentes com títulos baixos (1:1 – 1:4) durante um ano após o tratamento, quando descartada nova exposição durante o período analisado, indica sucesso do tratamento.
- ✓ A completa negatificação dos testes não treponêmicos é diretamente proporcional à precocidade da instauração do tratamento. O mais comum é que pessoas que tiveram o diagnóstico de sífilis efetuado após o secundarismo permaneçam com resultados reagentes nesses testes, com títulos baixos e estáveis, pelo resto da vida.
- ✓ A persistência de títulos baixos denomina-se cicatriz ou memória sorológica e pode durar anos ou a vida toda. Indivíduos com títulos altos constantes devem permanecer em acompanhamento trimestral e um novo tratamento deve ser realizado se ocorrer nova exposição de risco.
- ✓ Caso haja uma elevação de títulos em duas diluições ou mais (por exemplo, de 1:16 para 1:64), deve-se considerar a possibilidade de reinfecção ou reativação da infecção. Nesses casos, deve ser instituído um novo tratamento, estendido às parcerias sexuais, quando necessário.
- ✓ Os testes treponêmicos não devem ser utilizados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Esses testes não permitem a realização de titulação e espera-se que permaneçam reagentes por toda a vida do indivíduo, sem, contudo, indicar falha do tratamento.

7.10 Sífilis Congênita

A sífilis congênita ocorre pela disseminação hematogênica do *T. pallidum* da mãe para o feto, predominantemente por via transplacentária.

7.10.1 Sífilis congênita precoce

Surge até o segundo ano de vida e as principais manifestações clínicas são: prematuridade, baixo peso ao nascimento, hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (como por exemplo, pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitrocLEAR).

Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. Entre as alterações laboratoriais, incluem-se: anemia, trombocitopenia, leucocitose (podendo ocorrer reação leucemóide, linfocitose e monocitose) e leucopenia.

7.10.2 Sífilis congênita tardia

Surge após o segundo ano de vida e deve-se estar atento à investigação da possibilidade de a criança ter sido exposta ao *T. pallidum* por via sexual.

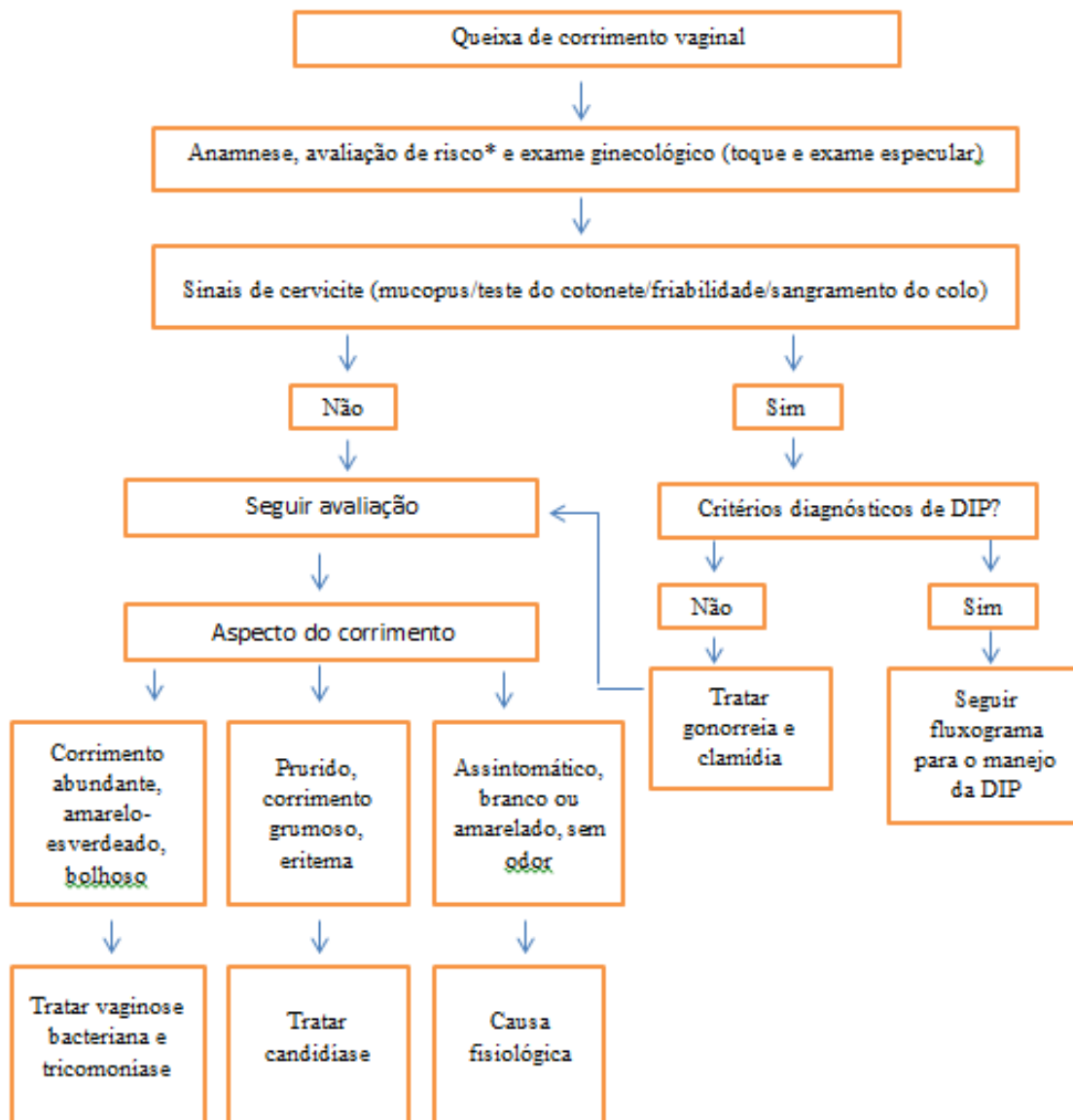
As principais manifestações clínicas incluem: tibia em “lâmina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado.

7.10.3 Acompanhamento da sífilis congênita

O acompanhamento das crianças com diagnóstico de sífilis congênita deve ser realizado no ambulatório de referência. As crianças devem receber consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e consultas ambulatoriais bimestrais do 6º ao 12º mês e devem realizar teste não treponêmico com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento após dois exames não treponêmicos consecutivos e negativos. Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico das crianças com diagnóstico de sífilis congênita semestralmente, por dois anos.

7.11 Corrimento vaginal

7.11.1 FLUXOGRAMA I



***Crítérios de Risco:** Paciente com sintomas e paciente com múltiplos parceiros sem proteção

Observações:

- ✓ Informação/Educação em Saúde; oferecer preservativos e gel lubrificante; oferecer ou encaminhar para teste rápido HIV, Sífilis e Hepatites Virais ou solicitar sorologias; enfatizar adesão ao tratamento; vacinar contra hepatite B e HPV (Avaliar cartão de vacina); notificar; convocar e tratar parceiros (mesmo que assintomáticos).

7.12 QUADRO I – TRATAMENTO PARA CORRIMENTO VAGINAL

Diagnóstico	Primeira opção	Segunda opção	Tratamento em gestantes	Casos recorrentes	Comentários
Candidíase vulvovaginal	Miconazol creme a 2%, via vaginal, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, via vaginal, por 14 dias	Fluconazol 150 mg, VO, dose única OU Itraconazol 100 mg, 2 comp, VO, 2xdia, por 1 dia	Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação.	Mesmas opções do tratamento da candidíase vaginal, por 14 dias OU Fluconazol 150 mg, VO, 1xdia, dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: Fluconazol 150mg, VO, 1xsemana, por 6 meses OU Itraconazol 100 mg 2 comp., 2 x dia, por 1 dia	As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. É comum durante a gestação, podendo apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período.
Vaginose bacteriana	Metronidazol 250 mg, 2 Comp VO, 2xdia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias	Clindamicina 300 mg, VO, 2xdia, por 7 dias	Metronidazol 250 mg, 2 comp VO, 2 x dia, por 7 dias.	Metronidazol 250 mg, 2 comp VO, 2xdia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, via intravaginal, 1xdia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações semanais, por 4 a 6 meses	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.
Tricomoníase	Metronidazol 400 mg, 5 comp, VO, dose única (dose total 2g) OU Metronidazol 250 mg, 2 comp, VO, 2xdia, por 7 dias	Metronidazol 400 mg, 5 comp, VO, dose única (dose total 2g) OU Metronidazol 250 mg, 2 comp, VO, 2xdia, por 7 dias	Metronidazol 400 mg, 5 comp, VO, dose única (dose total 2g) OU Metronidazol 250 mg, 2 comp, VO, 2xdia, por 7 dias		As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.

Notas:

- ✓ Pacientes vivendo com HIV/Aids devem ser tratadas com os mesmos esquemas terapêuticos recomendados acima;

- ✓ Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool, pelo “efeito antabuse”, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e gosto metálico na boca;
- ✓ Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais;
- ✓ Manter o tratamento se a paciente menstruar.
- ✓ As gestantes com infecção por T. vaginalis deverão ser tratadas independentemente de sua idade gestacional, já que essa IST está associada com rotura prematura de membranas, parto pré-termo e RN de baixo peso ao nascimento.

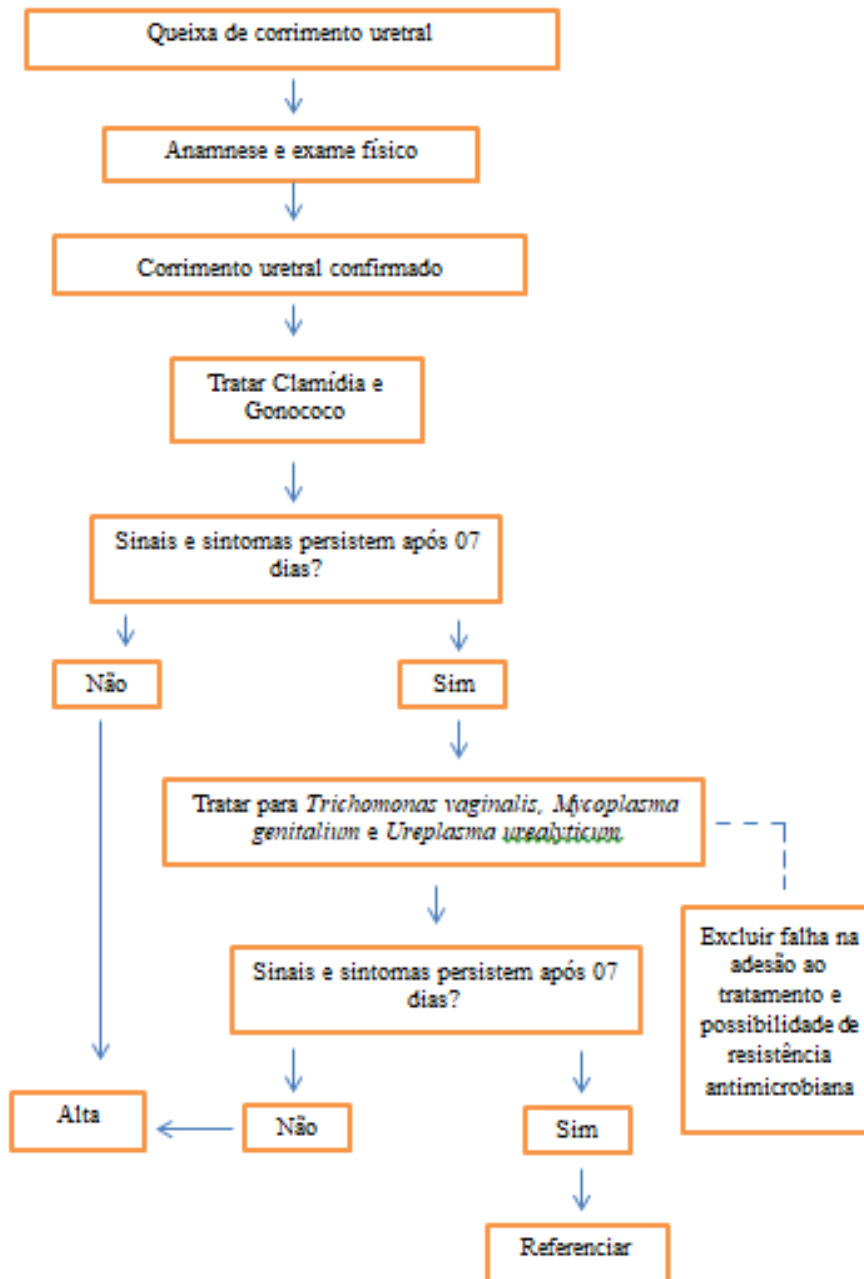
7.13 QUADRO I – TRATAMENTO PARA GONORRÉIA E CLAMÍDIA

Diagnóstico	Tratamento de escolha
Infecção gonocócica anogenital não complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona*500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Infecção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g/dia, IM ou IV, por no mínimo 7 dias.
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única.
Infecção por clamídia	Azitromicina 500 mg, 2 comp. VO, dose única OU Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, 7 dias (Exceto gestantes)

*O uso da ciprofloxacina está contraindicado devido a altas taxas de resistência antimicrobiana.

7.14 Corrimento Uretral

7.14.1 FLUXOGRAMA I – MANEJO DE CORRIMENTO URETRAL



Observações:

- ✓ Informação/Educação em Saúde; oferecer preservativos e gel lubrificante; oferecer ou encaminhar para teste rápido HIV, Sífilis e Hepatites Virais ou solicitar sorologias; enfatizar adesão ao tratamento; vacinar contra hepatite B e HPV (Avaliar cartão de vacina); notificar; convocar e tratar parceiros (mesmo que assintomáticos).

7.15 QUADRO I – TRATAMENTO PARA CORRIMENTO URETRAL

Diagnóstico	Tratamento de escolha
Uretrite gonocócica e por clamídia não complicada (uretrite e proctite)	Ceftriaxona* 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única.
Uretrite por clamídia	Azitromicina 500 mg, 2 comp. VO, dose única OU Doxiciclina 100 mg, VO, 2x dia, por 7 dias.
Uretrite por Mycoplasma Genitalium	Azitromicina 500 mg, 2 comp. VO, dose única.

*O uso da ciprofloxacina está contraindicado devido a altas taxas de resistência antimicrobiana.

Observação: Parceiros sexuais devem ser tratados, preferencialmente com medicamentos de dose única. Pacientes portadores de HIV devem ser tratados com os mesmos esquemas acima referidos.

7.16 Verrugas anogenitais

O HPV é um DNA-vírus que pode induzir uma grande variedade de lesões proliferativas na região anogenital. Atualmente, há mais de 200 tipos de HPV descritos, sendo que aproximadamente 40 tipos infectam o trato anogenital e pelo menos 20 subtipos estão associados ao carcinoma do colo uterino.

A transmissão do HPV ocorre, preferencialmente, por via sexual. A transmissão vertical do HPV é corroborada pela ocorrência de papilomatose recorrente de laringe juvenil, em crianças com menos de dois anos de idade, e por relatos de casos de recém-nascidos com condiloma genital ao nascimento. A transmissão por fômites é rara.

O vírus pode permanecer quiescente por muitos anos até o desenvolvimento de lesões. Assim, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a infecção e o desenvolvimento de lesões. A recidiva das lesões do HPV está mais provavelmente relacionada à ativação de reservatórios virais do que à reinfeção pela parceria sexual.

- A infecção pelo HPV tem sido descrita sob três formas de apresentação:

- ✓ **Apresentação latente:** ocorre quando as pessoas infectadas por HPV não desenvolvem qualquer lesão e, essa condição pode permanecer durante toda a vida.
- ✓ **Apresentação subclínica:** ocorre quando as microlesões pelo HPV são diagnosticadas por meio de exame de Papanicolau e/ou colposcopia. A lesão intraepitelial escamosa de baixo ou alto risco é detectada com mais frequência. Os tipos oncogênicos de HPV podem resultar em lesões precursoras do carcinoma escamoso da cérvix uterina. Além disso, outros epitélios podem sofrer a ação oncogênica do vírus, resultando em neoplasia intraepitelial vaginal.
- ✓ **Apresentação clínica:** a forma mais comum de apresentação é conhecida como verruga genital ou condiloma acuminado. Manifesta-se pela presença de lesões exofíticas, com superfície granulosa, únicas ou múltiplas, restritas ou disseminadas, da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas e de tamanho variável. As lesões maiores assemelham-se a “couve-flor” e as menores possuem aparência de pápula ou placa, podendo também ter aspecto filiforme, sendo em geral resultantes de infecção por tipos não oncogênicos. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas.

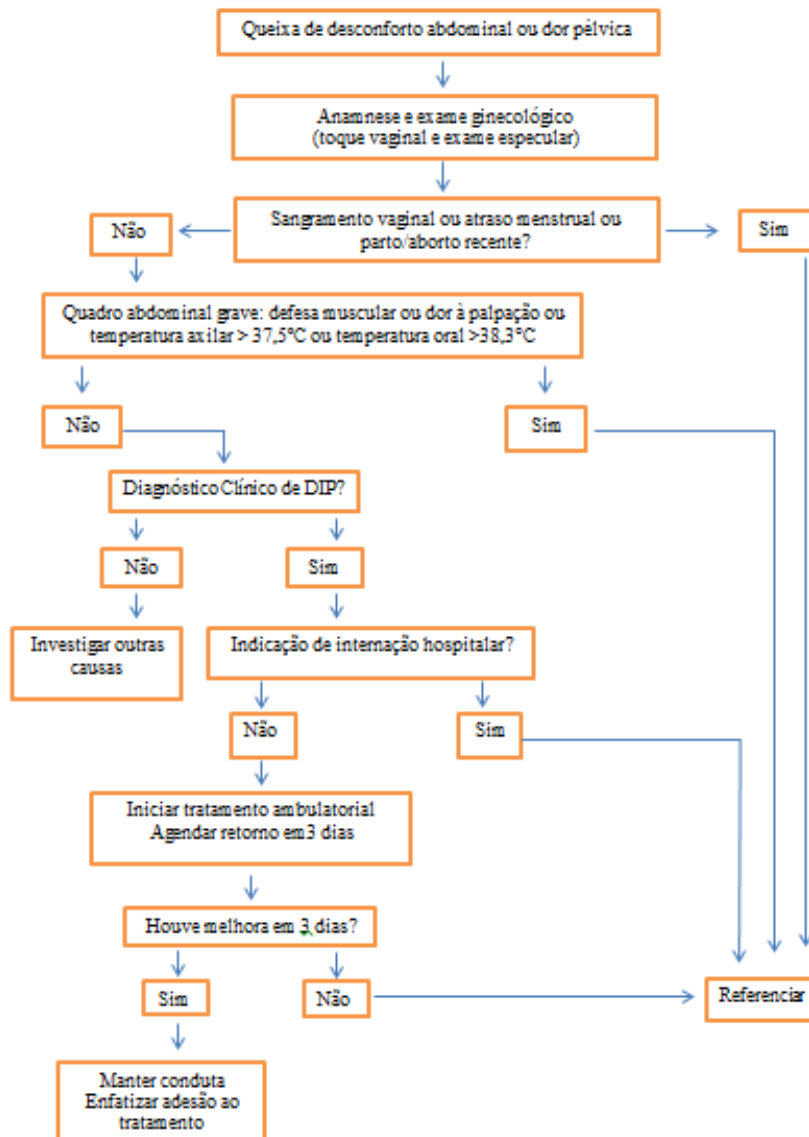
O diagnóstico do condiloma acuminado é clínico e pode ser confirmado por biópsia. As lesões anogenitais induzidas por HPV são geralmente detectadas pela colpocitologia oncótica de colo uterino e/ou colposcopia. O objetivo principal do tratamento das lesões anogenitais induzidas pelo HPV é a remoção das lesões clínicas.

As mulheres devem ser aconselhadas quanto à necessidade de submeterem-se ao rastreio de doenças pré-invasivas do colo uterino e aquelas tratadas por lesões cervicais devem ser seguidas de rotina, após tratamento, pelo exame ginecológico e citologia oncológica conforme protocolo.

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Como as lesões durante a gestação podem proliferar e tornarem-se friáveis, muitos especialistas indicam a sua remoção, se possível, na 1ª metade da gestação. Não há nenhuma sugestão de que a operação cesariana tenha algum valor preventivo. Portanto, não deve ser realizada para prevenção da transmissão do HPV para o recém-nascido.

7.17 DIP

7.17.1 FLUXOGRAMA I – MANEJO DE DIP



Observações.

- ✓ Informação/Educação em Saúde; oferecer preservativos e gel lubrificante; oferecer ou encaminhar para teste rápido HIV, Sífilis e Hepatites Virais ou solicitar sorologias; enfatizar adesão ao tratamento; vacinar contra hepatite B e HPV (Avaliar cartão de vacina); notificar; convocar e tratar parceiros (mesmo que assintomáticos).

7.17.2 Critérios diagnósticos de DIP

➤ **Critérios maiores:**

Dor no hipogástrio;

Dor à palpação dos anexos;

Dor à mobilização de colo uterino.

➤ **Critérios menores:**

Temperatura axilar $> 37,5^{\circ}\text{C}$ ou $> 38,3^{\circ}\text{C}$;

Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal;

Massa pélvica;

Mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice;

Leucositose em sangue periférico;

Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada;

Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasmas.

Critérios elaborados:

Evidência histopatológica de endometrite;

Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem;

Laparoscopia com evidência de DIP.

7.17.3 Métodos diagnósticos para DIP

Os exames laboratoriais e de imagens elencados abaixo são de auxílio no diagnóstico de DIP:

- ✓ Hemograma completo;
- ✓ VHS;
- ✓ Proteína C reativa;
- ✓ Exame bacterioscópico para vaginose bacteriana;

- ✓ Cultura de material de endocérvice com antibiograma ou NAAT8 para *N. gonorrhoeae*;
- ✓ Pesquisa de clamídia no material de endocérvice, da uretra, de laparoscopia ou de punção do fundo de saco posterior;
- ✓ Exame qualitativo de urina e urocultura (para afastar hipótese de infecção do trato urinário);
- ✓ Hemocultura;
- ✓ Teste de gravidez (para afastar gravidez ectópica);
- ✓ Exames de imagem: a ultrassonografia transvaginal e pélvica é um método acessível e não invasivo no diagnóstico de complicações relacionadas à DIP, como abscesso tubo-ovariano, cistos ovarianos e torção de ovário. O principal achado ultrassonográfico na DIP é a presença de uma fina camada líquida preenchendo a trompa, com ou sem a presença de líquido livre na pelve.

7.17.4 Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP

- ✓ Abscesso tubo-ovariano;
- ✓ Gravidez;
- ✓ Ausência de resposta clínica após 72h do início do tratamento com antibioticoterapia oral;
- ✓ Intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial;
- ✓ Estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre;
- ✓ Dificuldade em exclusão de emergência cirúrgica (ex.: apendicite, gravidez ectópica)

7.17.5 QUADRO I – TRATAMENTO AMBULATORIAL PARA DIP

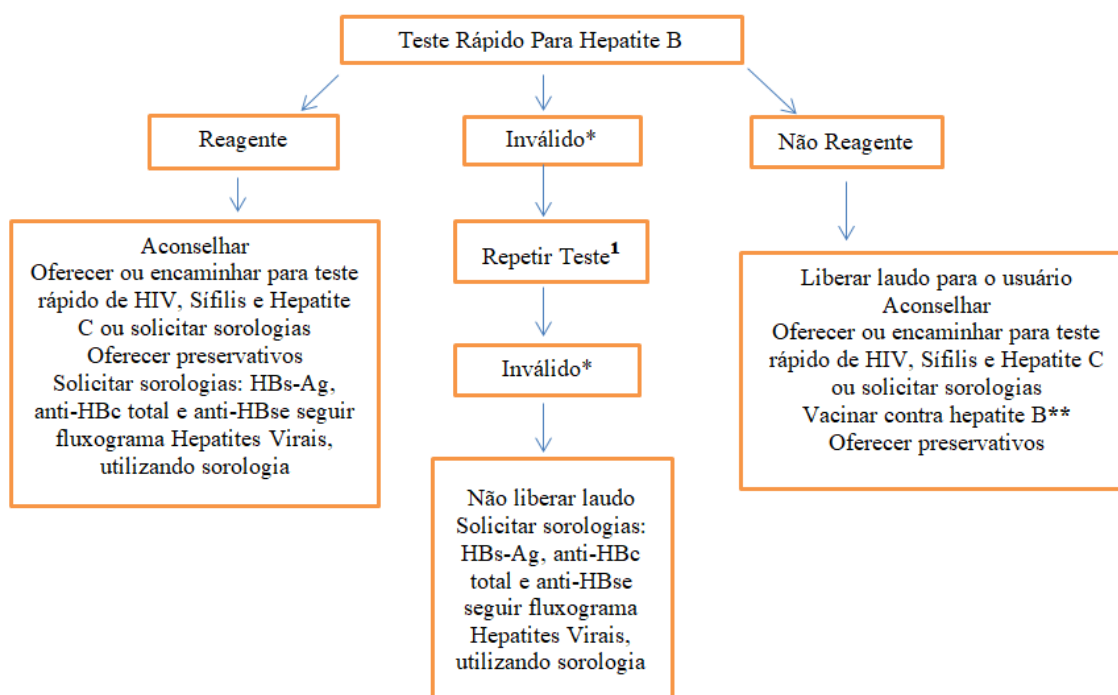
Primeira opção	Segunda opção
Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100mg, 1 comp, VO, 2xdia, por 14 dias MAIS Metronidazol 250 mg, 2 comp, VO, 2xdia, por 14 dias.	Cefotaxima 500mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100 mg, 1 comp, VO, 2xdia, por 14 dias MAIS Metronidazol 250 mg, 2 comp, VO, 2xdia, por 14 dias

7.18 Hepatites virais

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo pelo tecido hepático, apresentando características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém com importantes particularidades. A doença tem um amplo espectro clínico, que varia desde formas assintomáticas, anictéricas e ictericas típicas, até a insuficiência hepática aguda grave (fulminante).

7.18.1 Hepatite B

7.18.1.1 FLUXOGRAMA I – HEPATITE B UTILIZANDO TESTE RÁPIDO



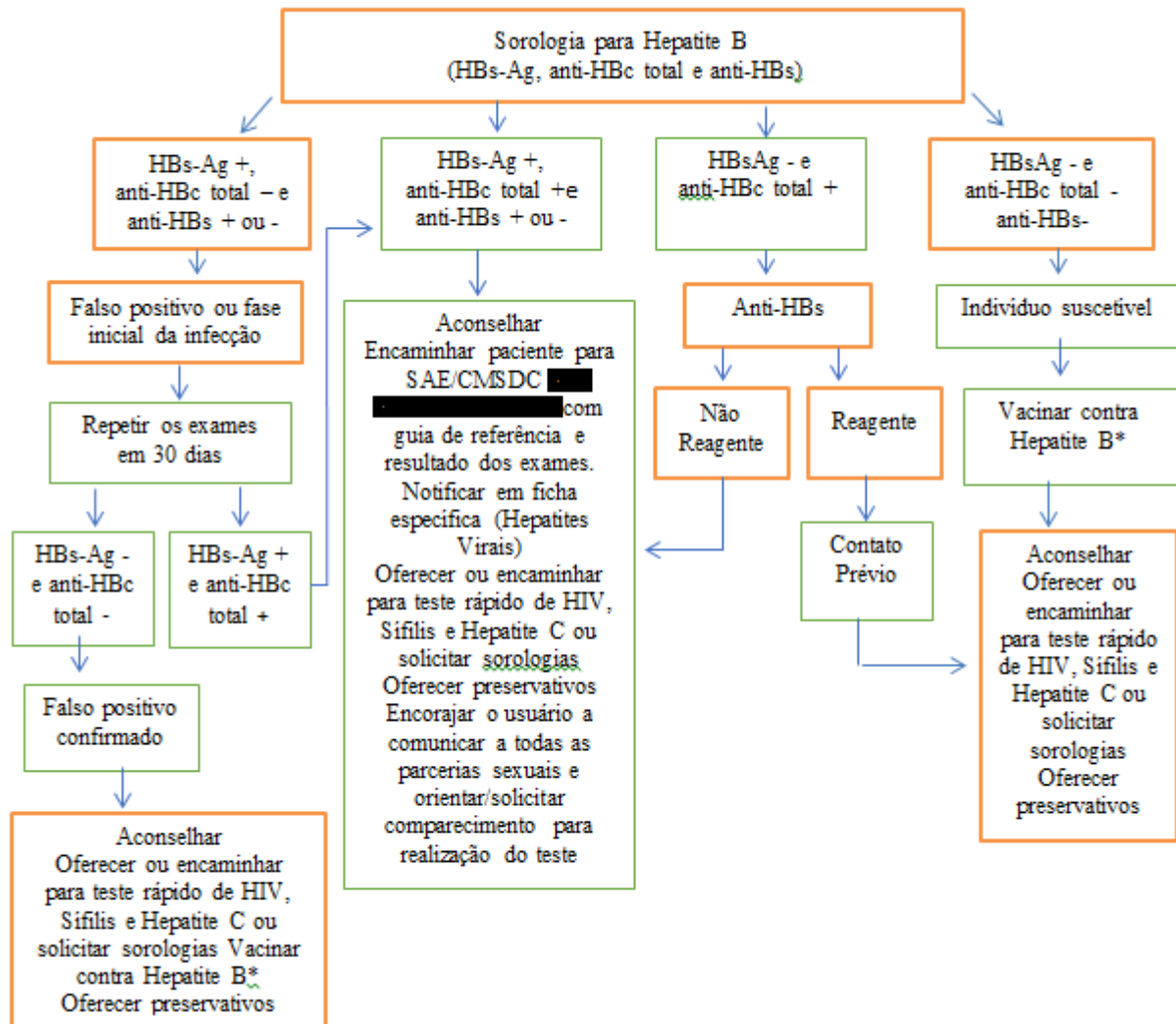
*Avaliar cartão de vacina.

* **Teste Inválido** - Quando a linha de controle não aparece dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado.

**Avaliar cartão de vacina

1- Utilizar um conjunto diagnóstico preferencialmente de lote de fabricação diferente.

7.18.1.2 FLUXOGRAMA II – HEPATITE B UTILIZANDO SOROLOGIA



*Avaliar cartão de vacina.

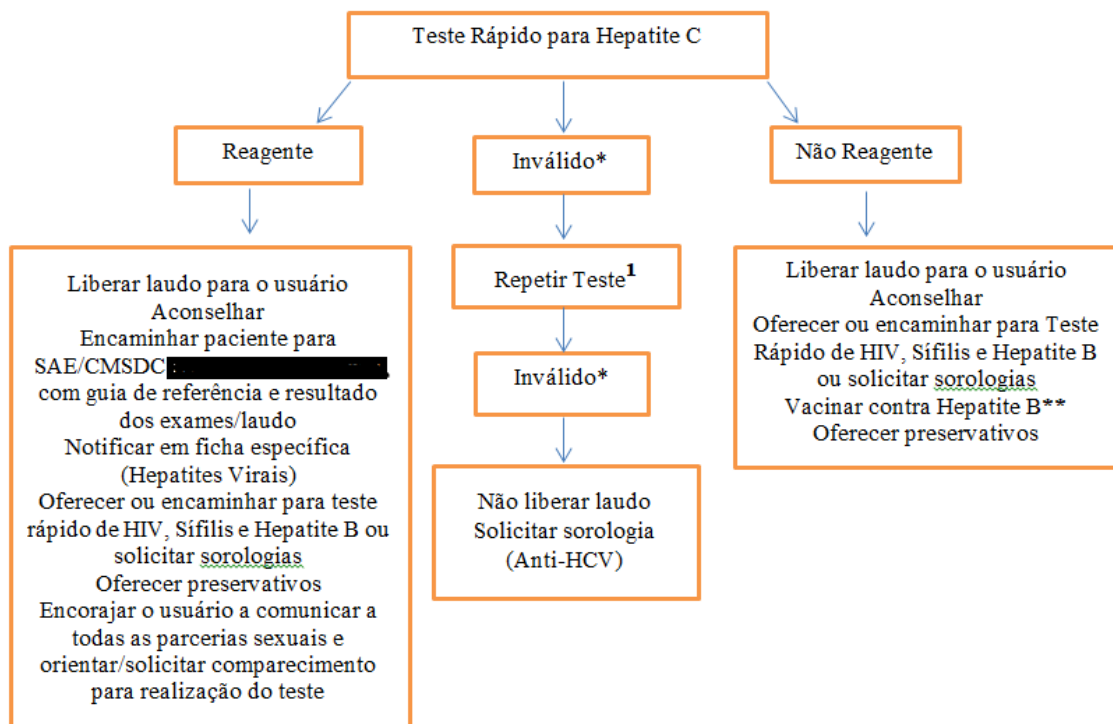
7.18.1.3 Indicações para a realização de teste rápido ou sorologia para Hepatite B:

- ✓ Populações vulneráveis: HSH, profissionais do sexo, usuários de drogas, pessoas privadas de liberdade, indivíduos em situação de rua;
- ✓ Comunicantes de pessoas vivendo com Hepatites Virais;
- ✓ Acidentes biológicos ocupacionais;
- ✓ Gestantes;

- ✓ Parturientes e Puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;
- ✓ Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- ✓ Pessoas em situação de violência sexual;
- ✓ Indivíduos portadores de outras DST.

7.18.2 Hepatite C

7.18.2.1 FLUXOGRAMA I – HEPATITE C UTILIZANDO TESTE RÁPIDO

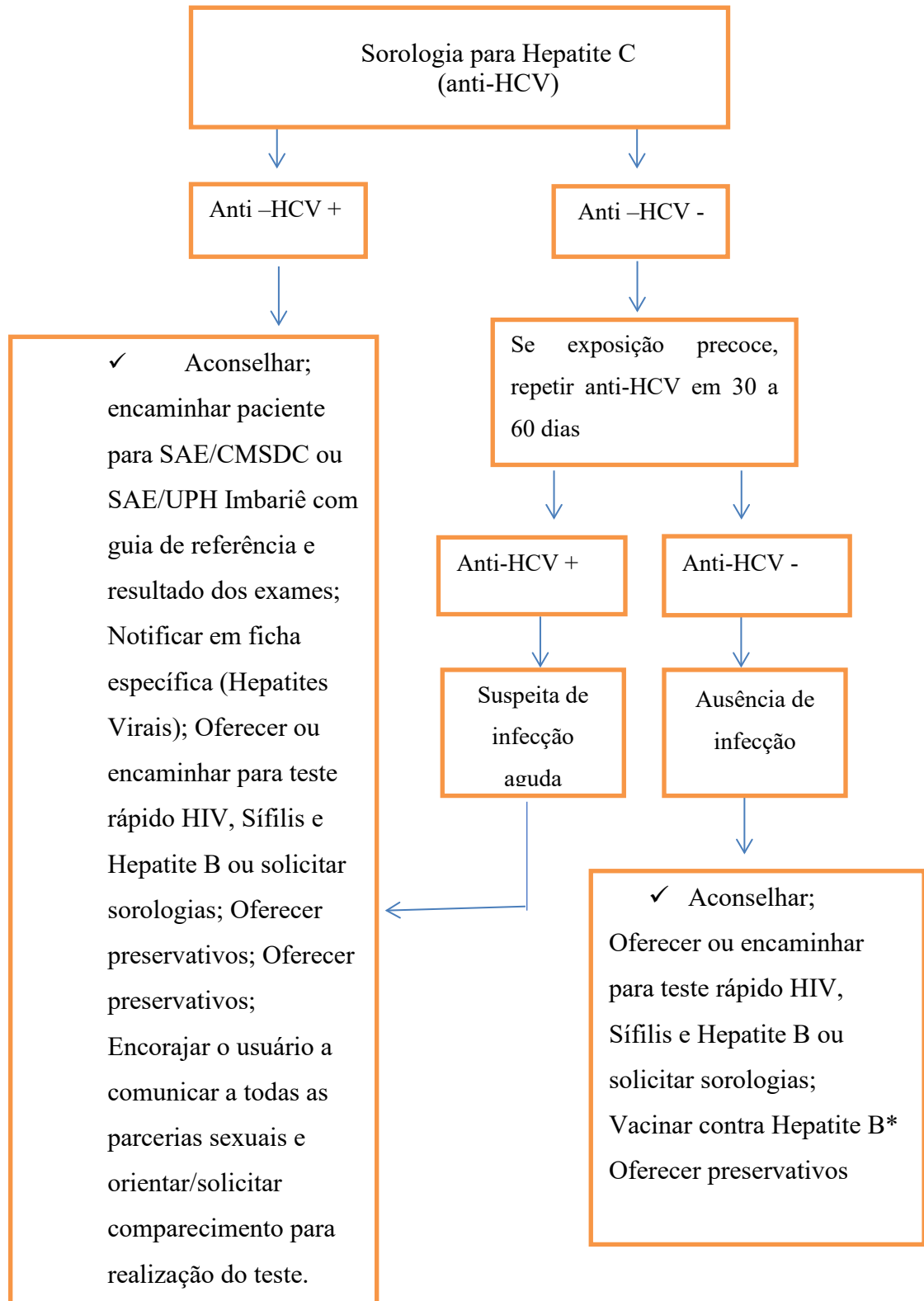


* **Teste Inválido** - Quando a linha de controle não aparece dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado.

** Avaliar cartão de vacina.

1- Utilizar um conjunto diagnóstico preferencialmente de lote de fabricação diferente.

7.18.2.2 FLUXOGRAMA II – HEPATITE C UTILIZANDO SOROLOGIA



*Avaliar cartão de vacina.

7.18.2.3 Indicações para a realização de teste rápido ou sorologia para Hepatite C:

- ✓ Indivíduos a partir de 40 anos que tenham se submetido a uma das situações: Cirurgia (médica/odontológica), transfusão de sangue e/ou hemoderivados, transplantes e uso de seringas não descartáveis antes de 1993;
- ✓ Em exposições com material biológico de paciente fonte infectado pelo vírus da hepatite C e naqueles com fonte desconhecida, no momento do acidente ocupacional;
- ✓ Em pacientes de qualquer faixa etária com histórico de compartilhamento de materiais perfuro-cortantes (seringas, alicates, aparelho de barbear, etc.), tatuagens/piercing, usuários de drogas, pacientes em hemodiálise, pacientes HIV positivo, contatos próximos de portadores de hepatite C;
- ✓ Usuários que cheguem as Unidades de Saúde e solicitam a realização do exame, sem desejar dar mais informações.

7.19 HIV e Sífilis

7.19.1 Aconselhamento e testagem (HIV e sífilis) nas UBS e USF

O Teste Rápido nas USF e UBS como parte de uma política de saúde, permite que o usuário tenha acesso ao aconselhamento e a testagem, permitindo com isso não só o diagnóstico e o tratamento, como também a redução da transmissão e adoção de práticas preventivas.

Neste sentido, o objetivo é estender a oferta, ampliando a prática do aconselhamento e testagem para todas as USF e UBS.

A introdução dos testes rápidos para Sífilis e HIV nas USF e UBS está acontecendo de forma gradativa, pois há a necessidade de capacitação dos profissionais e também preparação das unidades quanto a estrutura e insumos para atender adequadamente o paciente no que diz respeito ao acolhimento, aconselhamento, testagem, encaminhamento e acompanhamento.

Em relação à estrutura física da unidade, o Ministério da Saúde recomenda que sejam respeitadas as normas de biossegurança, garantia de privacidade e a ética profissional. Na ausência de espaço físico exclusivo para a execução dos testes pode-se utilizar algumas

alternativas, como o consultório médico, de enfermagem ou outro ambiente que ofereça as condições recomendadas.

Quanto ao acondicionamento dos testes rápidos, a Nota Técnica nº 217/2011 do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde recomenda seguir as orientações do fabricante quanto a temperatura e armazenamento.

Os testes rápidos devem ser armazenados na temperatura entre 2°C a 30° C. Recomenda-se conservação em refrigeração somente em locais em que a temperatura ultrapasse os 30° C.

7.19.2 Indicações para o aconselhamento e testagem (HIV e Sífilis)

- ✓ Usuários que desejam fazer o teste, devido a prováveis situações de risco e/ou que o profissional julgue necessário;
- ✓ Pessoas com IST;
- ✓ Parceiro(s) sexual(is) de pessoas com IST e/ou HIV/Aids;
- ✓ Usuários que compartilham equipamentos no uso de drogas injetáveis;
- ✓ Homens e mulheres com múltiplos parceiros sexuais praticando sexo (anal, vaginal ou oral) sem proteção;
- ✓ Usuários que receberam sangue, hemoderivados ou órgãos;
- ✓ Usuários com tuberculose;
- ✓ Rotina de Pré-natal do 1° e 3° trimestre;
- ✓ Gestante com suspeita clínica de IST em qualquer idade gestacional;
- ✓ Parceiros de gestantes com sífilis;
- ✓ Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional, cuja paciente não tenha sido testada no hospital;
- ✓ Acidentes biológicos ocupacionais;
- ✓ Pessoas em situação de violência sexual como prevenção das IST/Aids.

ATENÇÃO: É importante lembrar que a realização da testagem para o HIV é de caráter estritamente voluntário.

7.19.2.1 FLUXOGRAMA I – ACONSELHAMENTO E TESTAGEM HIV E SÍFILIS

A unidade realiza o aconselhamento e a testagem de acordo com as indicações listadas acima.

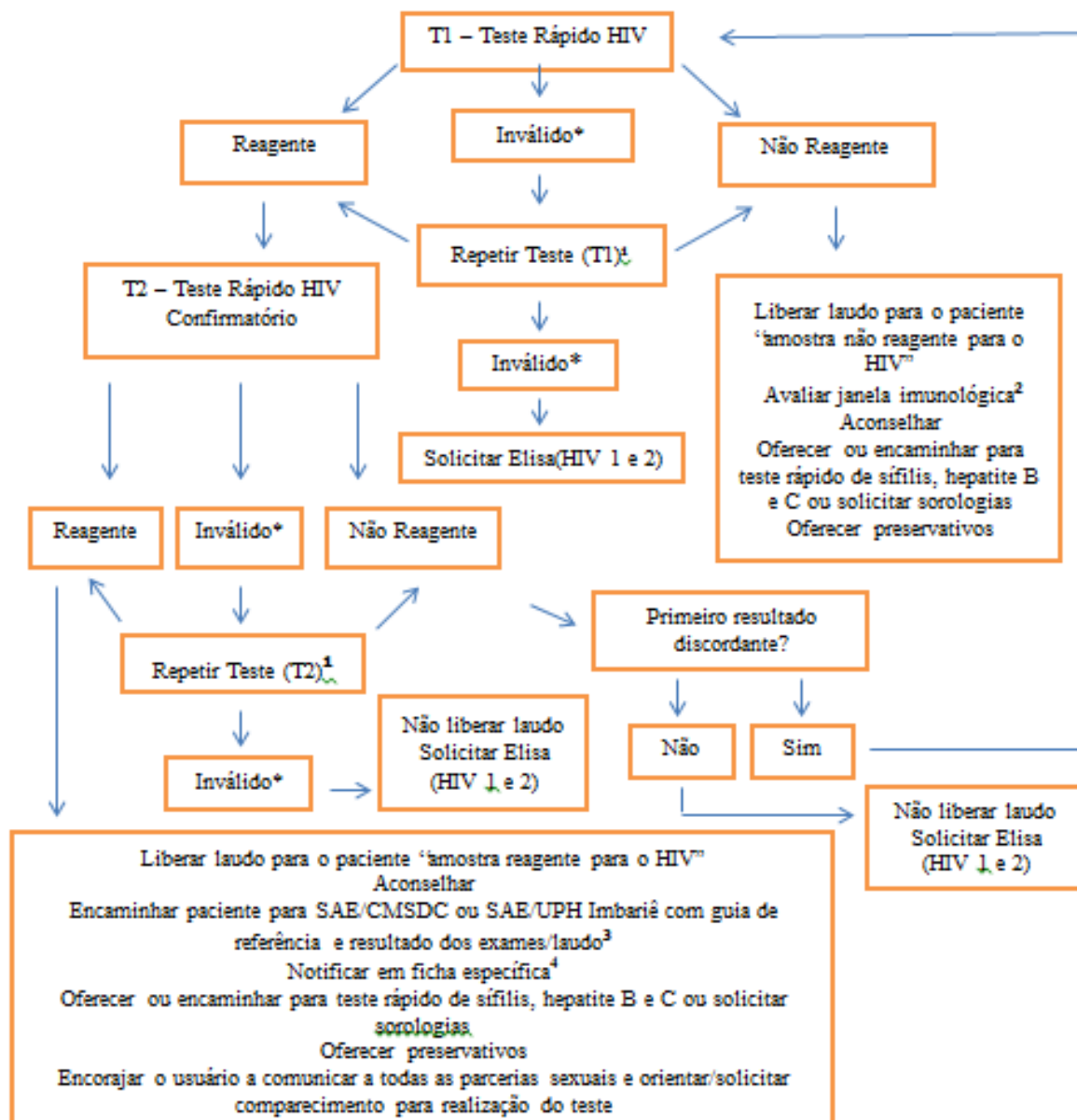


Nos casos de resultados reagentes a unidade deve realizar o tratamento, acompanhamento e /ou encaminhamento necessários e realizar a notificação individual específica.

Nos casos de resultados não reagentes a unidade deve fornecer a orientação e as medidas preventivas necessárias.

- ✓ Lembrando que todos os profissionais da equipe de saúde **treinados** estão aptos a desenvolver o aconselhamento (pré e pós) e a testagem, pelas características do trabalho, assim como pelo papel social que ocupa no contexto da atenção à saúde.
- ✓ A realização do aconselhamento durante a consulta é fundamental.
- ✓ Todas as Unidades de Atenção Básica **devem** realizar o tratamento e o acompanhamento de todos os usuários com sífilis, encaminhando somente os casos reagentes para HIV e Hepatite B e C.

7.19.2.2 FLUXOGRAMA II – TESTE RÁPIDO HIV



* **Teste Inválido** - Quando a linha de controle não aparece dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado.

1- Utilizar um conjunto diagnóstico preferencialmente de lote de fabricação diferente.

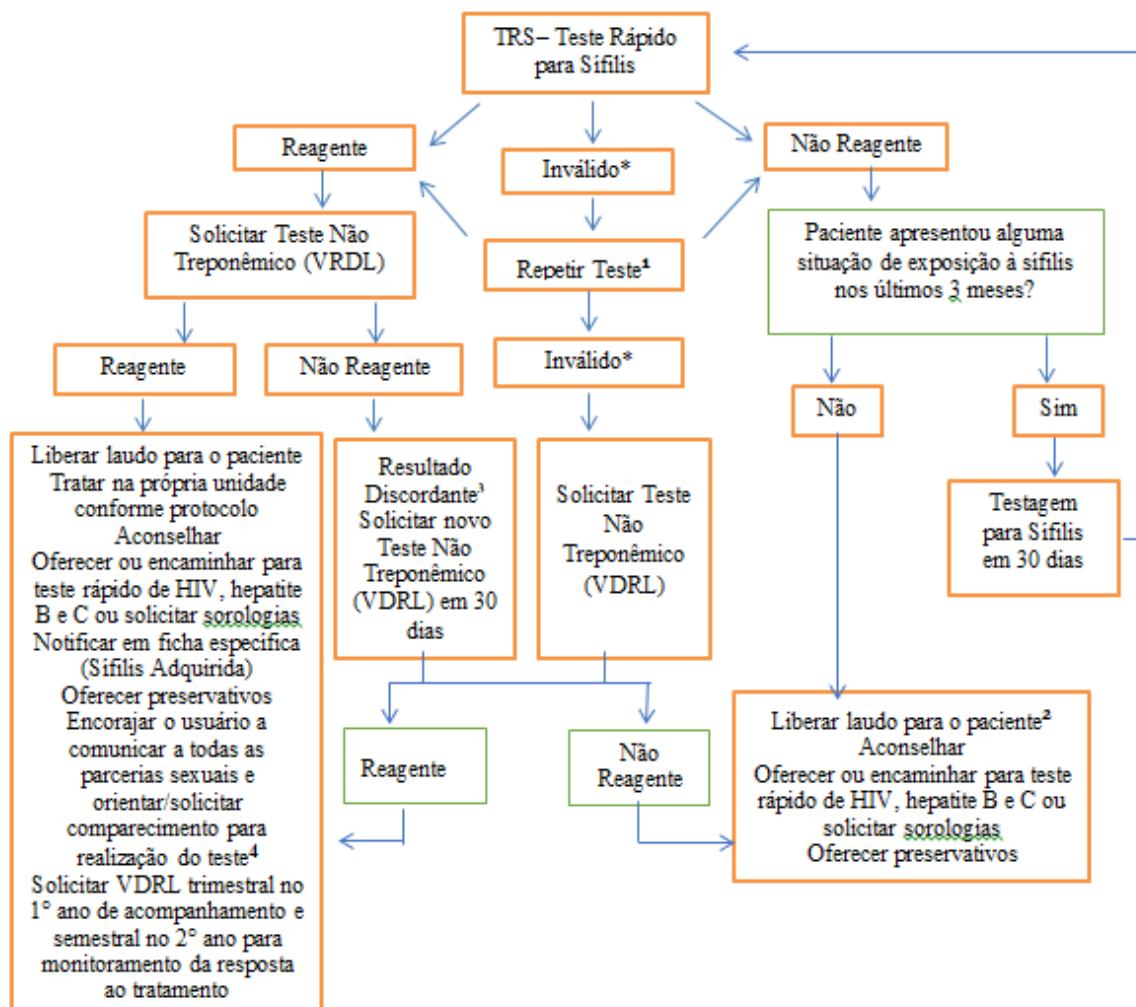
2- O resultado não reagente é liberado com base em um único teste - entretanto, caso persista a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta da primeira amostra.

3- Em caso de **gestante** com amostra reagente para HIV encaminhar a paciente direto para o CTA/CMSDC (sala 29) de 2ª a 6ª feira das 7:00h às 15:00h, com guia de referência e resultado dos exames.

4 – Fichas de notificação específicas: AIDS (Pacientes maiores que 13 anos); AIDS (Pacientes menores que 13 anos); Gestante HIV.

Observação: No caso de paciente com resultados sorológicos prévios de HIV, encaminhar diretamente para SAE/CMSDC ou SAE/UPH Imbariê com guia de referência e resultado dos exames.

7.19.2.3 FLUXOGRAMA III – MANEJO DA SÍFILIS (NÃO GESTANTE), UTILIZANDO TESTE RÁPIDO INICIAL COM TESTE NÃO TREPONÊMICO CONFIRMATÓRIO



* **Teste Inválido** - Quando a linha de controle não aparece dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado.

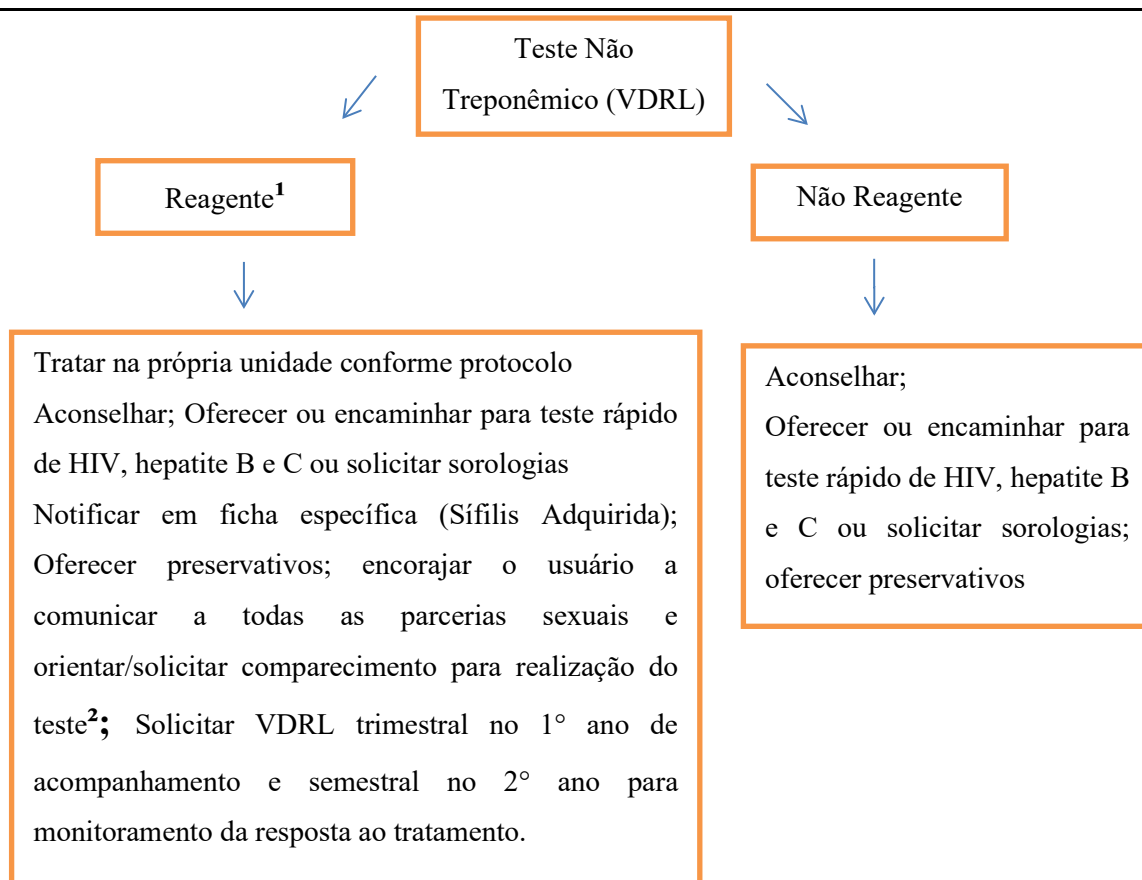
1- Utilizar um conjunto diagnóstico preferencialmente de lote de fabricação diferente.

2- O resultado não reagente é liberado com base em um único teste.

3- Pode significar sífilis primária (com possível presença do cancro) ou sífilis tratada. Investigar a história clínica e epidemiológica do usuário, pois a reatividade do teste rápido indica que o usuário teve contato com *Treponema pallidum* em alguma época de sua vida e desenvolveu anticorpos específicos que podem permanecer reagentes durante muitos anos e, em alguns casos, durante toda a vida.

4- Parcerias sexuais de pessoas com sífilis deverão realizar testes imunológicos, ser tratadas na mesma oportunidade em casos de dúvidas quanto ao seguimento e ser tratadas com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando impossível estabelecer-se a data da infecção. Mesmo apresentando testes imunológicos **não reagentes**, parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI).

7.19.2.4 FLUXOGRAMA IV – MANEJO DA SÍFILIS (NÃO GESTANTE), UTILIZANDO TESTE NÃO TREPONÊMICO

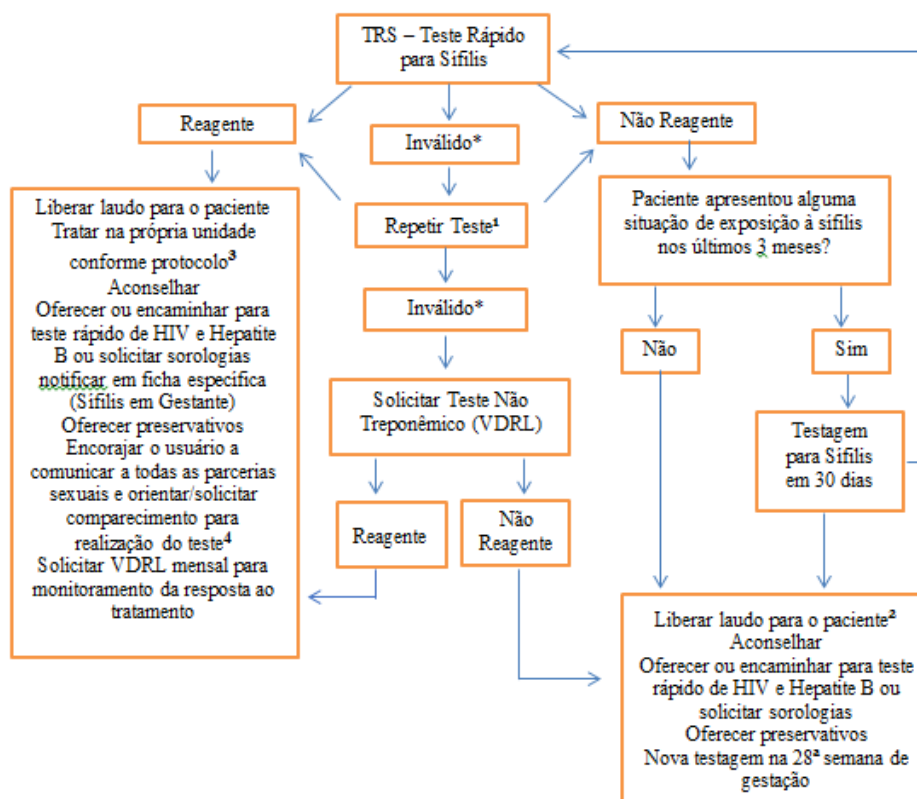


1- No caso de títulos baixos (até 1:8) e/ou dúvida no diagnóstico (falsos positivos) *, solicitar novo Teste Não Treponêmico (VDRL) em 30 dias.

***Falsos positivos:** Outras treponematoses, malária, gravidez, mononucleose infecciosa, viroses, hanseníase virchowiana, doenças reumáticas, drogadição e doenças autoimunes como o lúpus.

2- Parcerias sexuais de pessoas com sífilis deverão realizar testes imunológicos, ser tratadas na mesma oportunidade em casos de dúvidas quanto ao seguimento e ser tratadas com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando impossível estabelecer-se a data da infecção. Mesmo apresentando testes imunológicos **não reagentes**, parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI).

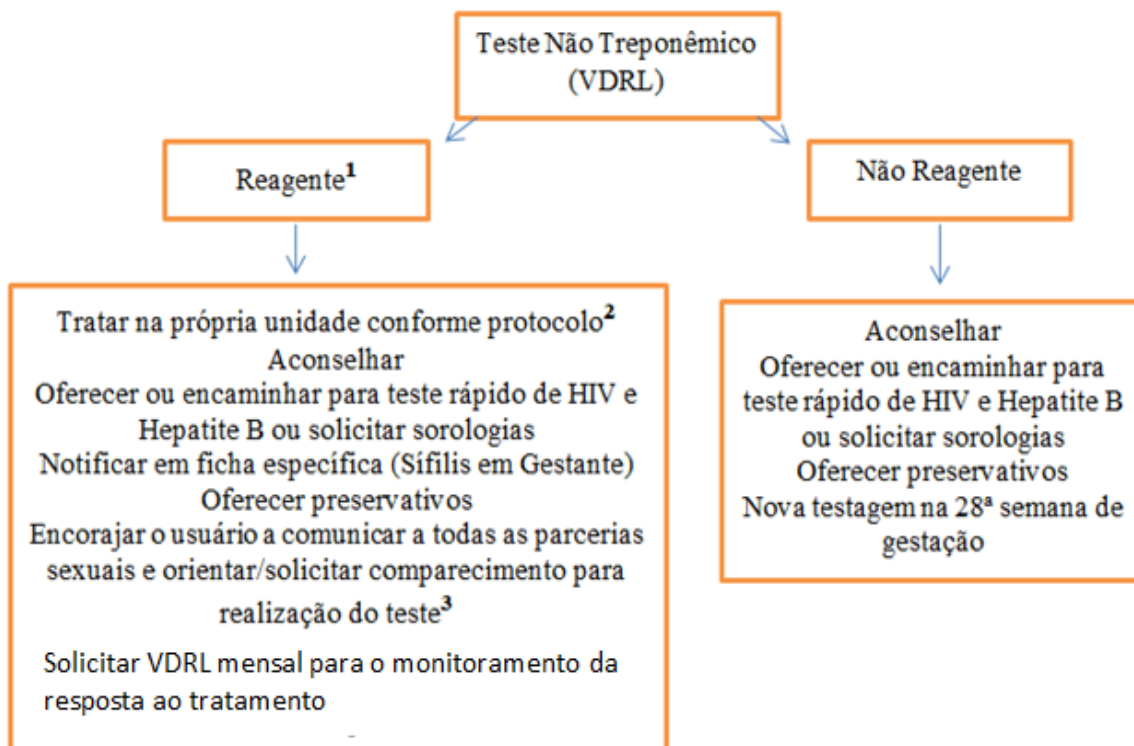
7.19.2.5 FLUXOGRAMA V – MANEJO DA SÍFILIS (GESTANTE), UTILIZANDO TESTE RÁPIDO



* **Teste Inválido** - Quando a linha de controle não aparece dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado.

- 1- Utilizar um conjunto diagnóstico preferencialmente de lote de fabricação diferente.
- 2- O resultado não reagente é liberado com base em um único teste.
- 3- Em gestantes, o tratamento deve ser iniciado com **apenas um** teste reagente, Treponêmico ou Não Treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.
- 4-Parcerias sexuais de pessoas com sífilis deverão realizar testes imunológicos, ser tratadas na mesma oportunidade em casos de dúvidas quanto ao seguimento e ser tratadas com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando impossível estabelecer-se a data da infecção. Mesmo apresentando testes imunológicos **não reagentes**, parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI).

7.19.2.6 FLUXOGRAMA VI – MANEJO DA SÍFILIS (GESTANTE), UTILIZANDO TESTE NÃO TREPONÊMICO



1- No caso de títulos baixos (até 1:8) e/ou dúvida no diagnóstico (falsos positivos) *, solicitar Teste Rápido.

***Falsos positivos:** Outras treponematoses, malária, gravidez, mononucleose infecciosa, viroses, hanseníase virchowiana, doenças reumáticas, drogadição e doenças autoimunes como o lúpus.

2- Em gestantes, o tratamento deve ser iniciado com **apenas um** teste reagente, Treponêmico ou Não Treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

3- Parcerias sexuais de pessoas com sífilis deverão realizar testes imunológicos, ser tratadas na mesma oportunidade em casos de dúvidas quanto ao seguimento e ser tratadas com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando impossível estabelecer-se a data da infecção. Mesmo apresentando testes imunológicos **não reagentes**, parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI).

7.19.3 Imunização em IST

7.19.3.1 QUADRO I - VACINA HEPATITE B (RECOMBINANTE) E IMUNOGLOBULINA (IGHHB)

Indicação: Prevenir a infecção pelo vírus da hepatite B.

INDICAÇÕES	ESQUEMA	DOSE
Recém-nascidos	Primeira dose (vacina monovalente) o mais precocemente possível, nas primeiras 24 horas de vida, preferencialmente nas primeiras 12 horas, ainda na maternidade ou na primeira visita ao serviço de saúde, até 30 dias de vida. A continuidade do esquema vacinal será com a vacina adsorvida pentavalente, 3 doses: 2, 4 e 6 meses sem reforço.	0,5 ml
Gestantes em qualquer faixa etária e a partir da 14ª semana gestacional (nunca vacinadas)	Três doses, com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira doses (0, 1 e 6) sem reforço. OBS: Em caso de esquema vacinal incompleto, não reinicie o esquema, apenas o complete de acordo com a situação encontrada. O intervalo entre a 2ª e a 3ª doses deve ser de, no mínimo, 2 meses.	0,5ml < de 20 anos 1,0ml > de 20 anos
População geral independente da faixa etária (nunca vacinada)		

Observações: Para profissionais de saúde testar Anti-HBs 1 a 2 meses depois da vacina, repetir esquema (3 doses) uma única vez para os sem resposta. Os títulos de anti-HBs considerados protetores são superiores a 10mUI/ml.

7.19.3.2 Indicações para o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE):

Pessoas vivendo com HIV/Aids, asplenia anatômica e funcional, convívio domiciliar com portador, doadores de órgãos sólidos ou medula óssea, imunodeficiência congênita ou adquirida, doença autoimune, doenças sanguíneas, fibrose cística, hemofílicos, hepatopatias, renais crônicos, portadores de neoplasias, transplantados.

7.19.3.3 Situações Especiais

RECOMENDAÇÃO	ESQUEMA	DOSE	OBSERVAÇÃO
RN com menos de 33 semanas com < de 2kg	4 doses: 0, 2, 4 e 6 meses	0,5 ml	Quando a mãe é sabidamente HBsAg positivo, administrar Imunoglobulina Anti-hepatite B até no máximo 7 dias após o parto.
Renais Crônicos e Imunodeprimidos	4 doses: 0, 1, 2 e 6 meses	< de 20 anos: 1,0ml > de 20 anos: 2,0ml	Testar Anti-HBs 1 a 2 meses depois, repetir esquema para os sem resposta. Para os com resposta, retestar anualmente.
Vítimas de Abuso Sexual	3 doses: 0, 1 e 6 meses	< 20 anos: 0,5ml > 20 anos: 1,0ml	Utilizar imunoglobulina se a vítima for suscetível e o agressor for HBsAg positivo, aplicar até 14 dias da exposição.

- ✓ **Via e local de Administração:** Via intramuscular (IM), no vasto lateral da coxa em crianças menores de 2 anos e deltóide em crianças com mais de 2 anos. Ângulo 90°.

Observações: Adeque a agulha ao ângulo de administração conforme a massa muscular do usuário a ser vacinado.

7.19.3.4 Vacina HPV

- ✓ **Indicação:** Para jovens do sexo feminino de 9 a 14 anos e do sexo masculino de 11 a 14 anos de idade, e para homens e mulheres vivendo com HIV/Aids, pacientes transplantados e oncológicos, na faixa etária de 9 a 45 anos de idade, para a imunização ativa contra os tipos de HPV 6, 11, 16 e 18, a fim de prevenir contra câncer do colo do útero, vulvar, vaginal e anal, lesões pré-cancerosas ou displásicas, verrugas genitais e infecções causadas pelo papilomavírus humano (HPV).
- ✓ **Esquema, dose e volume:** A vacinação consiste na administração de duas doses com o seguinte esquema vacinal: zero e 6 meses. O volume a ser administrado é 0,5 mL. Homens e mulheres vivendo com HIV/Aids devem receber o esquema diferenciado de doses (0, 2 e 6 meses), considerando a maior frequência de neoplasias anogenitais e lesões intraepiteliais decorrentes do HPV neste grupo.
- ✓ **Via e local de administração:** Deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular, preferencialmente na região deltoide, na parte superior do braço, ou na região anterolateral superior da coxa.

7.19.3.5 Referências no município para encaminhamento

- ❖ **HEPATITES VIRAIS:** CMSDC/SAE (no térreo) - Encaminhar o paciente direto de 2ª a 6ª feira das 07:00h às 16:30h para agendar consulta, com guia de referência e resultado dos exames.
- ❖ **HEPATITES VIRAIS EM GESTANTE:** CMSDC/SAE (NO TÉRREO) - Encaminhar o paciente direto de 2ª a 6ª feira das 09:00h às 16:00h para agendar consulta, com guia de referência e resultado dos exames.
- ❖ **HIV +:** CMSDC/SAE (NO TÉRREO) - Encaminhar o paciente direto de 2ª a 6ª feira das 09:00h às 16:00h para agendar consulta, com guia de referência e resultado dos exames.
- ❖ **HIV + EM GESTANTE:** CMSDC/CTA (SALA 29) - Encaminhar a paciente direto de 2ª a 6ª feira das 8:00h às 15:00h, com guia de referência e resultado dos exames.

- ❖ **HTLV:** Enviar guia de referência com xérox dos documentos para o núcleo de regulação (SMS) pelo carro.
- ❖ **HPV/CONDILOMA (HOMENS E MULHERES):** CMSDC/SAE (NO TÉRREO) - Encaminhar o paciente direto de 2^a a 6^a feira das 09:00h às 16:00h para agendar consulta, com guia de referência e resultado dos exames (se tiver).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança. Deve-se considerar o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno.

As ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

A partir desses pressupostos, foram desenvolvidas ações de saúde a serem executadas de acordo com cada período de vida da criança. A frequência dos atendimentos está relacionada ao calendário vacinal e às orientações específicas referentes aos marcos de crescimento e desenvolvimento da criança. Entretanto, os atendimentos podem ser em intervalos menores, caso haja necessidade.

O quadro abaixo identifica o quantitativo de atendimentos a serem realizados nos três primeiros anos de vida da criança e, em seguida, estão descritas as ações pertinentes a cada atendimento.

FREQUÊNCIA DAS CONSULTAS	
1º ano de vida	1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 1 ano
2º ano de vida	18º mês, 24º mês
A partir do 3º ano de vida	Consultas anuais próximas ao mês do aniversário

Fonte: BRASIL, 2012

8.1 Atendimento domiciliar de puerpério (1ª semana)

Realizar o atendimento domiciliar de puerpério, preferencialmente, na 1ª semana após a alta ou em até no máximo 10 dias após parto.

Caso a puérpera e/ou o recém-nascido (RN) tenham alta hospitalar após este período, proceder com o atendimento de puerpério e ao RN tão logo estes retornem à sua residência.

Nesse atendimento deve-se:

- ✓ Observar o vínculo entre mãe e filho;
- ✓ Avaliar na mulher: lóquios fisiológicos, mamas ingurgitadas, cicatriz cirúrgica e aspectos psicoafetivos maternos; cuidados com as mamas; técnica correta para a amamentação; alimentação;
- ✓ Avaliar no RN: fontanelas, coto umbilical, região genital, dermatites, reflexo de Moro, reflexo de marcha anserina, reflexo de preensão palmar e plantar, reflexo de sucção, manobra de Barlow e Ortolani, teste de Trendelenburg;
- ✓ Verificar a realização dos testes do pezinho, da orelhinha e do olhinho que podem ser realizados até 30 dias de vida do RN (**idealmente realizado entre o terceiro e o quinto dia de vida**), preferencialmente na primeira semana.
- ✓ Orientar os pais sobre: “banho de sol” do RN no horário correto, higiene bucal e corporal, cuidados com o coto umbilical, posição supina para dormir, registro do nascimento, caderneta da criança.

8.2 Consulta de 1º mês

- ✓ Proceder com a avaliação do RN atentando principalmente para os resultados dos testes realizados;
- ✓ Avaliar o crescimento e desenvolvimento (peso, altura, perímetro cefálico);
- ✓ Avaliar a caderneta da criança e aprazar calendário vacinal;
- ✓ Avaliar higiene oral e corporal;
- ✓ Incentivar o aleitamento exclusivo, com exceção das condições que o contraindicam;
- ✓ Realizar orientação sobre prevenção de acidentes próprios da idade.

Observações: SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA NOS PRIMEIROS MESES DE VIDA

criança não consegue deglutir; vômitos frequentes; refluxo; convulsões e/ou apneia (+ ou – 20 segundos sem respirar); frequência cardíaca abaixo de 100 bpm; letargia ou inconsciência; frequência respiratória acima de 60 irpm; movimentação do RN/lactente reduzida; temperatura axilar $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$; tiragem intercostal; batimentos de asas de nariz; cianose generalizada ou

palidez importante; gemidos; secreção purulenta nas cavidades auriculares; cicatriz umbilical purulenta e/ou hiperemiada; pústulas na pele e/ou dermatites; irritabilidade ou sinais de dor à manipulação e palpação abdominal; Diante de algum desses sinais e sintomas, é imprescindível avaliação médica.

8.3 Consulta de 2º mês

- ✓ Realizar avaliação do crescimento e desenvolvimento do lactente;
- ✓ Avaliar esquema vacinal na caderneta da criança;
- ✓ Avaliar vínculo mãe e lactente;
- ✓ Avaliar parentalidade da criança;
- ✓ Observar higiene oral e corporal do lactente;
- ✓ Incentivar o aleitamento materno exclusivo;
- ✓ Investigar sinais de risco dos primeiros meses de vida;
- ✓ Orientar as mães sobre realização de ordenha, armazenamento e oferta do leite materno em copinho.
- ✓ Realizar orientação sobre prevenção de acidentes próprios da idade.

8.4 Consulta de 4º mês

Deve-se seguir com as orientações e avaliações das consultas anteriores. Mantêm-se as orientações às mães que trabalham sobre como realizar a ordenha e o armazenamento do próprio leite materno e o modo de oferecê-lo ao lactente.

Observações: Para crianças em aleitamento misto, iniciar a suplementação de sulfato ferroso a partir do 4º mês de vida. Sendo neste caso 1 a 2mg/Kg/dia dos 4 aos 18 meses. Em caso de prematuro e RN baixo peso, a suplementação deve ser iniciada a partir do 30º dia após o nascimento, de acordo com o peso. Observar recomendações do Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de Condutas Gerais, disponível no link abaixo.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas

8.5 Consulta de 6º mês

- ✓ Incentivar o aleitamento materno complementado;
- ✓ Iniciar a suplementação com Sulfato Ferroso (ainda que em aleitamento materno exclusivo), sendo: 1 a 2mg/Kg/dia dos 6 aos 24 meses;
- ✓ Iniciar, a partir do 6º mês, a megadose de vitamina A administrada na Unidade de Saúde (de 6 – 11 meses: 100.000UI/dose e de 12- 59 meses: 200.000UI uma vez a cada 6 meses);
- ✓ Oferecer alimentos in natura ou minimamente processados e água própria para o consumo em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas (Brasil, 2021);
- ✓ Orientar os responsáveis que nesse período podem surgir as primeiras dentições, e que sinais como hiperemia das gengivas, recusa alimentar, levar as mãos à boca com frequência, febre baixa, diarreia e irritabilidade podem ocorrer;
- ✓ Realizar higiene oral dos dentes após as refeições (com água), com escova de dente macia e própria para a idade;
- ✓ Realizar orientação sobre prevenção de acidentes próprios da idade;
- ✓ Avaliar o esquema vacinal.

Observações: O leite materno deve continuar a ser oferecido até 2 anos ou mais, não sendo necessário dar leite de vaca ou fórmula infantil. Os novos alimentos devem complementar o leite materno e não o substituir (BRASIL, 2021).

Nesta idade, a criança deve começar a receber 4 refeições, que podem ser almoço, jantar e 2 lanches (Brasil, 2021).

8.6 Consulta de 9º mês

- ✓ Realizar avaliações conforme mencionadas nas consultas anteriores;
- ✓ Avaliar o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor;
- ✓ Avaliar o esquema vacinal;
- ✓ Avaliar a alimentação do lactente;
- ✓ Avaliar sinais de desnutrição, sobrepeso e baixo peso;

- ✓ Investigar a relação do lactente com o meio em que vive e sua relação de parentalidades/cuidadores;
- ✓ Realizar orientação sobre prevenção de acidentes próprios da idade.

Observações: A criança deve continuar a receber o leite materno quando desejar. Os tipos de refeições continuam os mesmos após os 9 meses: almoço, jantar e 2 lanches com frutas; a criança já pode receber alimentos picados na mesma consistência dos alimentos da família. As carnes podem ser desfiadas. Nessa idade, a criança pode aceitar de quatro a cinco colheres de sopa no total. A partir dos 09 meses, o uso de fórmula infantil pode ser substituído por leite de vaca integral (BRASIL, 2019).

8.7 Consulta de 12º mês

- ✓ Realizar as avaliações de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor;
- ✓ Avaliar sinais de alteração nutricional;
- ✓ Avaliar sinais sugestivos de boa visão, audição e início da fala;
- ✓ Avaliar o esquema vacinal;
- ✓ Avaliar e orientar o processo de educação em saúde;
- ✓ Investigar o padrão de sono noturno;
- ✓ Estimular a alimentação saudável;
- ✓ Avaliar higiene oral e corporal.
- ✓ Realizar orientação sobre prevenção de acidentes próprios da idade.

Observações: Além do leite materno, a criança recebe o café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar. Oferecer os alimentos em pedaços maiores e na mesma consistência da comida da família. Nessa idade, a criança pode aceitar de cinco a seis colheres de sopa no total (BRASIL, 2021).

8.8 Consulta de 18º mês

- ✓ Avaliar crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor;
- ✓ Avaliar índice de entendimento da criança quando solicitada ou quando ocorre qualquer comunicação verbal clara e firme;
- ✓ Estimular a criação/oferta de espaços onde a criança possa brincar, andar e desenvolver o equilíbrio corporal;

- ✓ Observar a reação da criança com o que há ao seu redor e com o meio em que vive;
- ✓ Realizar orientação sobre prevenção de acidentes próprios da idade;
- ✓ Avaliar esquema vacinal.

8.9 Consulta de 18º mês

- ✓ Avaliar crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor;
- ✓ Avaliar índice de entendimento da criança quando solicitada ou quando ocorre qualquer comunicação verbal clara e firme;
- ✓ Estimular a criação/oferta de espaços onde a criança possa brincar, andar e desenvolver o equilíbrio corporal;

- ✓ Observar a reação da criança com o que há ao seu redor e com o meio em que vive;
- ✓ Realizar orientação sobre prevenção de acidentes próprios da idade;
- ✓ Avaliar esquema vacinal.

8.10 Consulta de 2 anos

- ✓ Avaliar crescimento e desenvolvimento;
- ✓ Avaliar calendário vacinal;
- ✓ Avaliar desenvolvimento nutricional;
- ✓ Estimular atividade física;
- ✓ Observar o comportamento da criança em relação ao meio que a cerca;
- ✓ Investigar a relação da parentalidade com a criança.

8.11 Consultas anuais

✓ Na consulta a partir do 3º ano de vida, manter a avaliação do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, do estado vacinal e nutricional.

✓ No período pré-escolar, é necessário atentar para a identificação de alguns problemas, tais como: atraso do desenvolvimento da fala; alterações relacionais; dificuldade de aprendizado; ansiedade exacerbada; desordem mental da criança ou de parentes de convívio regular. Observar sinais de maus-tratos, negligência ou qualquer forma de violência infantil dentro do contexto familiar ou mesmo na escola/creche e saúde ocular.

✓ Orientar sobre prevenção de acidentes evitáveis como, por exemplo, acidentes de trânsito, quedas de alturas, atropelamentos, queimaduras, ingestão de produtos químicos – incluindo medicações, afogamentos, proximidade com materiais cortantes.

No quadro a seguir, estarão as recomendações do exame físico nas primeiras semanas de vida extraído do Caderno de Atenção Básica 33, do Ministério da Saúde, referente à Saúde da criança.

8.11.1 QUADRO I – RECOMENDAÇÕES DO EXAME FÍSICO NAS PRIMEIRAS SEMANAS DE VIDA

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Peso, comprimento e perímetro cefálico	Avalie o <i>comprimento</i> e o <i>perímetro cefálico</i> da criança. Avalie o <i>peso</i> em relação ao peso ideal ao nascer. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação até o 15º dia de vida. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão (< -2 ou > +2 escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento (MACCHIAVEMI; BARROS FILHO, 1998).
Desenvolvimento social e psicoafetivo	Observe e avalie o <i>relacionamento</i> da mãe/cuidador e dos familiares com o bebê: como respondem às suas manifestações, como interagem com o bebê e se lhe proporcionam situações variadas de estímulo. Os marcos do desenvolvimento segundo a faixa etária são descritos na subseção 9.2.
Estado geral	Avalie a <i>postura</i> normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados. Observe o <i>padrão respiratório</i> : a presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos. Avalie o <i>estado de vigília</i> do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro. Identifique sinais de <i>desidratação</i> e/ou <i>hipoglicemia</i> : pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia. A <i>temperatura axilar</i> normal situa-se entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.
Face	Pesquise alguma assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.
Pele	Observe a presença de: (a) <i>edema</i> (se for generalizado, pense em doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; se for localizado, isso sugere trauma de parto); (b) <i>palidez</i> (sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequim – palidez em um hemitorço e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica); (c) <i>cianose</i> (se for generalizada, pense em doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, pense em hipotermia); (d) <i>icterícia</i> . O profissional deverá estar mais atento caso a icterícia tenha se iniciado nas primeiras 24 horas ou depois do 7º dia de vida, caso tenha duração maior do que uma semana no recém-nascido a termo, duração maior do que duas semanas no prematuro (CANADIAN..., 2008) e se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se a icterícia se espalha pelo corpo, atingindo pernas e braços. Pesquise a possível presença de assaduras, pústulas (impetigo) e bolhas palmo-plantares (sífilis). Esclareça a família quanto à benignidade do eritema tóxico.

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Crânio	<p>Examine as <i>fontanelas</i>: a fontanela anterior mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Bossa serossanguínea e cefalematomas (mais delimitados do que a bossa e que involuem mais lentamente) desaparecem espontaneamente.</p>
Olhos	<p><i>Reflexo fotomotor</i>: projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral a um olho. A pupila deve se contrair rapidamente. O teste deve ser repetido no outro olho, devendo ser comparado com o primeiro. Avalia basicamente a estrutura anátomo-funcional (CANADIAN..., 2008).</p> <p><i>Teste do reflexo vermelho ou Bruckner test</i> (idem): deve ser realizado na penumbra (para a pupila ficar mais dilatada), com o oftalmoscópio colocado aproximadamente de 5cm a 10cm de distância dos olhos da criança (o importante é que o oftalmoscópio ilumine os dois olhos simultaneamente), para se observar o reflexo vermelho nos dois olhos. Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, a criança deverá ser avaliada por um oftalmologista com urgência, pois poderá ter problemas como: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade (GRAZIANO, 2002). É importante lembrar que todos os prematuros com 32 semanas ou menos e/ou menores de 1500g devem ser avaliados com dilatação de pupila por oftalmologista na 6ª semana de vida e acompanhados de acordo com o quadro clínico, pois o teste do reflexo vermelho detecta retinopatia da prematuridade apenas de grau 5, já com descolamento de retina e prognóstico reservado.</p> <p><i>Conjuntivites</i>: as pálpebras podem estar edemaciadas (pela reação ao nitrato de prata a 1%) e a regressão é espontânea em 24h a 48h. A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite e, principalmente no RN, é importante descartar a infecção por gonococo, clamídia e herpesvírus (SOCIEDADE..., 2006). A conduta correta é sempre coletar a secreção e solicitar exame bacteriológico e bacterioscópico. A coleta pode ser feita do fundo de saco, com espátula para <i>swab</i>, e encaminhada ao laboratório de microbiologia em meio de cultura. Após a coleta, deve-se iniciar imediatamente o tratamento com colírio (tobramicina ou ofloxacina) e, após o resultado, deve-se tratar o agravo de acordo com o agente etiológico. O grande risco é a conjuntivite por gonococo, pois a bactéria pode penetrar na córnea intacta e causar perfuração ocular em 24h.</p> <p><i>Estrabismo</i> (ou esotropia) e <i>nistagmo lateral</i> são comuns nesta fase, devendo ser reavaliados posteriormente. Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses. Raramente o estrabismo congênito tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida (GRAZIANO, 2002). O exame para o seu diagnóstico está descrito no capítulo 4. A idade ideal para o encaminhamento é a partir dos 4 meses.</p>

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Orelhas e audição	Oriente a família para a realização da <i>triagem auditiva neonatal universal</i> (Tanu) ou “teste da orelhinha”. As justificativas para a triagem universal, o teste e as situações de risco para deficiência auditiva estão descritas no capítulo 7. Observe também a implantação, o tamanho e a simetria das orelhas.
Nariz	Avalie a forma e a possível presença de secreção (sífilis).
Boca	<i>Alterações morfológicas</i> podem representar dificuldade para a pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados. Observe a úvula, o tamanho da língua (macroglossia), o palato, o freio lingual e a coloração dos lábios.
Pescoço	Avalie a <i>assimetria</i> facial e a <i>posição viciosa</i> da cabeça. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária correção cirúrgica (protelada até os três anos de idade) (STACHELI, 2008).
Tórax	Avalie a <i>assimetria</i> , pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal. Apalpe as clavículas, para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço. A fratura de <i>clavícula</i> é manejada simplesmente prendendo-se o braço ao tórax, para proporcionar conforto ao bebê (STACHELI, 2008); tem caráter benigno e ocorre formação de calo ósseo em 2 a 3 semanas. Oriente a família para a involução espontânea de <i>mamas</i> , que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos). Observe possíveis sinais de <i>sofrimento respiratório</i> (tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor). Conte a frequência cardíaca, que normalmente varia entre 120bpm e 160bpm. Observe a possível presença de cianose, abaulamento pré-cordial, turgência jugular, <i>ictus cordis</i> e sopros cardíacos. Verifique também os pulsos.
Abdome	Observe a <i>respiração</i> , que é basicamente abdominal e deve estar entre 40mm e 60mm. Observe a forma do abdome: se ele estiver dilatado, o achado pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se ele estiver escavado, isso pode indicar hérnia diafragmática. Diagnostique a presença de <i>hérnias</i> inguinal e umbilical. Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já nos casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia (BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSEN, 2003). Diagnostique também a presença de diástase dos retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal. Verifique a presença de granuloma umbilical após a queda do coto (resolvido com uso de nitrato de prata). Se a <i>região umbilical</i> estiver vermelha, edemaciada e com secreção fétida, o achado indica onfalite e, portanto, a criança deve ser encaminhada para a emergência (AMARAL, 2004).

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Genitália	Apalpe a bolsa escrotal para identificar a presença dos <i>testículos</i> . Quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido, a mãe pode ser informada de que isso se trata de uma situação comum, especialmente em prematuros (9,2% a 30%). Isso porque, na maioria das vezes, os testículos “descem” até os 3 meses de vida, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para melhor avaliação e tratamento (DENES; SOUZA; SOUZA apud JATENE; NOBRE; BERNARDO, 2006). O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza <i>hidrocele</i> , que em geral tem regressão lenta, com resolução espontânea, até os 2 anos de idade da criança (idem). A fimose é fisiológica ao nascimento. Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia. Na genitália feminina, os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes. Pode haver <i>secreção</i> esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente.
Ânus e reto	Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.
Sistema osteoarticular	Examine os <i>membros superiores e inferiores</i> , para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia. Identifique a provável presença de pé torto, que pode ser desde posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) até um pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênitas (STAHELI, 2008). O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, mas o ideal é encaminhar a criança para o ortopedista, para melhor avaliação e escolha do tratamento. Verifique a presença de <i>displasia evolutiva do quadril</i> realizando os testes de Ortolani e de Barlow (DEMOTT et al., 2006; AMERICAN..., 2006; U.S. PREVENTIVE..., 2012; INSTITUTE, 2012).
Coluna vertebral	Examine toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.
Avaliação neurológica	Observe <i>reflexos</i> arcaicos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro (descrito no capítulo 8, sobre o acompanhamento do desenvolvimento), que são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio. Observe a postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça até o final do primeiro mês. Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O <i>tônus</i> normal é de semiflexão generalizada (CANADIAN..., 2008).

Fonte: DEMOTT et al., 2006; PORTO ALEGRE, 2004 (com adaptações).

Nota: no manejo do RN com microcefalia verificar a realização de investigação laboratorial e de imagem, na maternidade. Contatar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) para acompanhamento do caso. Se houver necessidade, o RN deverá ser acompanhado pelo Centro de Atenção à Pessoa com Deficiência (CEAPD).

Nas últimas décadas, houve uma importante modificação demográfica relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade, ao aumento da expectativa de vida e aos movimentos migratórios e de urbanização. Mesmo com a desaceleração no ritmo de crescimento da população jovem, hoje, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade é significativa, representando, no censo de 2010, um total de 51.402.821 pessoas – 36,89% da população brasileira.

Adolescentes e jovens constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde. As vulnerabilidades produzidas pelo contexto social e as desigualdades resultantes dos processos históricos de exclusão e discriminação determinam os direitos e as oportunidades de adolescentes e jovens brasileiros.

O Ministério da Saúde segue como definição de adolescência a prescrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que caracteriza o período de 10 e 19 anos e compreende como juventude a população dos 15 a 24 anos (BRASIL, 2010, p. 46). O Estatuto da Juventude (Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013) define juventudes a partir de faixas etárias. Dos 15 a 17 anos são adolescentes-jovens; dos 18 a 24 anos de jovens-jovens e entre os 25 a 29 anos são denominados jovens-adultos. Portanto, nessas definições há uma interseção entre a metade da adolescência e os primeiros anos da juventude.

Na atenção integral à saúde do adolescente devem ser contemplados os seguintes eixos: promoção da saúde e prevenção de agravos; ações de assistência e reabilitação da saúde e a educação permanente. Maiores esclarecimentos sobre tais temas poderão ser obtidos nos respectivos cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Os eixos abaixo devem ser trabalhados considerando os temas relevantes para o público alvo:

- ✓ Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento físico e psicossocial.
- ✓ Saúde sexual e a saúde reprodutiva.
- ✓ Saúde bucal.
- ✓ Saúde mental.
- ✓ Prevenção ao uso de álcool e outras drogas.

- ✓ Prevenção e controle de agravos.
- ✓ Educação em saúde.
- ✓ Direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas.

9.1 Acolhimento

A equipe da ESF deve estar consciente que o acolhimento de adolescentes e jovens é tarefa de todos os profissionais: da recepção à dispensação de medicamentos, do agente comunitário de saúde ao técnico de Enfermagem, do dentista aos demais profissionais de saúde com formação universitária. Destaca-se que a assistência ao adolescente começa na assistência à criança e sua família. É no atendimento desta faixa etária que podemos detectar e problematizar questões como: o estilo parental de cuidado, o monitoramento do desenvolvimento e do cuidado tanto no período escolar como no período complementar, os serviços e órgãos de apoio de outros setores e as situações de estresse e adversidades que podem comprometer o desenvolvimento.

9.2 Atividades educativas

O trabalho com as escolas e com a rede de assistência social é fundamental para ampliar a procura direta do adolescente pelo serviço de Atenção Básica. Parcerias em projetos de Educação e Saúde nas escolas, como proposto pelo Programa de Saúde na Escola do Ministério da Saúde (PSE/MS), qualificação das reuniões intersetoriais para acompanhamento de situações de maior vulnerabilidade e parcerias com projetos de Secretarias de Cultura, Esporte e Lazer são fundamentais neste sentido. Para o trabalho com esse público alvo, alguns aspectos devem ser observados:

- ✓ A sala de espera é uma ferramenta muito útil na divulgação e orientação dos cuidados oferecidos.
- ✓ Formar grupos com interesses e dados comuns - respeito às faixas etárias e ao interesse que cada uma desperta, tanto do ponto de vista físico, como de suas vivências. Então, pode ser interessante que se formem subgrupos que contemplem separadamente os mais jovens: 10 a 14 anos; e outro subgrupo de 15 a 19 anos.

- ✓ Estimular a participação ativa dos adolescentes nos grupos, principalmente nos temas que deverão ser abordados, como nas modalidades de encontro: sejam reuniões, dinâmicas, lazer, etc. Sempre visando projetos de vida, cultura de paz, ética, igualdade racial e cidadania.
- ✓ As ações educativas também incluem de fundamental importância, a atuação do PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE), reforçando ainda mais este vínculo SAÚDE ⇔ EDUCAÇÃO.
- ✓ Alguns temas cuja abordagem é de grande relevância e fundamental na promoção da saúde e prevenção de agravos:

➤ Sexualidade:

A escola é uma importante fonte de informação sobre sexualidade. Por isto, o Ministério da Saúde e da Educação, em parceria, trabalham o PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, constituindo uma importante rede de proteção para nossos jovens. Além de fortalecimento da autonomia e autocuidado.

➤ Planejamento reprodutivo:

Procura-se promover o autoconhecimento do corpo como facilitador para o uso dos métodos contraceptivos. Informa-se a interação de alguns métodos com uso de drogas lícitas e ilícitas. Incentiva-se a dupla proteção com o uso de preservativo associado a outro método contraceptivo. Apresenta-se e orienta-se todos os métodos contraceptivos disponíveis, inclusive os naturais, para que os adolescentes possam fazer escolhas livres e bem informadas, incluindo o respeito às suas concepções religiosas. Valoriza-se os argumentos sobre as vantagens do uso de preservativo, principalmente por proporcionar mais segurança. Orienta-se quanto à anticoncepção de emergência. Deve-se ter especial atenção à gravidez na adolescência.

- Infecções sexualmente transmissíveis (IST):

Com o objetivo de atuar preventivamente e oportunizar o início precoce do cuidado deve-se aproveitar as oportunidades para oferecer aconselhamento e teste rápido àqueles que estejam com sinais e/ou sintomas de alguma IST ou relatem algum comportamento de risco. Recomenda-se que, na testagem nos adolescentes de 12 a 18 anos, seja feita, pela equipe de saúde, uma avaliação das condições de discernimento e autonomia do adolescente e que a realização do exame, assim como a participação do resultado a outras pessoas ficam restritos ao respeito de sua vontade. Já nos adolescentes de 10 a 12 anos, a testagem e entrega dos exames anti-HIV só serão realizadas com a presença dos pais ou responsáveis legais, lembrando ainda que estes também têm o direito de saber de sua condição de saúde.

- Alimentação saudável

- Saúde bucal:

Nas atividades com esta faixa etária, o papel da odontologia se faz determinante não só pelo aspecto estético como também na prevenção de patologias.

- Prevenção ao uso de álcool e Outras Drogas, incluindo o tabagismo e suas complicações.

- Cidadania, Projetos de Vida, Prevenção de Violência doméstica e Equidade de gêneros.

9.3 Atendimento ao adolescente

No atendimento ao adolescente o profissional de saúde deve respeitar a decisão e as escolhas livres de adolescentes (art. 7 do ECA, 1990), desde que tenham capacidade para tal, preservando seus direitos fundamentais em acordo com as atuais condições ético-sociais. Além disso, o profissional deve atentar para:

✓ Privacidade: adolescentes, de ambos os sexos, podem ser atendidos sozinhos, caso desejem. O direito à privacidade é um elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde.

✓ Confidencialidade e sigilo: adolescentes devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como a seus pares, sem a sua concordância explícita.

Observações: Quebra de sigilo - adolescentes devem ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco à vida ou outros riscos relevantes tanto para a pessoa quanto para terceiros. Por exemplo, em situações como violência sexual, ideia de suicídio, informação de homicídios e outros.

✓ Consentimento livre e esclarecido - a todos os usuários dos serviços de saúde, inclusive adolescentes, deve ser solicitado que assinem o consentimento livre e esclarecido para a realização de qualquer procedimento clínico. No consentimento livre e esclarecido, a decisão só deve ser tomada depois que o adolescente receber informações detalhadas e esclarecidas sobre seu estado de saúde e o tratamento a ser realizado. Caso seja verificada sua incapacidade para a decisão, deve ter a assistência de seus pais ou representantes legais.

Observações: O consentimento só é moralmente aceitável quando está fundamentado em quatro elementos: informação, competência, entendimento e voluntariedade.

✓ Consentimento nas urgências - Se o adolescente não pode dar o seu consentimento, é imprescindível que um familiar/responsável seja localizado para a obtenção do mesmo. Não conseguindo esse contato, e havendo a restrição do tempo para a tomada da decisão, o profissional de saúde executor assume o papel de protetor natural do adolescente por meio de ações positivas em favor da vida e da saúde. Assim, nas urgências aceita-se a noção de existência de consentimento informado presumido ou implícito. O profissional deverá registrar essa condição no prontuário e no Impresso de consentimento institucional.

Observações: A compreensão jurídica prevalente e as normas éticas dos profissionais de saúde (Conselho Federal de Medicina) apontam que, no caso de iminente perigo a vida, o valor da vida humana passa a se sobrepôr ao requerimento do consentimento e do esclarecimento da pessoa.

- Ações preventivas como componentes da consulta – Aproveitar a oportunidade para:
 - ✓ Reforçar mensagens de promoção de saúde.
 - ✓ Identificar adolescentes que estejam sujeitos a comportamentos de risco.
 - ✓ Promover imunização adequada.
 - ✓ Desenvolver vínculos que favoreçam um diálogo aberto sobre questões de saúde.
 - ✓ Sensibilizar adolescentes homens para o autocuidado e para a corresponsabilização pela saúde sexual e reprodutiva sua e de sua parceria.

9.4 Dinâmica da consulta

Em termos ideais, devem existir dois momentos na consulta: o adolescente sozinho e com o familiar/responsável. A entrevista com o responsável é fundamental para o entendimento da dinâmica e estrutura familiar e para a elucidação de detalhes importantes da história pregressa do adolescente.

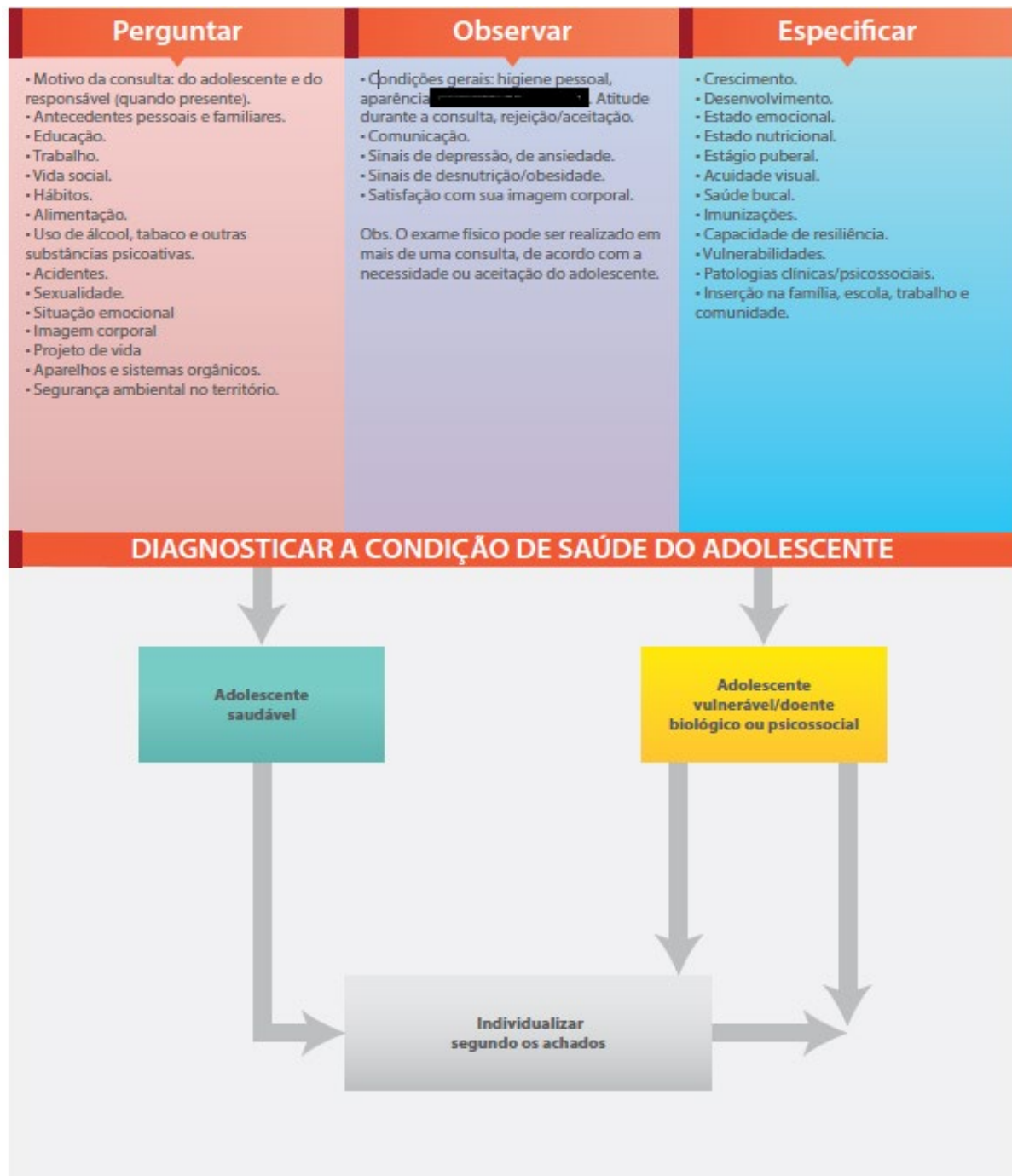
Entrevistar o adolescente sozinho oferece a oportunidade de estimulá-lo a expor sua percepção sobre o que está acontecendo nos diversos âmbitos de sua vida. Além disso, esse espaço permite que o adolescente aborde alguns aspectos sigilosos que o estejam preocupando.

Na realização da consulta clínica, alguns instrumentos são fundamentais para o registro dos dados obtidos no atendimento. A aferição de medidas antropométricas e a disposição destas em gráficos (WHO – Caderneta do Adolescente), além do estagiamento puberal (critérios de Tanner), são imprescindíveis.

Os dados relacionados à anamnese e ao exame físico devem ser registrados na Caderneta de Saúde do Adolescente e em formulários apropriados adotados pelos serviços.

9.5 Anamnese do adolescente

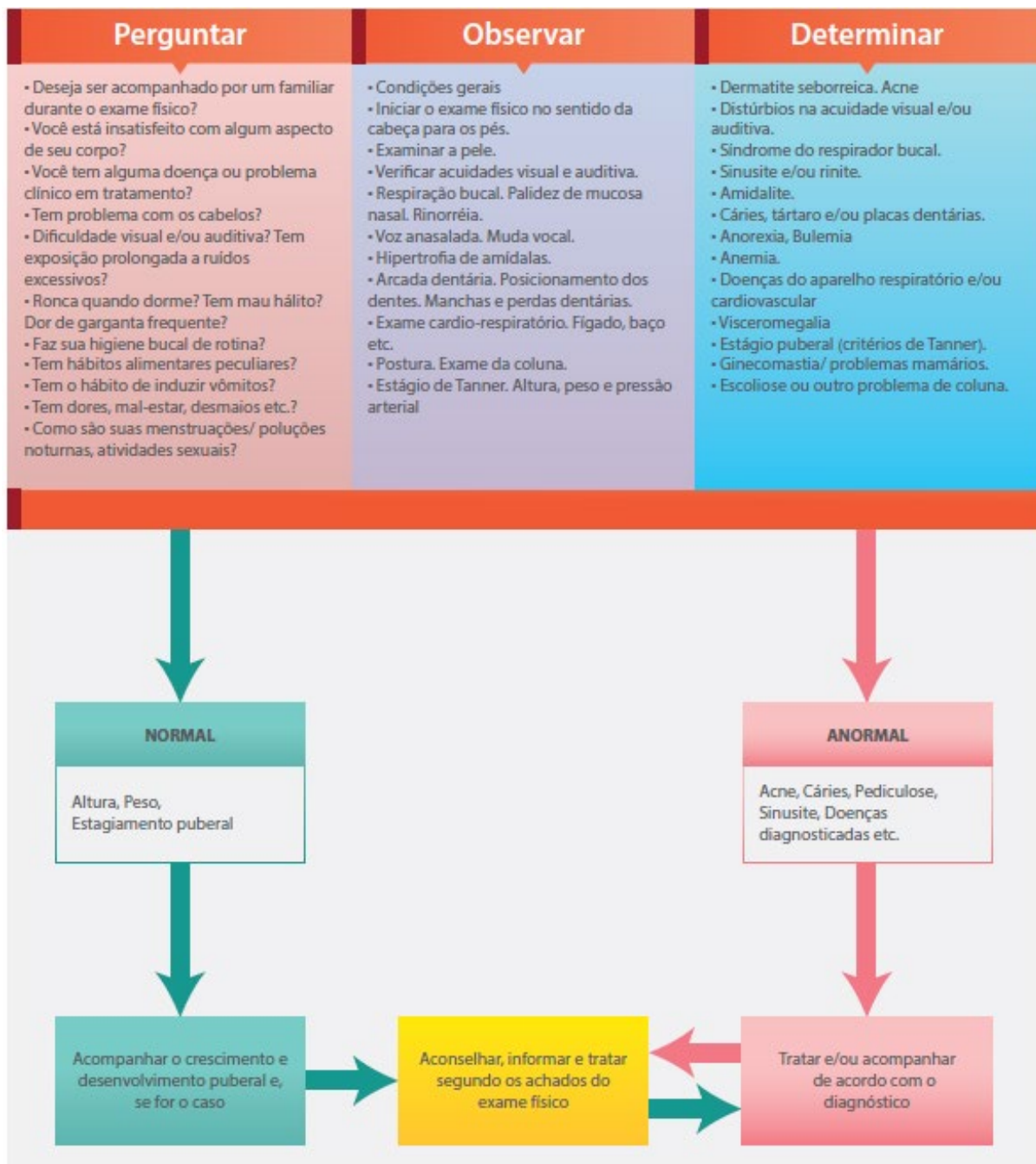
9.5.1 FLUXOGRAMA I – AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL DE ADOLESCENTES DE 10 A 19 ANOS



9.6 Exame físico do adolescente

Os resultados obtidos pelo exame clínico devem ser esclarecidos ao adolescente, assim como as transformações ocorridas em seu corpo.

9.6.1 FLUXOGRAMA II – REALIZAR E ESPECIFICAR, SEGUNDO O EXAME FÍSICO – ADOLESCENTES DE 10 A 19 ANOS



9.7 Crescimento e desenvolvimento

Os resultados obtidos pelo exame clínico devem ser esclarecidos ao adolescente, assim como as transformações ocorridas em seu corpo.

9.7.1 Desenvolvimento físico

O termo puberdade deriva do latim *pubertate* e significa idade fértil; a palavra *púbis* (lat.) é traduzida como pelo, penugem. A puberdade expressa o conjunto de transformações somáticas da adolescência, que, entre outras, englobam:

- ✓ Aceleração (estirão) e desaceleração do crescimento ponderal e estatural, que ocorrem em estreita ligação com as alterações puberais.
- ✓ Modificação da composição e proporção corporal, como resultado do crescimento esquelético, muscular e redistribuição do tecido adiposo.
- ✓ Desenvolvimento de todos os sistemas do organismo, com ênfase no circulatório e respiratório.
- ✓ Maturação sexual com a emergência de caracteres sexuais secundários, em uma sequência invariável, sistematizada por Tanner (1962).
- ✓ Reorganização neuroendócrina, com integração de mecanismos genéticos e ambientais.

9.7.2 Idade óssea

A idade óssea ou esquelética corresponde as alterações evolutivas da maturação óssea, que acompanham a idade cronológica no processo de crescimento, sendo considerada como um indicador da idade biológica.

Ela é calculada por meio da comparação de radiografias de punho, de mão e de joelho com padrões definidos de tamanhos e forma dos núcleos dessas estruturas. A idade óssea pode ser utilizada na predição da estatura final do adolescente, considerando a sua relação com a idade cronológica.

9.7.3 Composição e proporção corporal

Todos os órgãos do corpo participam do processo de crescimento da puberdade, exceção feita ao tecido linfóide e a gordura subcutânea que apresentam um decréscimo absoluto ou relativo. Há acúmulo de gordura desde os 8 anos até a puberdade, sendo que a diminuição deste depósito de tecido adiposo coincide com o pico de velocidade do crescimento.

Desenvolvimento muscular: Na puberdade, chama atenção a hipertrofia e a hiperplasia de células musculares, mais evidentes nos meninos. Este fato justifica a maior força muscular no sexo masculino.

Medula óssea: Durante a puberdade, ocorre uma diminuição da cavidade da medula óssea, mais acentuada nas meninas. Este acontecimento explica um volume final maior da cavidade medular para os meninos, que somado a estimulação da eritropoetina pela testosterona pode representar, para o sexo masculino, um número maior de células vermelhas, maior concentração de hemoglobina e ferro sérico.

9.7.4 Crescimento

O crescimento estatural é um processo dinâmico de evolução da altura de um indivíduo em função do tempo. Por isto, e somente por intermédio de repetidas determinações da estatura, realizada em intervalos regulares (em média a cada seis meses), e inscritas em gráficos padronizados, que se pode avaliar adequadamente o crescimento.

A velocidade do crescimento, assim obtida, constitui um indicador importante de normalidade, que ajuda o profissional de saúde a esclarecer o diagnóstico de qualquer transtorno.

As velocidades de crescimento da criança e do adolescente normais têm um padrão linear previsível. Durante a puberdade, o adolescente cresce um total de 10 a 30 cm (média de 20 cm). A média de velocidade de crescimento máxima durante a puberdade é cerca de 10 cm/ano para o sexo masculino e 9 cm/ano para o sexo feminino. A velocidade máxima de crescimento em altura ocorre, em média, entre 13 e 14 anos no sexo masculino e 11 e 12 anos no sexo feminino.

Atingida a velocidade máxima de crescimento, segue-se uma gradual desaceleração até a parada de crescimento, com duração em torno de 3 a 4 anos. Após a menarca, as meninas crescem, no máximo, de 5 a 7 cm.

As curvas de crescimento individual seguem um determinado percentil desenhado no gráfico de crescimento. É importante salientar que, tanto na infância quanto na adolescência, podem ocorrer variações no padrão de velocidade de crescimento, ocasionando mudanças de percentil de crescimento, mas nem sempre refletem uma condição patológica.

De um modo geral, o adolescente termina o seu desenvolvimento físico com cerca de 20% da estatura final do adulto em um período de 18 a 36 meses. A evolução do peso segue uma curva semelhante à da altura. Na puberdade, a velocidade de crescimento ponderal acompanha a do crescimento em altura, com a incorporação final de 50% do peso do adulto.

9.7.5 Sequência do crescimento

O crescimento estatural inicia-se pelos pés, seguindo uma ordem invariável que vai das extremidades para o tronco. Os diâmetros biacromial e bíliaco também apresentam variações de crescimento durante a puberdade, sendo que o biacromial cresce com maior intensidade no sexo masculino. Nas meninas, observa-se também um alargamento da pelve.

Os pelos axilares aparecem, em média, dois anos após os pelos pubianos. O pelo facial, no sexo masculino, aparece ao mesmo tempo em que surge o pelo axilar. O crescimento de pelos pubianos pode corresponder, em algumas situações, as primeiras manifestações puberais.

Durante a puberdade, alterações morfológicas ocorrem na laringe; as cordas vocais tornam-se espessas e mais longas e a voz mais grave.

A este momento, mais marcante nos meninos do que nas meninas, chamamos de muda vocal. Na maioria dos indivíduos a mudança completa da voz se estabelece em um prazo de aproximadamente seis meses. O crescimento dos pelos da face indica o final deste processo, quando a muda vocal deve estar completa.

Adolescentes com uma alteração na voz, que persista por mais de 15 dias, deve ser encaminhado à fonoaudiologia. É de suma importância que o profissional de saúde saiba orientar os adolescentes quanto a comportamentos nocivos a sua saúde, como o uso de tabaco.

9.7.6 Maturação sexual

A eclosão púbere dá-se em tempo individual por mecanismos ainda não plenamente compreendidos, envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal. Em fase inicial da puberdade, o córtex cerebral transmite estímulos para receptores hipotalâmicos, que, por meio de seus fatores liberadores, promovem na hipófise anterior a secreção de gonadotrofinas para a corrente sanguínea.

9.8 Critérios de Tanner para classificação dos estágios da puberdade

- **Sexo masculino:** as gonadotrofinas, ou seja, os hormônios folículo-estimulante e luteinizante (FSH e LH) atuam aumentando os testículos. Os túbulos seminíferos passam a ter luz e promover a proliferação das células intersticiais de Leydig, que liberam a testosterona e elevam os seus níveis séricos. Esses eventos determinam o aumento simétrico (simultâneo e semelhante) do volume testicular, que passa a ter dimensões maiores que 4 cm³, constituindo-se na primeira manifestação da puberdade masculina. Segue-se o crescimento de pelos pubianos, o desenvolvimento do pênis em comprimento e diâmetro, o aparecimento de pelos axilares e faciais e o estirão pubertário. O tamanho testicular é critério importante para a avaliação das gônadas e da espermatogênese, que costuma ocorrer, mais frequentemente, no estágio 4 de Tanner. Avalia-se o volume testicular de forma empírica ou utilizando-se o orquímetro e orquidômetro de Prader. Estes instrumentos contêm elipsoides de volumes crescentes de 1 ml a 25 ml. O tamanho testicular adulto situa-se entre 12 ml e 25 ml.
- **Sexo feminino:** os hormônios folículo-estimulante e luteinizante (FSH e LH) atuam sobre o ovário e iniciam a produção hormonal de estrógeno e progesterona, responsáveis pelas transformações puberais na menina. A primeira manifestação de puberdade na menina é o surgimento do broto mamário. E seguido do crescimento dos pelos pubianos e pelo estirão puberal. A menarca acontece cerca de um ano após o máximo de velocidade de crescimento, coincidindo com a fase de sua desaceleração. A ocorrência da menarca não significa que a adolescente tenha atingido o estágio de função reprodutora completa, pois os ciclos iniciais podem ser anovulatórios. Por outro

lado, é possível acontecer também a gravidez antes da menarca, com um primeiro ciclo ovulatório.

➤ **Pelos pubianos:** a evolução da distribuição de pelos pubianos e semelhante nos dois sexos, de acordo com as alterações progressivas relativas à forma, espessura e pigmentação. Os cadernos que contém as orientações para o atendimento do (a) adolescente, no que se refere a antropometria e a avaliação dos critérios de Tanner na puberdade, encontram-se nos anexos.

9.9 Problemas mais comuns no desenvolvimento

- No sexo feminino é considerado precoce qualquer sinal de maturação sexual antes dos 8 anos de idade. No caso da puberdade atrasada, considera-se tardia a telarca e pubarca que ocorrem em idades superiores a 13 e 14 anos, respectivamente, e a menarca em idades maiores de 16 anos.

- No sexo masculino é considerada precoce, quando aumento do volume testicular e dos pelos pubianos ocorrem antes dos 9 anos. A puberdade tardia ocorre quando há persistência do estágio pré-puberal após os 16 anos.

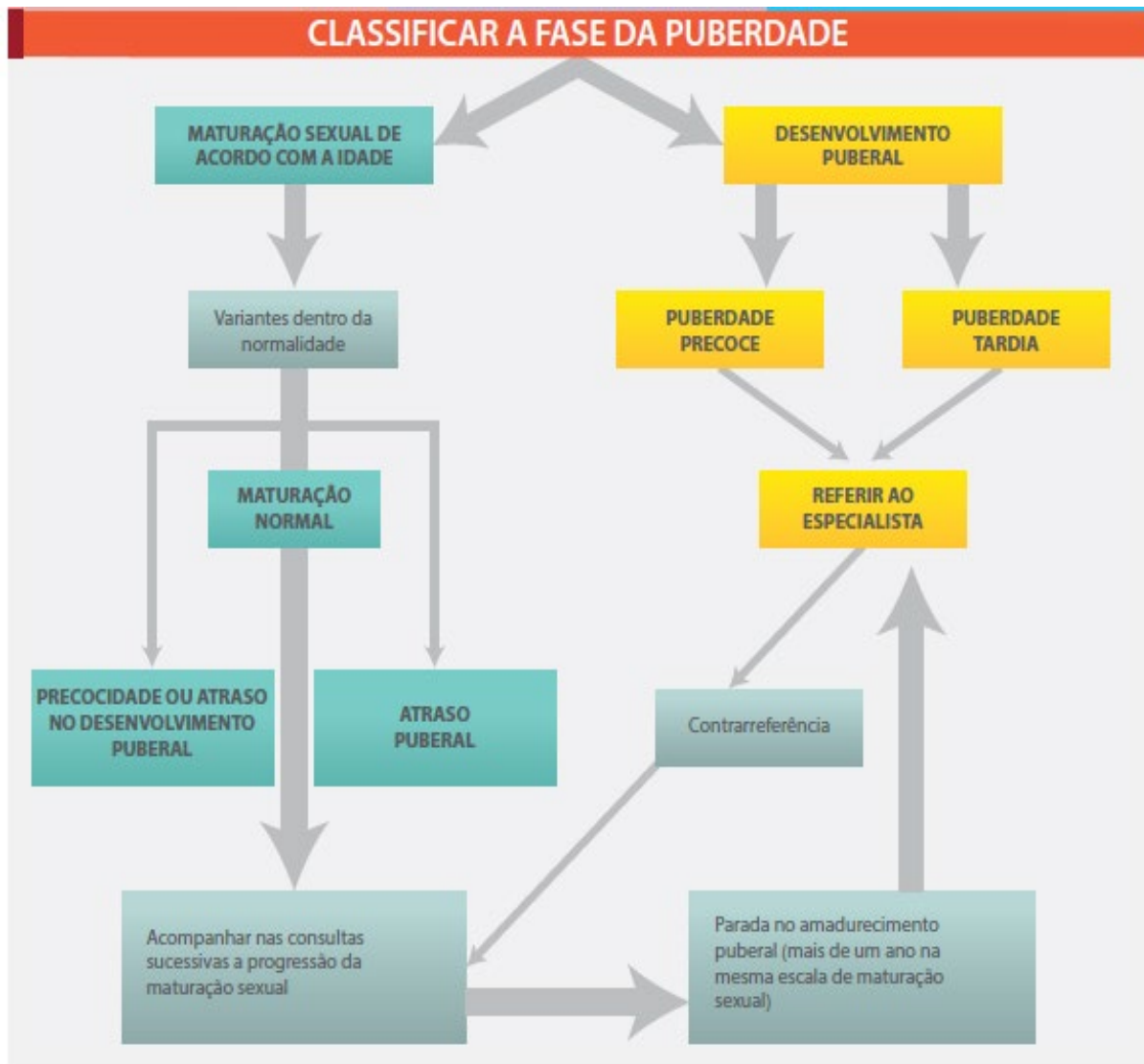
- ✓ **Baixa estatura:** Os achados das medições de altura e peso devem ser assinalados nas curvas de crescimento das cadernetas do adolescente.
- ✓ **Hirsutismo:** aparecimento anormal de pelos no Adolescente, em quantidade excessiva. Pode ser devido a doenças virilizantes e estas relacionadas a doenças neuroendócrinas e ovários policísticos. Conduta: Acompanhar os casos e referenciar para serviço especializado aqueles que exijam atenção especial.
- ✓ Acne e dermatite seborreica.
- ✓ Escoliose e outros problemas de coluna.
- ✓ Ginecomastia: aumento visível ou palpável da glândula mamária no adolescente do sexo masculino. Pode ser uni ou bilateral, aparecendo em torno dos 13 e 14 anos, regredindo naturalmente em 12 a 18 meses. Portanto, pode ser uma condição frequente normal, porém pode ocasionar transtornos da autoimagem com repercussão na vida social.

Conduta: Diferenciar de obesidade e lipoma. Acompanhar e, s, necessário, encaminhar para serviço especializado.

- Micro pênis: quando o tamanho peniano for menor que 1,9 cm, medindo da base até a ponta e esticado. Conduta: Oferecer suporte psicológico e referenciar para serviço especializado.
- Distúrbios alimentares: Obesidade; desnutrição; anemias; anorexia nervosa. Assim o profissional deve avaliar, pelo exame físico, os dados antropométricos (estatura e peso); avaliação nutricional através do IMC, e estágios puberais de Tanner (que segundo tabela variam de 1 a 5).

9.10 FLUXOGRAMA I – AVALIAÇÃO DA PUBERDADE

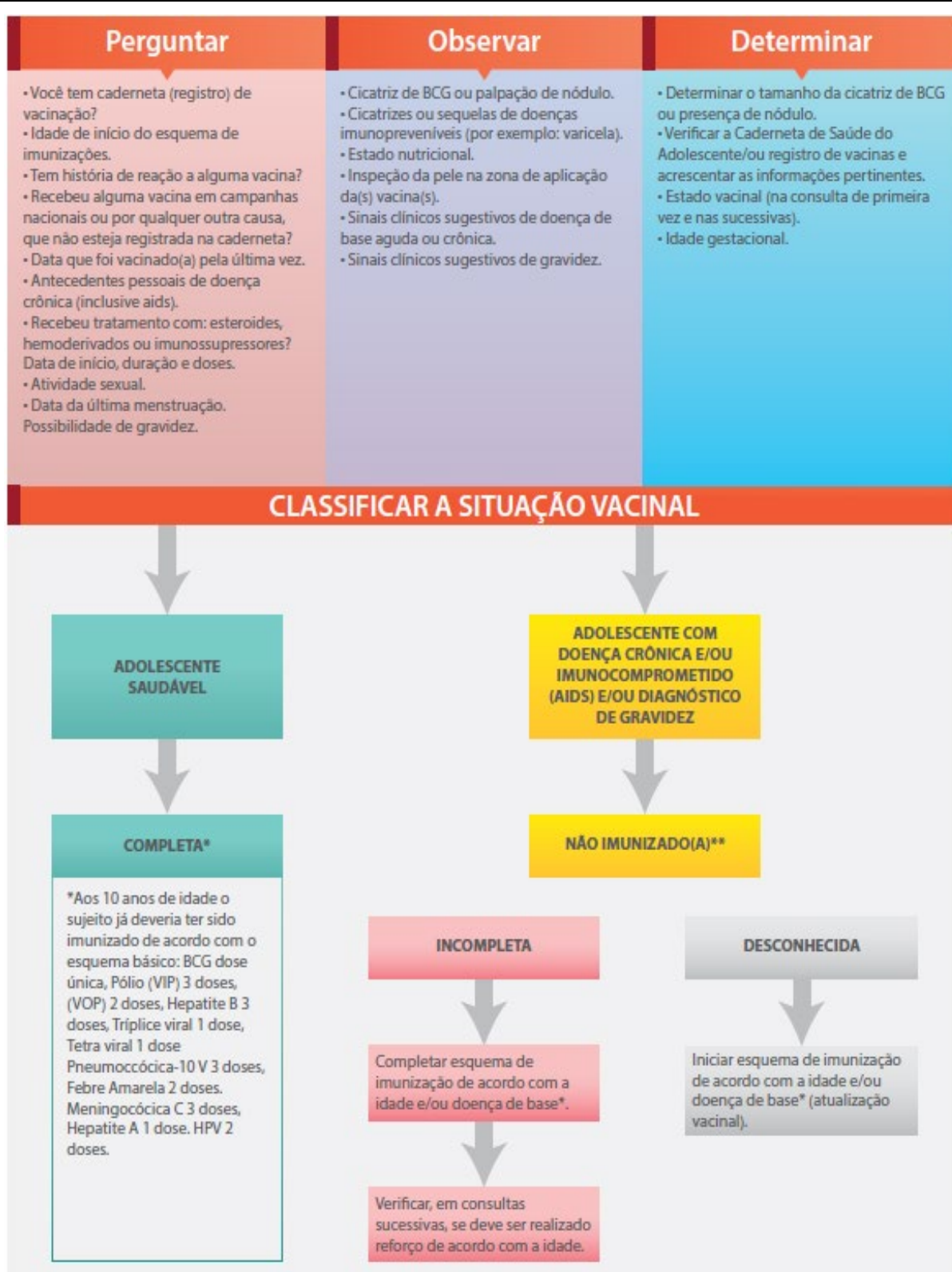
Perguntar	Observar	Avaliar
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes: menarca da mãe, avós, tias, irmãs etc. • Idade de início dos odores desagradáveis das axilas, aparecimento dos pelos pubianos. • Desenvolvimento mamário e menstruações. • Polução noturna. • História nutricional. • Doenças crônicas. • Inquietações dos pais ou responsáveis frente ao desenvolvimento do adolescente (ambos os sexos). • Inquietações do adolescente (ambos os sexos) sobre seu desenvolvimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caracteres sexuais secundários e características da genitália externa. • Aspecto nutricional. • Sinais clínicos compatíveis com patologia crônica. • Atitude do adolescente frente às mudanças puberais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estágio de Tanner (em cada consulta). • Características da mama. • Presença de ginecomastia. • Volume testicular, características do escroto, tamanho do pênis. • Velocidade do crescimento. • Idade óssea (se necessário). • Tempo de permanência em um determinado estágio de maturação (seguimento).



9.11 Imunização do adolescente

O conhecimento do esquema básico de vacinação é fundamental para evitar o excesso ou a redução no número de doses. Não é necessário recomeçar um novo esquema por atraso de doses de qualquer vacina. Todas as doses tomadas devem ser consideradas, uma vez registradas no cartão, independentemente do tempo.

9.11.1 FLUXOGRAMA I – CLASSIFICAÇÃO DO ESQUEMA VACINAL DO ADOLESCENTE



9.12 Saúde Mental do adolescente

Durante a adolescência, alguns transtornos da saúde mental podem ocorrer e devem ser detectados precocemente para uma intervenção eficaz. Alguns problemas envolvem também doenças sistêmicas e, portanto, faz-se necessária uma abordagem multidisciplinar para um manejo adequado. O apoio matricial do NasfAB é capaz de oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

9.13 Saúde Bucal do adolescente

As doenças bucais de alta prevalência prejudicam o crescimento e o desenvolvimento, afetando a imagem corporal, a estética, a mastigação e a fala, além de dificultar o acesso ao mercado de trabalho.

Em geral, o adolescente não procura a UBS para resolver seus problemas de saúde. No entanto, quando envolve questões estéticas e imagem corporal, o fazem com maior facilidade, e nesse sentido a equipe de saúde bucal pode se tornar a referência para o vínculo e a porta de entrada do adolescente na equipe de saúde.

A equipe de saúde deve dar continuidade ao trabalho que vinha sendo desenvolvido com as crianças e consolidar nesta faixa etária a ideia do autocuidado e da importância da manutenção de uma boa saúde bucal para toda a vida.

9.14 Alimentação e nutrição do adolescente

A atenção nutricional ao adolescente deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde e na Atenção Básica, por sua capilaridade e capacidade de identificação das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. Trata-se de um importante espaço para articulação de ações intra e intersetoriais (com escolas, espaços para atividades físicas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços especializados e outros) que possam contribuir com a promoção e manutenção da saúde nessa fase do curso da vida.

Além das informações referentes ao consumo alimentar, é muito importante que as equipes de Atenção Básica conheçam os hábitos e o estilo de vida dos adolescentes, principalmente daqueles de seu território, para verificar os caminhos adequados e viáveis para intervenções individuais ou atividades coletivas de promoção da saúde.

9.15 ANEXOS

9.15.1 ANEXO I

ESTÁGIOS DE MATURAÇÃO SEXUAL PRANCHAS DE TANNER

Estágios de desenvolvimento das mamas



Estágio 1
Mamas infantis (M1)



Estágio 2
O broto mamário forma-se com uma pequena saliência com elevação da mama e da papila e ocorre o aumento do diâmetro areolar. Melhor visualizar lateralmente. (M2)



Estágio 3
Maior aumento da aréola e da papila sem separação do contorno da mama. (M3)



Estágio 4
Aumento continuado e projeção da aréola e da papila formando uma segunda saliência acima do nível da mama. (M4)



Estágio 5
Mama com aspecto adulto, com retração da aréola para o contorno da mama e projeção da papila. (M5)

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



Estágio 1
Ausência de pelos, ou pelugem natural. (F1)



Estágio 2
Pelos iniciam-se com uma pelugem fina, longa, um pouco mais escura, na linha central da região pubiana. (F2)



Estágio 3
Pelos em maior quantidade, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (F3)



Estágio 4
Pelos do tipo adulto, encaracolados, mais distribuídos, e ainda em pouca quantidade. (F4)



Estágio 5
Pelos tipo adulto, com maior distribuição na região pubiana, e na raiz da coxa. (F5)

AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE TANNER NA PUBERDADE

Na avaliação das adolescentes, durante a puberdade deve-se observar o aparecimento de mamas e pelos. A puberdade pode se iniciar dos 8 aos 13 anos e alguns aspectos devem ser considerados, tais como:

- 1- O broto mamário é o primeiro sinal puberal na menina, é chamado de telarca e pode apresentar-se unilateralmente sem significado patológico. Observar a adolescente, tranquilizá-la e reavaliar após seis meses, quando a outra mama já terá aparecido e os primeiros pelos pubianos também.
- 2- Caso a puberdade se inicie com o aparecimento de pelos pubianos e não com o broto mamário, deve-se encaminhar ao profissional de saúde, pois pode se tratar de uma puberdade de origem periférica e não central pelo estímulo hipofisário - gonadal podendo se tratar de uma causa patológica, devendo ser melhor investigada.
- 3- O início da puberdade antes dos 8 anos também pode ser motivo de preocupação e, portanto, deve-se sempre referir a adolescente ao profissional de saúde para que ele avalie junto ao endocrinologista se é uma puberdade precoce.
- 4- É frequente ocorrer um corrimento vaginal claro nos 6 aos 12 meses que antecedem a primeira menstruação ou menarca, fato marcante da puberdade feminina. Esclarecer a adolescente que é natural, pois trata-se do crescimento do tecido endometrial uterino e que deve-se apenas cuidar mais da higiene corporal.
- 5- Atentar que a idade média da menarca em nosso meio é de 12 anos e 4 meses, mas pode ocorrer entre 9 e 16 anos, observar comportamento do evento na família e acompanhar o processo de cada adolescente.
- 6- Os primeiros ciclos menstruais são geralmente anovulatórios e irregulares, podendo essa irregularidade permanecer por até 2 ou 3 anos.
- 7- O ciclo menstrual normal tem um intervalo que varia de 21 a 36 dias e uma duração entre 3 e 7 dias.
- 8- As adolescentes podem ainda crescer em média 4 a 6 cm nos 2 ou 3 anos após a menarca.
- 9- É importante observar que se deve considerar retardo puberal em meninas a ausência de qualquer característica sexual secundária a partir dos 13 anos de idade.

ESTÁGIOS DE MATURAÇÃO SEXUAL PRANCHAS DE TANNER

Estágios de desenvolvimento da genitália



Estágio 1

Genitália pré-puberal ou infantil.



Estágio 2

Aparece um afinamento e hipervascularização da bolsa escrotal, e aumento do volume testicular sem aumento do tamanho do pênis. (02)



Estágio 3

Ocorre aumento da bolsa escrotal e do volume testicular, com aumento do comprimento do pênis. (03)



Estágio 4

Maior aumento e hiperpigmentação da bolsa escrotal, maior volume testicular com aumento do pênis em comprimento e diâmetro, e desenvolvimento da glândula. (04)



Estágio 5

Genitália adulta em tamanho e forma e volume testicular. (05)

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



Estágio 1

Pelugem pré-puberal ou infantil, nenhum pelo pubiano. (P1)



Estágio 2

Ocorre o início do crescimento de alguns pelos finos, longos, escuros e lisos na linha medial ou na base do pênis. (P2)



Estágio 3

Aparecimento de maior quantidade de pelos, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



Estágio 4

Pelos escuros, espessos, encaracolados, do tipo adulto, mas ainda em menor quantidade na sua distribuição na região pubiana. (P4)



Estágio 5

Pelos do tipo adulto, em maior quantidade, cobrindo toda a região pubiana, e estendendo-se até a superfície interna das coxas. (P5)

AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE TANNER NA PUBERDADE

Na avaliação dos adolescentes, durante a puberdade, deve-se observar o aparecimento de pelos e o crescimento da genitália. A puberdade pode se iniciar dos 9 aos 14 anos e alguns aspectos devem ser observados, tais como:

- 1- A primeira manifestação da puberdade no sexo masculino é o aumento do volume testicular, em média aos 10 anos e 9 meses. O saco escrotal torna-se mais baixo e alongado, mais solto e enrugado e mede cerca de 3cc.
- 2- O crescimento peniano começa, em geral, um ano após o crescimento dos testículos.
- 3- O início da puberdade antes dos 09 anos também pode ser motivo de preocupação, pode-se tratar de uma puberdade precoce e, portanto, deve-se sempre referir o adolescente ao serviço de referência para melhor ser avaliado.
- 4- Desenvolvimento de genitália. Recomenda-se, que o profissional de saúde responsável pela avaliação do adolescente, quando não munido do orquidômetro, proceda da seguinte forma:
 - a) faça a avaliação do peso e altura do adolescente.
 - b) mostre a prancha de estágios de Tanner ao adolescente e solicite ao mesmo que indique em que momento do seu desenvolvimento ele se encontra a partir do que foi visto.
 - c) faça a relação entre o peso e a altura e o estágio referido pelo adolescente.
 - d) o profissional poderá ainda, durante a entrevista, investigar possíveis alterações nas queixas e relatos do adolescente. Além de ser um método de avaliação seguro, permite ao adolescente a percepção de si e o autoconhecimento. Além de ser um método não invasivo.

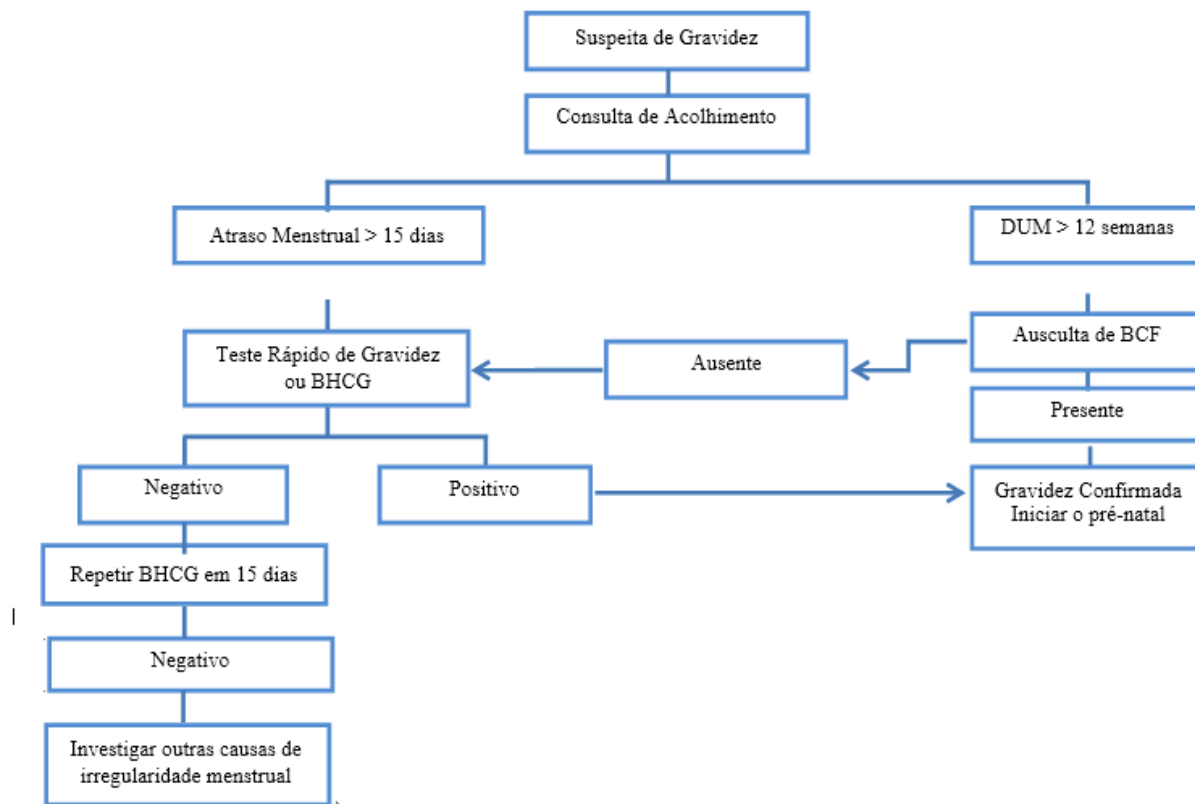
* caso o profissional utilize o orquidômetro de Prader ver: www.saude.gov.br
- 5- Observar que primeiro o pênis cresce em tamanho e depois em diâmetro. Quando o adolescente termina sua fase de crescimento, seu pênis atinge em média 12 cm e 15 cm quando ereto, podendo variar mais ou menos de 2 a 3 cm.
- 6- A idade da primeira ejaculação, conhecida como semenarca ou espermarca, ocorre em média aos 12 anos e 8 meses. Geralmente, acontece também a polução noturna, ou seja, a ejaculação involuntária de sêmen quando o adolescente está dormindo. Trata-se de evento fisiológico normal, que deve ser orientado e tranquilizado pelo profissional de saúde.
- 7- Observar que pode aparecer o crescimento do broto mamário no menino, ginecomastia puberal (aumento do tecido mamário) verifica-se em grande parte dos adolescentes masculinos. É frequentemente bilateral, tem consistência firme e móvel e, às vezes, muito dolorosa.
- 8- Pode-se classificar a ginecomastia, de acordo com o diâmetro, em: grau I, de 1 a 2 cm; grau II, de 2 a 4 cm, e grau III, de 5 cm em diante. A conduta é tranquilizar o adolescente e observar por até três anos, onde cerca de 85% regridem espontaneamente. Se trazer grande sofrimento ao adolescente, encaminhar ao profissional de saúde para conduzir e avaliar a necessidade de uso de medicamento e/ou encaminhar ao cirurgião.
- 9- A ginecomastia de causa patológica (por drogas, endocrinopatias, tumores ou doenças crônicas), embora rara, deve ser pensado se ocorrer antes ou ao término da maturação sexual, devendo ser cuidadosamente avaliada e encaminhada para o serviço de referência.
- 10- É importante observar que deve-se considerar retardo puberal em meninos, a ausência de qualquer característica sexual secundária a partir dos 14 anos de idade.

A atenção integral à saúde das mulheres refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis da rede de cuidados. Baseado neste conceito, este protocolo tem a finalidade de orientar tecnicamente os profissionais da APS para a assistência à saúde das mulheres em sua integralidade abordando os eixos temáticos abaixo:

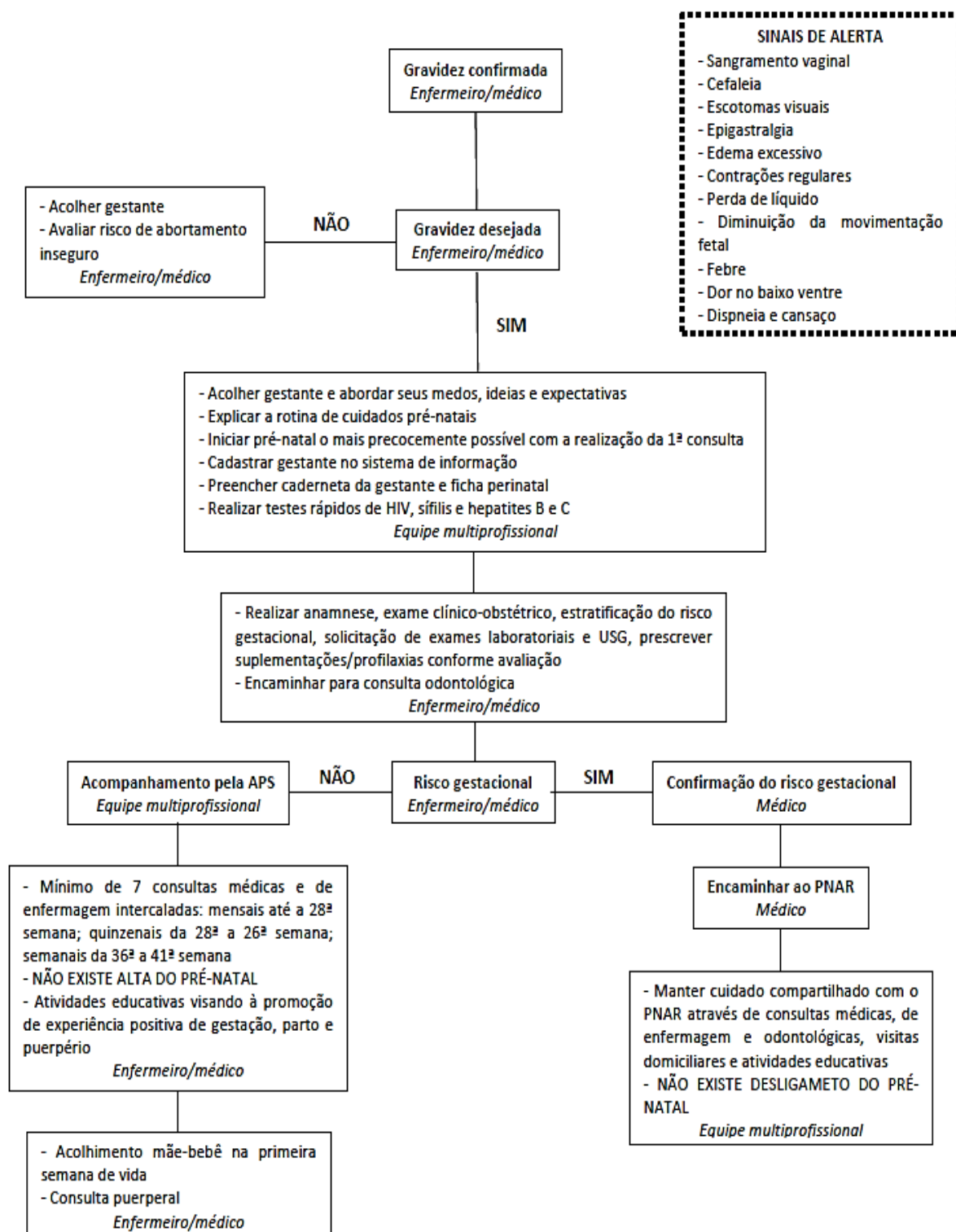
- 1) Acompanhamento pré-natal
- 2) Fluxograma de rastreamento ao Câncer do colo de útero
- 3) Fluxograma de rastreamento ao Câncer de Mama

10.1 Acompanhamento Pré-Natal

10.1.1 FLUXOGRAMA I – DIAGNOSTICO DE GRAVIDEZ



10.1.2 FLUXOGRAMA I – ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL



10.1.3 Linha De Cuidados da Atenção Pré-Natal

- **Busca ativa** nas visitas domiciliares e/ou contatos com as unidades de saúde de usuários interessados em realizar planejamento reprodutivo/avaliação pré-concepcional;
- Vide linha de cuidado “**Planejamento Reprodutivo**”;
- **Acolhimento** das mulheres com gestação suspeita ou confirmada para diagnóstico/início do pré-natal. Fazer TIG para todas as mulheres com atraso menstrual superior a 15 dias e inferior a 12 semanas. Se resultado positivo, iniciar pré-natal; se resultado negativo, seguir fluxo para o diagnóstico da gravidez. Caso o TIG não esteja disponível solicitar β -HCG;

- **Primeira consulta pré-natal:** preencher a Caderneta da Gestante, ficha perinatal-ambulatório; cadastrar no sistema de informação. Verificar a aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente; identificar gestantes com fraca rede de apoio. Realizar anamnese (utilizar roteiro da Ficha Perinatal-ambulatório); exame físico geral e específico (inclusive exame clínico das mamas). O exame ginecológico é obrigatório na gestante (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitológico, se necessário, conforme protocolo municipal). Fazer testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites B e C; se não disponíveis na unidade solicitar FTA-abs, Anti-HIV, HBs-Ag e anti-HCV. Solicitar hemograma, grupo sanguíneo, fator RH, eletroforese de hemoglobina, glicemia de jejum, toxoplasmose IgG e IgM, EAS, urocultura e USG obstétrica. Verificar a situação vacinal e atualizar, se necessário; administrar uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação e influenza, se disponível. Avaliar o risco gestacional (vide “Critérios para encaminhamento ao pré-natal de alto risco - PNAR”) e orientar as gestantes/familiares quanto aos sinais de alerta e como proceder (vide “critérios de encaminhamento para emergência obstétrica”), objetivos do pré-natal, periodicidade das consultas e das atividades educativas. Acompanhar gestante de risco habitual com consultas alternadas entre médico e enfermeiro – até 28 semanas: mensal; 28 a 36 semanas: quinzenal; 36 a 41 semanas: semanal. Acompanhar a gestante de alto risco com consulta médica quinzenal até que a mesma seja absorvida pela unidade de referência. A gestante de alto risco deverá manter o acompanhamento pela equipe com visitas domiciliares, consultas

pré-natais e atividades educativas na unidade de origem até o parto e no puerpério. Solicitar avaliação de nutricionista, se necessário. Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (suplementação de sulfato ferroso 200mg/dia do início da gestação até o 3º mês do puerpério e ácido fólico 5mg/dia até 12ª semana gestacional, além de medicamentos sintomáticos e outros, se necessário). Avaliar a necessidade de profilaxia para pré-eclâmpsia (vide “síndromes hipertensivas na gestação”) e prescrever carbonato de cálcio 500mg 3x/dia e AAS 100mg à noite para as gestantes selecionadas. Encaminhar à consulta odontológica. Orientar gestante/parceria e agendar consulta subsequente e grupos educativos. Oferecer a estratégia “Pré-natal da Parceria”;

➤ **Consultas subsequentes:** Indagar sobre as queixas e intercorrências; realizar exame físico geral e específico. Avaliar o risco gestacional. Reforçar orientação sobre sinais de alerta. Checar resultados dos exames solicitados e orientar/prescrever tratamentos recomendados. Solicitar segunda rotina de exames do pré-natal, preferencialmente, na 24ª semana de gestação. Solicitar TOTG 75g entre a 24ª e 28ª semana para todas as gestantes que tiveram a primeira glicemia normal (até 91 mg/dl) e coombs indireto para as gestantes Rh negativo. A partir da 28ª semana solicitar a terceira rotina de exames do pré-natal; fazer testes rápidos para sífilis, HIV e hepatite B (vide "linha de cuidado para IST, HIV/AIDS, sífilis e hepatites virais”), se não disponíveis na unidade solicitar FTA-abs, Anti-HIV e HBsAg. Solicitar Hemograma, repetir o exame de Toxoplasmose (se IgG e IgM não reagentes na primeira rotina), EAS, urocultura. Solicitar USG Obstétrica, se necessário. Fornecer orientações em relação aos cuidados durante a gestação, parto, puerpério e amamentação. Orientar em relação ao local de referência para o parto e sobre a lei 11.108/2005 (lei do acompanhante); encaminhar para a visita de vinculação na maternidade (no caso do risco habitual: Maternidade de Santa Cruz da Serra). Registrar dados no prontuário/ficha perinatal-ambulatorio e na caderneta da gestante. Preencher a ficha de acompanhamento da gestante do sistema de informação. Orientar gestante/parceria, agendar consulta subsequente e grupos educativos;

- **Parto:** gestantes de risco habitual – Maternidade de Santa Cruz da Serra. Caso o parto não ocorra até a 41ª semana, encaminhar a gestante à maternidade de referência para avaliação do bem-estar materno-fetal e da possibilidade de indução do parto. Monitorar se a gestante foi à maternidade e qual o desfecho. Caso a mulher tenha feito opção pela inserção de DIU no pós-parto imediato, vide linha de cuidado do planejamento reprodutivo; Gestantes de alto risco – conforme o plano de vinculação do PNAR ou HMAPN;

- **Acolhimento mãe-bebê:** realizar preferencialmente na primeira semana após a alta ou em até no máximo 10 dias após o retorno para a residência. Exame físico da puérpera e do recém-nascido e orientações em relação aos cuidados com o binômio. Incentivo e apoio à amamentação. Agendar consulta puerperal e puericultura;
- A **consulta puerperal** deve ser realizada entre 30 a 42 dias; inclui avaliação clínica e ginecológica, além de ações relativas ao planejamento reprodutivo. Atenção especial deve ser dada aos aspectos emocionais e adaptativos do puerpério. Avaliar a necessidade de acompanhamento especializado para puéperas e recém-nascidos de risco;
- Oferecer **planejamento reprodutivo**, se necessário. Caso já tenha realizado, reforçar orientações quanto aos métodos de contracepção. Realizar troca de método caso necessário.

10.1.4 QUADRO I – VACINAÇÃO DA GESTANTE

VACINAS	ESQUEMAS RECOMENDADOS		COMENTÁRIOS
	Histórico vacinal	Conduta na gestação	
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa Dupla adulto (difteria e tétano) – dT	Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.	<ul style="list-style-type: none"> A dTpa está recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a Bordetella pertussis ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado. Mulheres não vacinadas na gestação devem ser vacinadas no puerpério, o mais precocemente possível.
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.	
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.	
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.	
Hepatite B	Três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses.		A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis
Influenza (gripe)	Dose única anual.		A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza. A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação.
COVID-19 (Comirnaty/Pfizer ou Sinovac/Butantan - Coronavac)	Duas doses, seguido por uma dose de reforço com intervalo de 4 meses após o esquema primário.		Intervalo entre D1 e D2: - Coronavac: 4 semanas; - Comirnaty/Pfizer: 8 semanas; A dose de reforço deve ser feita com a vacina bivalente fizer/BioNTech

10.1.5 Manejo de situações comuns na gestação

A utilização de fármacos na gestação deve ser sempre feita de forma criteriosa, levando-se em consideração a avaliação dos riscos e benefícios para cada droga. A classificação proposta pelo Food and Drug Administration (FDA) e adotada neste protocolo enquadra os fármacos em cinco categorias, de acordo com o risco para o uso na gestação, conforme explicitado abaixo.

- A classificação de cada medicamento citado encontra-se entre parênteses, após o nome do medicamento.
 - (A) Sem risco. Não foram constatados riscos para o feto em ensaios clínicos cientificamente desenhados e controlados.
 - (B) Não há evidência de risco. Estudos com animais de laboratório não demonstraram risco fetal (mas não existem estudos adequados em humanos) OU estudos em animais indicaram riscos, mas estes não foram comprovados em estudos devidamente controlados em humanos.
 - (C) Riscos não podem ser descartados. Estudos em animais de laboratório revelaram efeitos adversos ao feto, não existindo estudos em humanos OU medicamentos para os quais não existem estudos disponíveis.
 - (D) Evidência positiva de risco. A experiência de uso na gestação mostrou associação com surgimento de malformações, embora possa ser utilizado se a relação risco-benefício for favorável.
 - (E) Contraindicados na gestação. Medicamentos associados a anormalidades fetais em estudos com animais e em humanos e/ou cuja relação risco-benefício contraindica seu uso na gravidez.

10.1.5.1 Náuseas e vômitos na gestação inicial

Informar que a maioria dos casos tem resolução espontânea com 16 a 20 semanas, e que os sintomas usualmente não são associados a desfechos gestacionais desfavoráveis.

- **Medidas não farmacológicas:** fracionar alimentação (6 ou mais refeições diárias); evitar frituras, gorduras, alimentos condimentados e com odor forte; evitar líquidos durante as refeições; ingerir alimentos sólidos (ex., biscoito salgado) ao levantar. Aumentar ingestão de líquidos gelados e alimentos gelados (gelatina, sorvete).

- **Medidas farmacológicas:** metoclopramida 10 mg (B), de 8/8 horas; dimenidrato 50 mg + cloridrato de piridoxina 10mg (B), de 6/6 horas (não exceder 400 mg/dia). Prescrição médica e enfermeiro. Encaminhar para avaliação clínica caso não apresente melhora.
- Avaliar a presença de sinais de alerta: queda do estado geral; sinais de desidratação; sinais de distúrbios metabólicos.

10.1.5.2 Pirose

- **Medidas não farmacológicas:** fracionar alimentação; medidas posturais; evitar tabaco, álcool, chocolate, refrigerantes, café e alimentos gordurosos, picantes, chá preto, café, mate, alimentos doces.
- **Medidas farmacológicas:** hidróxido de alumínio ou magnésio (B), dois a quatro comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se; Bloqueadores H₂ e inibidores da bomba de prótons. Prescrição médica. Encaminhar para avaliação clínica caso não apresente melhora.

Observação: Antiácidos contendo carbonatos ou trissilicato de magnésio, café, laticínios em geral diminuem a absorção de ferro devido à formação de complexos menos solúveis e insolúveis.

10.1.5.3 Outros sintomas gastrintestinais

- Constipação: aumentar ingestão de líquidos e alimentos contendo fibras.
- Eventualmente, pode-se utilizar dimeticona 40mg, de 6/6h (B) para gases; supositório de glicerina para constipação; e hioscina 10 mg (B), de 8/ 8 horas para cólicas. **Prescrição médica e enfermeiro.**

10.1.5.4 Hemorróidas

- **Medidas não farmacológicas:** evitar constipação intestinal
- **Medidas farmacológicas:** na persistência do desconforto, medicações tópicas podem ser utilizadas (apesar da ausência de evidências sobre efetividade e segurança). Prescrição médica.

10.1.5.5 Varicosidades

As mulheres devem ser informadas que as varizes são um sintoma comum na gestação, que não causam danos, e que o uso de meias elásticas pode aliviar os sintomas, mas não previne o seu surgimento.

Observações: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados. Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o hospital de referência.

10.1.5.6 Dor lombar

- **Medidas preventivas:** evitar ganho excessivo de peso e uso de salto alto, melhorar a postura, abaixar-se adequadamente, com a coluna ereta. Afastar infecção urinária (excluir disúria ou febre).
- **Medidas não farmacológicas:** exercícios na água, massagens e educação para o cuidado com a coluna.
- **Medidas farmacológicas:** paracetamol 500mg, 6/6h (B/D); dipirona 500-1000mg (B), de 6/6 horas. Prescrição médica e enfermeiro.

10.1.5.7 Dor abdominal (cólicas)

Certificar que não sejam contrações uterinas. Afastar infecção urinária (excluir disúria ou febre). Certificar que não sejam contrações uterinas.

- **Medidas farmacológicas:** hioscina 10 mg, de 8/8h (B). Encaminhar para avaliação clínica caso não tenha melhora. Prescrição médica e enfermeiro.

10.1.5.8 Cefaléia

- Afastar Hipertensão arterial e pré-eclampsia.
- **Medidas farmacológicas:** paracetamol 500 mg, Via Oral, até de 8/8 h. (B/D) SOS; dipirona 500-1000mg (B), de 6/6 horas. Caso não tenha melhora encaminhar para avaliação clínica. **Prescrição médica e enfermeiro**

10.1.5.9 Anemia

- O tratamento da anemia deve ser realizado de acordo com o valor de Hemoglobina (g/dl):
 - Hb >11 (1ª consulta): Realizar profilaxia com 1 comprimido de Sulfato Ferroso 200mg (Fe = 40mg) por dia (C/D). Indicada suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês após parto. Prescrição médica e enfermeiro.
 - Hb entre 8 e 11: anemia leve a moderada. Tratar com 200 mg/dia de Fe (C/D), uma hora antes das refeições (dois cp. antes do café; dois cp. antes do almoço; e um cp. antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas; repetir dosagem hemoglobina em 60 dias após o tratamento; Prescrição médica e enfermeiro; avaliar a presença de parasitose intestinal (solicitar EPF) e tratar com anti-helmíntico (mebendazol – C). Prescrição médica.
 - Hb <8: anemia grave. Prescrever dose de tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco para manejo.

10.1.5.10 Gestante Rh negativo

- Solicitar Rh do parceiro, caso seja possível; Parceiro Rh negativo: não atribui risco; Parceiro Rh positivo ou parceiro desconhecido: possibilidade de isoimunização – solicitar exame de coombs indireto mensalmente, a partir da 24ª semana até o parto; Coombs indireto negativo: normal; Coombs indireto positivo: isoimunização – encaminhar para alto risco.

10.1.5.11 Verminoses

Mulheres com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta

das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais. A seguir, Quadro com medicamentos indicados na terapêutica das helmintíases e protozooses intestinais durante a gestação.

10.1.5.11.1 QUADRO I – MEDICAMENTOS INDICADOS NA TERAPÊUTICA DAS HELMINTÍASES E PROTOZOSES INTERTINAIS DURANTE A GESTAÇÃO

Medicamentos indicados na terapêutica das helmintíases e protozooses intestinais durante a gestação		
Helmintíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase Ascaridíase Enterobíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos.
Esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantel Ditioletona	Contraindicados: tratar no puerpério.
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante dois dias seguidos.
Himenolepiase	Praziquantel Niclosamida	Contraindicados: tratar no puerpério.
Teníase	Mebendazol	200mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã/noite), durante quatro dias seguidos.
Tricuríase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos.
Protozooses	Medicamentos	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante dez dias.
Giardíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante sete dias seguidos.

10.1.5.12 Toxoplasmose

- Resultado de exame IgG e IgM:
 - IgG e IgM reagentes: possibilidade de infecção na gestação; encaminhar para o SAE no CMSDC com guia de referência e contra-referência.
 - IgM reagente e IgG não reagente: possibilidade de infecção aguda na gestação; encaminhar para o SAE no CMSDC com guia de referência e contra-referência.

- IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia/imunidade – não repetir o exame.
- IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO:

Lavar as mãos ao manipular alimentos; lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos salame, copa etc.; evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados; não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pазinha; alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; lavar bem as mãos após o contato com os animais.

10.1.5.13 Bacteriúria assintomática (Ba) / Infecção do trato urinário (Itu)/ Outras alterações no exame de urina:

- Leucocitúria em EAS: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. Realizar urinocultura para confirmar se há ITU; se urocultura não disponível, tratar BA empiricamente.
- Hematúria em EAS: hematúria sem ITU ou sangramento genital, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco.
- Proteinúria em EAS: alterado > 10 mg/dl.
- Na presença de traços de proteína sem hipertensão: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco;

- Na presença de traços de proteína e hipertensão: é necessário remover para emergência obstétrica;
- Na presença de proteinúria maciça ou cilindrúria: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
- Resultado de urinocultura: Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL). Urocultura positiva: > 100.000 UFC/mL. Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento. Preferencialmente, tratar de acordo com o perfil de sensibilidade antibiótica.

Antibióticos de escolha para o tratamento da bacteriúria assintomática

(SEM sintomas de infecção urinária como dor ao urinar, dor suprapúbica, urgência miccional, aumento da frequência urinária, nictúria, estrangúria, presença de sangramento visível na urina) – **prescrição médica e por enfermeiro; ITU não complicada** (COM sintomas de infecção urinária, mas SEM sintomas sistêmicos) – **prescrição médica:**

- Nitrofurantoína (B/D) 100mg, uma cápsula de 6/6h por 10 dias (evitar após 36 semanas, por risco de anemia hemolítica neonatal);
- Cefalexina (B) 500mg, uma cápsula de 6/6h, por 7 a 10 dias;
- Amoxicilina-clavulanato (B) 500 mg, uma cápsula de 8/8 horas por 7 a 10 dias.

➤ **IMPORTANTE:**

Após o episódio de BA ou ITU, deve-se repetir urinocultura **sete a dez dias após o término** do tratamento e **mensalmente até o parto**. Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição. Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico. **Na presença de sintomas sistêmicos (febre, taquicardia, calafrios, náuseas, vômitos, dor lombar com sinal de Giordano positivo – percussão de loja renal –, dor abdominal)** classificar como **ITU complicada** e encaminhar para emergência obstétrica da Maternidade de Santa Cruz da Serra ou HEAPN).

Na ITU não complicada (sem sintomas sistêmicos) o médico iniciará o uso de antibiótico de forma empírica (a escolha deve estar direcionada para cobertura de germes comuns e pode ser modificada após a identificação do agente e a determinação de sua susceptibilidade). Se for isolado estreptococo do grupo B em urocultura, destacar esta informação no cartão da gestante. Pode-se usar Paracetamol (B) para alívio da dor.

10.1.6 Manejo do ganho de peso na gestação

O ganho de peso gestacional (GPG) deve ser acompanhado em todas as consultas de pré-natal, e as gestantes devem ganhar peso segundo recomendações pré-estabelecidas. A recomendação sobre o ganho de peso varia de acordo com o estado nutricional (índice de massa corporal – IMC) pré-gestacional.

- O peso pré-gestacional pode ser obtido a partir de dados de prontuário, relatado pela gestante, ou medido no início da gestação. Já a altura materna deve ser obtida no início da gestação. As duas medidas são utilizadas para calcular o IMC pré-gestacional e classificar o estado nutricional entre baixo peso, peso normal ou eutrofia, sobrepeso ou obesidade.
- Ganho de peso insuficiente ou excessivo está associado à ocorrência de desfechos maternos e neonatais adversos.

10.1.6.1 QUADRO I – FAIXAS DE RECOMENDAÇÃO DE GPG SEGUNDO O IMC PRÉ-GESTACIONAL

IMC pré-gestacional (kg/m ²) ⁽¹⁾	Classificação do IMC pré-gestacional	Faixa de adequação no gráfico (percentis) ⁽¹²⁾	Ganho de peso cumulativo (kg) por trimestre		
			Até 13 semanas (1º trimestre)	Até 27 semanas (2º trimestre)	Até 40 semanas (3º trimestre)
<18,5	Baixo peso	P18-P34	0,2 - 1,2	5,6 - 7,2	9,7 - 12,2
≥18,5 e <25	Eutrofia	P10-P34	-1,8 - 0,7	3,1 - 6,3	8,0 - 12,0
≥25 e <30	Sobrepeso	P18-P27	-1,6 - -0,05	2,3 - 3,7	7,0 - 9,0
≥30	Obesidade	P27-P38	-1,6 - -0,05	1,1 - 2,7	5,0 - 7,2

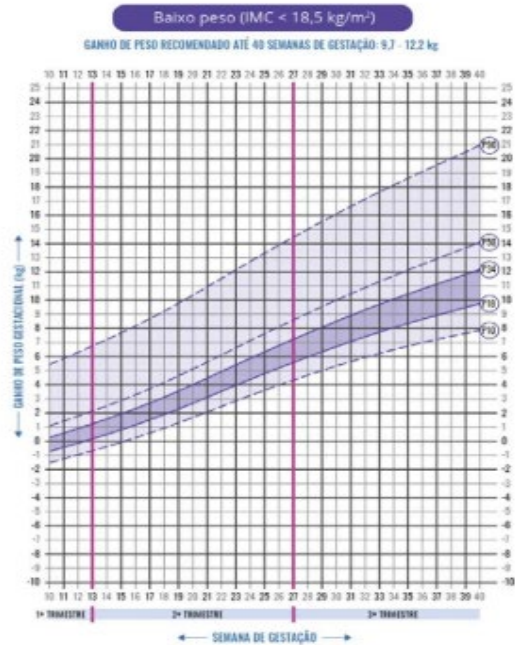
Nota: Até 13 semanas de gestação, é esperado um pequeno ganho de peso para mulheres com baixo peso (até 1,2 kg) e eutrofia (0,7 kg). Nenhum ganho de peso é esperado para mulheres com sobrepeso ou obesidade. Para mulheres com eutrofia, sobrepeso e obesidade, pode ocorrer pequena perda de peso (máximo 1,5 kg).

Fonte: World Health Organization (1995)⁽¹⁾ e Carrilho et al. (2022).⁽¹²⁾

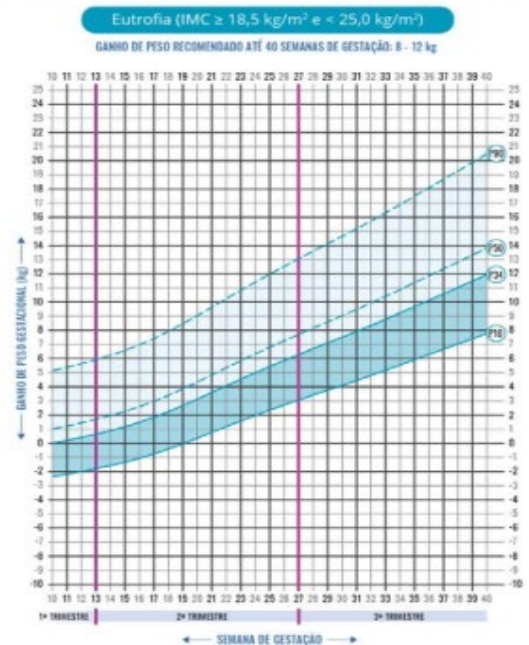
- Os profissionais de saúde que vão realizar o acompanhamento da gestante e o aconselhamento quanto ao GPG deverão seguir as seguintes orientações:
 - Na primeira consulta, deve-se calcular o IMC pré-gestacional por meio da fórmula: $\text{IMC pré-gestacional} = \frac{\text{peso pré-gestacional (kg)}}{\text{altura (m)}^2}$. O peso pré-gestacional a ser utilizado nesse cálculo deve ser aquele relatado pela gestante. Quando a gestante não souber informar esse valor, o peso medido no início da gestação (até oito semanas) ou o peso usual da gestante deve ser considerado.
 - O IMC pré-gestacional deve ser classificado de acordo com os pontos de corte propostos pela OMS e apresentados no quadro I. A partir dessa classificação, a curva de monitoramento adequada deverá ser escolhida (Figura I, a seguir).
 - Após a obtenção do peso na consulta, o GPG (kg) deverá ser calculado por meio da fórmula: $\text{GPG} = \text{peso na visita} - \text{peso pré-gestacional}$. Esse valor deve ser marcado na curva escolhida (valor do ganho por idade gestacional). A partir da marcação, é possível observar se o ganho está dentro das faixas recomendadas (faixas mais escuras do gráfico) ou acima/abaixo das recomendações.
 - O profissional deverá orientar a gestante quanto à manutenção da adequação do ganho de peso ou sobre a necessidade de aumento/redução do ganho, para que ela atinja os valores recomendados.
 - A programação de ganho de peso até a próxima consulta, até o final do trimestre ou até 40 semanas também pode ser calculada.

10.1.6.2 FIGURA I – CURVAS DE GANHO DE PESO GESTACIONAL PARA MULHERES BRASILEIRAS, DE ACORDO COM O IMC PRÉ-GESTACIONAL

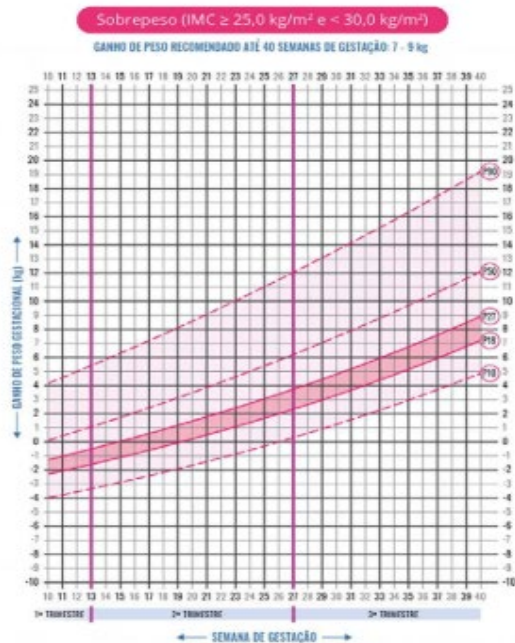
A GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO



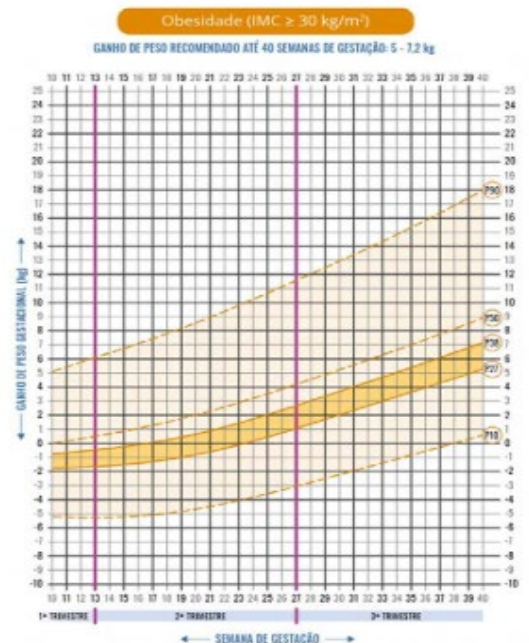
B GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO



C GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO



D GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO



Fonte: Adaptada de Ministério da Saúde (2022)

ATENÇÃO: Solicitar a avaliação do nutricionista nas intercorrências relacionadas ao ganho de peso. Problemas sociais relacionados à obtenção de alimentação poderão ter auxílio com a bolsa família; encaminhar ao Serviço Social. O apoio psicoterápico com psicólogo e/ou psiquiatra também pode ser necessário; encaminhar para as unidades da rede municipal. Nas UACS da ESF, o NasfAB pode ser acionado para o matriciamento.

10.1.7 Edema

Avaliar em todas as consultas. Inspeção na face e membros superiores. Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. Palpação de membros inferiores (MMII), região perimaleolar e tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias. Observar varizes e sinais flogísticos. Achados:

- (-) ou ausente – monitorar rotineiramente.
- (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado.
- (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco.
- (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica.
- Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; a gestante deve ser avaliada pelo médico da equipe e/ou encaminhada para emergência obstétrica da Maternidade de Santa Cruz da Serra ou HEAPN.

10.1.8 Síndromes hipertensivas

É fundamental buscar o diagnóstico de pré-eclampsia. Na assistência pré-natal, deve-se dar atenção para o ganho de peso, principalmente quando ele acontece de maneira rápida e se acompanha de edema de mãos e face. Deve-se ainda atentar para os níveis pressóricos e para as queixas relacionadas a sinais e/ou sintomas de comprometimento de órgãos-alvo como dor epigástrica e/ou localizada em hipocôndrio direito. Lembrar que os níveis pressóricos são menores na gestação, principalmente no que se refere à pressão arterial diastólica. Assim, a persistência de níveis maiores, como 80 mmHg deve chamar atenção.

10.1.8.1 Hipertensão arterial crônica

- Presença de hipertensão reportada pela gestante como manifestação prévia à gravidez ou identificada antes de 20 semanas de gestação;
- As gestantes com hipertensão arterial crônica devem ser avaliadas pelo médico prenatalista quanto à necessidade de substituição dos medicamentos em uso para aqueles recomendados durante a gestação (vide “tratamento farmacológico da hipertensão arterial na gestação”). TODAS as gestantes com hipertensão arterial crônica são classificadas como ALTO RISCO e devem ser encaminhadas ao PNAR através da central de regulação.

10.1.8.2 Pré-eclampsia (PE)/eclampsia

- Manifestação de hipertensão arterial identificada após a 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa ou disfunção de órgãos-alvo. Além disso, a associação de hipertensão arterial com sinais de disfunção placentária, como restrição de crescimento fetal e/ou alterações Dopplervelocimétricas fetais, também deve chamar atenção para o diagnóstico de pré-eclampsia, mesmo na ausência de proteinúria.
- Considerando a instalação intempestiva da PE e a necessidade de exames complementares em caráter de urgência, todas as gestantes inicialmente normotensas que apresentam PAS maior/igual a 140 mmHg OU PAD maior/igual a 90mmHg após a 20ª semana de gravidez são classificadas como

CASO SUSPEITO DE PE. Devem ser encaminhadas para emergência obstétrica para avaliação, diagnóstico e conduta apropriada, independentemente da presença de sintomas.

10.1.8.3 Pré-eclampsia sobreposta à hipertensão arterial crônica

- Esse diagnóstico deve ser estabelecido em algumas situações específicas:
 - quando, após 20 semanas de gestação, ocorre o aparecimento ou piora da proteinúria já detectada na primeira metade da gravidez (aumento de pelo menos três vezes o valor inicial);
 - quando gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica necessitam de incremento das doses terapêuticas iniciais ou associação de anti-hipertensivos;
 - na ocorrência de disfunção de órgãos-alvo;
 - presença de sinais de disfunção placentária progressiva, como restrição de crescimento fetal e/ou alterações Dopplervelocimétricas fetais.

10.1.8.4 Hipertensão gestacional

Manifestação de hipertensão arterial após a 20^a semana de gestação, em gestante previamente normotensa, porém sem proteinúria ou disfunção de órgãos-alvo. Essa forma de hipertensão deve desaparecer até 12 semanas após o parto. Assim, diante da persistência de valores pressóricos elevados, deve ser reclassificada como hipertensão arterial crônica, que provavelmente teve suas manifestações pormenorizadas em decorrência dos efeitos das modificações fisiológicas da primeira metade da gestação.

10.1.8.5 Crise hipertensiva

Caracteriza-se pela PA \geq 160 e/ou 110 mmHg persistente após 15 minutos. Apresenta-se como situação grave tanto do ponto de vista materno quanto fetal e requer conduta imediata. A utilização de hipotensores de ação rápida deve ser instituída e a gestante removida pelo SAMU para a maternidade do HMAPN.

10.1.8.6 Emergência hipertensiva

Caracteriza-se pela crise hipertensiva associada a sintomatologia clínica exuberante. A utilização de hipotensores de ação rápida deve ser instituída e a gestante removida pelo SAMU para a maternidade do HMAPN.

10.1.8.6.1 QUADRO I - ANTI-HIPERTENSIVOS RECOMENDADOS PARA USO NA CRISE/EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Droga	Dose	Comentários
Hidralazina Frasco/Ampola 20mg/ml - 1ml	5 mg IV inicial (reavaliar em 20 min) repetir 5-10 mg IV (reavaliar em 20 min) repetir 5-10 mg IV (reavaliar em 20 min) Sem efeito desejado – escolher outra droga	Agente de primeira linha no tratamento da emergência hipertensiva na gestação e puerpério. Efeitos colaterais: taquicardia e hipertermia. Contraindicado em insuficiência cardíaca congestiva e cardiopatia grave
Nifedipina Comprimido 10-20 mg	10-20 mg VO inicial (reavaliar em 20 min) repetir 20 mg VO (reavaliar em 20 min) repetir 20 mg VO (reavaliar em 20 min) Sem efeito desejado – escolher outra droga	Agente de primeira linha no tratamento da emergência hipertensiva, principalmente em locais em que há dificuldade para uso da hidralazina. Efeitos colaterais: taquicardia e cefaleia

Como ações para se reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal por pré-eclâmpsia, deve-se **identificar as gestantes de risco** para desenvolver a doença, para as quais se deve **orientar a prática de atividade física** (se não houver contraindicação), **administrar AAS e suplementar cálcio**.

Assim, **recomenda-se:**

1. Todas as gestantes devem ser rastreadas para risco de manifestar pré-eclâmpsia por meio dos marcadores clínicos;
2. Os fatores clínicos maternos recomendados para identificar gestantes com risco para desenvolver pré-eclâmpsia estão listados no quadro abaixo;
3. Instituir a profilaxia quando identificados um fator de risco alto ou pelo menos dois fatores de risco moderado.

10.1.8.6.2 QUADRO II - FATORES DE RISCO PARA INDICAÇÃO DE PROFILAXIA DA PE

Risco considerado	Apresentação clínica e/ou obstétrica
ALTO (um fator de risco)	História de pré-eclampsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos
	Gestação múltipla
	Obesidade (IMC > 30)
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doença renal
	Doenças autoimunes (Ex: Lúpus erimatoso sistêmico, síndrome antifosfolípide)
	Gestação decorrente de reprodução assistida
MODERADO (≥ 2 fatores de risco)	Nuliparidade
	História familiar de pré-eclampsia (Mãe e/ou irmãs)
	Idade ≥ 35 anos
	Gravidez prévia com desfecho adverso (descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer com > 37 semanas, trabalho de parto prematuro)
	Intervalo > 10 anos desde a última gestação

10.1.8.7 Prevenção da pré-eclampsia

- Todas as gestantes devem ser orientadas a praticar atividade física para reduzir a probabilidade de desenvolver hipertensão gestacional e pré-eclampsia, desde que não haja contra-indicação. A gestante deve realizar pelo menos 140 minutos por semana de exercício de intensidade moderada, como caminhada rápida, hidroginástica, ciclismo estacionário com esforço moderado e treino de resistência.
- O ácido acetil salicílico (AAS) deve ser indicado para gestantes com risco elevado para manifestar pré-eclampsia.
 - Deve ser iniciado a partir da 12ª semana (preferencialmente antes da

16ª semana, mas podendo ser iniciado até a 20ª semana) mantendo-se até a 36ª semana.

- Deve ser administrado na dose de 100mg e a noite – essa dose está disponível na rede municipal.
- Recomenda-se a suspensão do AAS se diagnóstico de pré-eclampsia.
- Recomenda-se a suplementação de cálcio em populações com baixa ingestão, entre as quais se inclui a brasileira.
 - Deve ser iniciada no primeiro trimestre e mantida até o final da gestação.
 - As doses recomendadas devem ser fracionadas em três tomadas (às refeições): carbonato de cálcio (1 a 2 g /dia) ou citrato de cálcio (2 a 4 g/dia).

10.1.8.8 Tratamento farmacológico da hipertensão arterial na gestação.

Todas as gestantes que manifestarem hipertensão arterial (Pressão arterial \geq 140 e/ou 90 mmHg) persistente devem ser tratadas com anti-hipertensivos. O objetivo do tratamento é manter os valores da pressão arterial diastólica em torno de 85 mmHg.

10.1.8.9 QUADRO I - ANTI-HIPERTENSIVOS RECOMENDADOS PARA USO NA GESTAÇÃO

Druga	Dose	Comentários
Alfametilodopa 250/500 mg	750 a 3.000 mg/dia VO, 8/8h ou 6/6h	Inibidor adrenérgico de ação central. Considerada droga para tratamento inicial de gestantes com hipertensão arterial crônica ou gestacional
Hidroclorotiazida 12,5/25 mg	12,5 a 50 mg/dia VO / 1x ao dia	Diurético tiazídico. Uso compatível na gestação, desde que a gestante use antes da gestação, porém deve ser evitado no puerpério
Nifedipina Retard 10/20 mg	20 a 60 mg/dia VO 12/12h	Bloqueadores de canal de cálcio.
Amlodipina 2,5/5/10 mg	2,5 a 10 mg/dia VO 1 ou 2x ao dia	Uso seguro na gestação e lactação.
Carvedilol 6,5/12,5 mg	12,5 a 50 mg/dia / 1 a 2 x/dia.	Betabloqueadores Recomenda-se iniciar com 12,5 mg /dia por dois dias e se não for suficiente aumentar a dose.
Metoprolol 25/50/100 mg	100 a 200 mg/dia /1 a 2 x/dia	

10.1.8.10 Momento do parto e via de nascimento

- A decisão sobre o momento do parto deve ser compartilhada com a gestante/familiares, esclarecendo os riscos e benefícios propostos. Assim, ao atingir a idade gestacional recomendada no quadro abaixo, a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.
- A via de nascimento é definida por indicações obstétricas. Portanto, as síndromes hipertensivas não constituem indicação de cirurgia cesariana.

10.1.8.11 QUADRO I - IDADE GESTACIONAL RECOMENDADA PARA O PARTO

Condição clínica	Idade gestacional
Hipertensão arterial crônica controlada SEM uso de medicamentos	39 semanas
Hipertensão arterial crônica controlada COM uso de medicamentos	38 semanas
Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade e hipertensão arterial gestacional	37 semanas

10.1.9 Diabetes Mellitus

- Realizar Glicemia em jejum (8 horas). Até a 20ª semana de gestação.
 - Até 91 mg/dl: normal.
 - Entre 92-125mg/dl: Diabetes mellitus Gestacional (DMG). Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular) e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na unidade.
 - Se > 126mg/dl: Diabetes mellitus (DM). Orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na unidade.

- TOTG 75g (entre 24 e 28 semanas para todas as gestantes que tiveram a primeira glicemia normal – até 91 mg/dl).
 - Jejum: até 91mg/dl – normal; 92-125 mg/dl – DMG; > 126 mg/dl – DM.
 - 1 hora: até 179 mg/dl – normal
 - 2 horas: até 152 md/dl – normal; 153-199 mg/dl – DMG; > 200 mg/dl – DM.

Qualquer um dos resultados alterados fecham o diagnóstico e a gestante deve ser encaminhada para o alto risco - PNAR.

10.1.10 Leucorreia

- As mulheres devem ser informadas de que um aumento na secreção vaginal é fisiológico e pode ocorrer durante a gravidez. Se esta é associada com coceira, dor, odor fétido ou dor ao urinar, talvez haja uma causa infecciosa e a investigação deve ser realizada.
- Tratar leucorreias infecciosas de outras etiologias de acordo com abordagem sindrômica, utilizando drogas seguras na gestação (Ver Linha de Cuidado de Infecções Sexualmente Transmissíveis). Prescrição médica e enfermeiro.
- Avaliar tratamento concomitante do parceiro de acordo com a sintomatologia.

10.1.11 Infecções Sexualmente transmissíveis

- Tratar de acordo com abordagem sindrômica, utilizando drogas seguras na gestação (Ver Linha de Cuidado de Infecções Sexualmente Transmissíveis).
Prescrição médica e enfermeiro.

10.1.11.1 Condilomas (Referência CMSDC)

- Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Como as lesões

durante a gestação podem proliferar e tornarem-se friáveis, muitos especialistas indicam a sua remoção, se possível, na 1ª metade da gestação.

- Os tipos 6 e 11 podem causar papilomatose laríngea em recém-nascidos e crianças, mas é uma situação clínica muito rara. Não se sabe, até o momento, se a via de transmissão é transplacentária, perinatal ou pós-natal.
- Não há nenhuma sugestão de que a operação cesariana tenha algum valor preventivo. Portanto, não deve ser realizada para prevenção da transmissão do HPV para o recém-nascido.
- Apenas quando o tamanho e localização das lesões estão causando obstrução do canal de parto, ou quando o parto vaginal possa ocasionar sangramento excessivo, a operação cesariana deverá ser indicada.
- A escolha do tratamento vai se basear no tamanho e número das lesões:
 - Nunca usar podofilina durante qualquer fase da gravidez. Lesões pequenas, isoladas e externas: eletro ou criocauterização em qualquer fase.
- Lesões condilomatosas grandes (excluindo colo uterino e vagina): ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência ou exérese por alça diatérmica ou LEEP (Loop Excision Electrosurgical Procedure), em qualquer fase da gravidez. Esse procedimento exige profissional habilitado, visto que pode provocar sangramento importante e deve restringir-se à lesão propriamente dita.
- Lesões pequenas, colo, vagina e vulva: eletro ou criocauterização, a partir do 2º trimestre.
- Mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.
- Lesões subclínicas intra-epiteliais não devem ser tratadas na gravidez. Em casos excepcionais, quando há suspeita de câncer invasor, impõe-se diagnóstico por biópsia.

10.1.11.2 Hepatite B

- HBsAg é o chamado antígeno de superfície do vírus, um marcador que indica infecção atual.
 - **HBsAg não reagente:** normal (se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacinação).
 - **HBsAg reagente:** solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO) e encaminhar com guia de referência ao SAE no CMSDC.

10.1.11.3 HIV/AIDS (Referência CMSDC/SAE)

As gestantes sabidamente vivendo com HIV ou diagnosticadas na gestação devem ser referenciadas e manter o cuidado compartilhado com a unidade de referência. Para informações detalhadas de diagnóstico em gestante vide "Linha de cuidado para as Infecções Sexualmente Transmissíveis".

10.1.11.4 Sífilis

A sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical. É imprescindível que nenhuma gestante conclua o acompanhamento pré-natal sem que tenha sido assegurada a realização de pelo menos dois testes para sífilis durante a gestação.

- A testagem deve ser disponibilizada a todas as gestantes no primeiro contato com a equipe de saúde e repetida no terceiro trimestre de gestação (28 semanas). As unidades que não possuem teste rápido devem solicitar FTA-ABS na primeira e segunda rotina do pré-natal.
- O tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.
- Os dados do tratamento da gestante e do parceiro, incluindo as datas em que a medicação foi administrada e o seguimento sorológico pós-tratamento, devem ser anotados no prontuário e caderneta da gestante.
- Os registros na caderneta da gestante são particularmente importantes, pois serão

usados na maternidade para avaliar a indicação de notificar e tratar sífilis congênita.

IMPORTANTE:

- A sífilis é considerada inadequadamente tratada se:
 - O tratamento for feito de forma incompleta.
 - O tratamento for feito com outra droga que não a penicilina benzatina.
 - O tratamento for instituído menos de 30 dias antes da ocorrência do parto
 - Se o intervalo entre as doses foi diferente do recomendado.
- Em casos de sífilis não tratada ou inadequadamente tratada será feita notificação de sífilis congênita na **maternidade** e instituído tratamento para o recém-nascido.
- As consultas de pré-natal continuarão normalmente na unidade. Para informações detalhadas de diagnóstico, tratamento e seguimento de sífilis em gestante vide "Linha de cuidado para as Infecções Sexualmente transmissíveis".
- O Município de Duque de Caxias possui o “Protocolo de Sífilis em Gestante” com “Cartão para Notificação dos Parceiros”, “Prescrição do Tratamento da Sífilis” e “Cartão controle para tratamento da gestante/parceiro”.

10.1.11.4.1 ANEXO I – CARTÃO PARA NOTIFICAÇÃO DOS PARCEIROS

Parte A (fica na Unidade de Saúde)

CID 098.1/A53		Nº do Prontuário (caso índice)	
Paciente Índice Nome			
Contato(a) Nome			
Endereço			
Cidade	UF	CEP	Telefone
Responsável pelo Preenchimento Nome			Data
Assinatura			

CID 098.1/A53		Nº do Prontuário (caso índice)	
Contato(a) Nome			
Endereço			
Cidade	UF	CEP	Telefone
Solicitamos seu comparecimento urgente à Unidade de Saúde indicada abaixo para tratar de assunto de seu interesse (traga junto esse cartão), 2ª a 6ª feira, em horário comercial. Entregar na recepção.			
Atenciosamente,			
_____ Assinatura do Profissional			
Unidade de Saúde Endereço			
Cidade	UF	CEP	Telefone
Responsável pelo Preenchimento Nome			Data

Prescrição para tratamento da Sífilis

Nome:

Prescrição:
 Uso Intramuscular.
 Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI/03 doses – Administrar 1.200.000UI em cada glúteo. Com Intervalo de uma semana entre as doses.
 Esta prescrição contempla as três doses do tratamento.

Profissional/data

Cartão controle para tratamento da gestante/parceiro

Nome:

Matrícula:

Caso índice (prontuário):

Tratamento	Data	Profissional	Unidade de Saúde
Penicilina G Benzatina 2.400.000UI/dose	1ª dose		
	2ª dose		
	3ª dose		

*Administrar 1.200.000 UI em cada glúteo, uma vez por semana.

10.1.12 Avaliação do risco gestacional

- Fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de risco habitual
- Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:
 - Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
 - Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
 - Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
 - Situação conjugal insegura;
 - Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
 - Condições ambientais desfavoráveis;
 - Altura menor do que 1,45 m;
 - IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.
- **Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:**
 - Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
 - Macrossomia fetal;
 - Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
 - Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
 - Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
 - Cirurgia uterina anterior;
 - Três ou mais cesarianas.
- **Fatores relacionados à gravidez atual:**
 - Ganho ponderal inadequado;
 - Infecção urinária;
 - Anemia.

10.1.13 Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco (via central de regulação SER/SISREG)

➤ **Fatores relacionados às condições prévias:**

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses). - Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose; Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Isoimunização Rh;
- Qualquer patologia clínica que necessite de atenção especializada.

➤ **Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:**

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas);
- Esterilidade/infertilidade;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado

obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclampsia, internação da mãe em UTI).

➤ **Fatores relacionados à gravidez atual:**

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- Lesão intraepitelial de alto grau ou carcinoma em exame citopatológico do colo do útero;
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais.
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica;
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

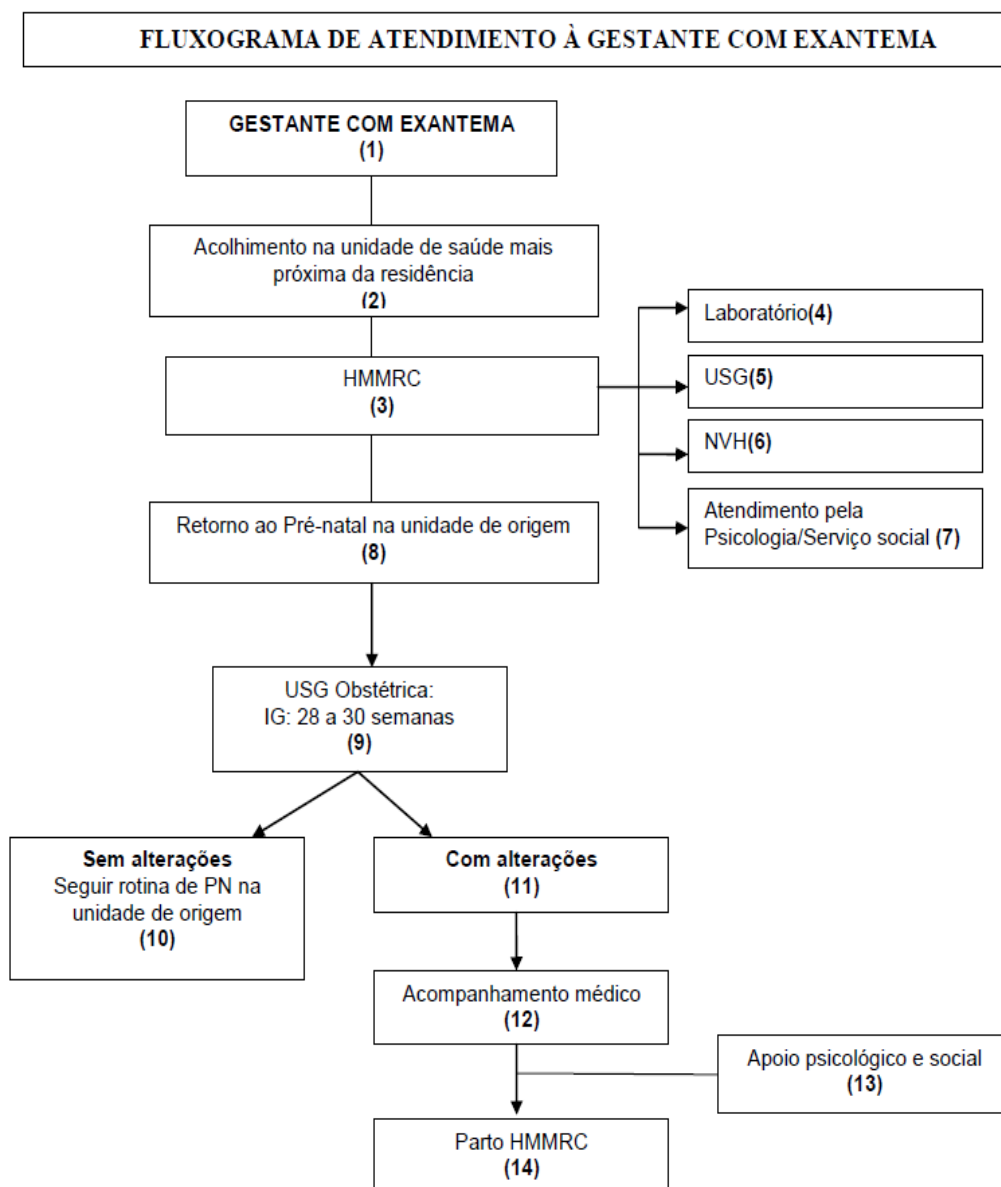
10.1.14 Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica (Maternidade de Santa Cruz da Serra ou HEAPN)

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de dez minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria;
- Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico;
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia (Tax \geq 37,8 °C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligodrâmnio;
- Óbito fetal.

Observações:

- Enviar a guia de referência **LOGO** que a gestante for identificada como alto risco para **agilizar o processo de regulação**.
- **SEMPRE** colocar a idade gestacional atual (IG) mesmo que estimada.
- Na Guia de referência: relatar o quadro clínico de forma clara **mais completa possível que justifique o encaminhamento**. **Não esquecer** também de dados como: **Idade da gestante, paridade, DUM, DPP, Idade Gestacional (IG) atual, fundo de útero, BCF, exames realizados, alterações em exames, intercorrências ou doenças pregressas, pressão arterial, IMC; anexar xerox do laudo da USG**. Casos de HAS, se possível, mapa de controle de PA.
- Situações específicas não descritas neste fluxo e imprevistas deverão ser encaminhadas, por **guia de referência com documentos, xerox do laudo da USG e telefone de contato**, o quanto antes com detalhamento do caso clínico para serem avaliadas e encaminhadas para agendamento.
- O **não envio da documentação, xerox do laudo da USG e telefone de contato** (pode ser para recado) acarretará no **NÃO** agendamento.
- **Caso a gestante necessite de atendimento de urgência deverá ser encaminhada à Maternidade de Santa Cruz da Serra ou HEAPN com guia de referência e contra-referência ou removida pelo SAMU, conforme a gravidade do caso**.
- O envio da guia de referência à central de regulação (prédio da SMS) pode ser feito via malote ou em mãos pela própria gestante/pessoa autorizada pela mesma, no horário de 09:00 às 16:00h.

10.1.15 FLUXOGRAMA I - ATENDIMENTO À GESTANTE COM EXANTEMA



Legenda do fluxograma de atendimento à gestante com exantema:

(1) Toda grávida em qualquer idade gestacional, que OBRIGATORIAMENTE apresente exantema de forma aguda associada ou não a outros sintomas.

(2) Todas as Unidades de saúde da rede municipal devem realizar o acolhimento das gestantes com exantema. Após avaliação, o médico/enfermeiro a encaminhará com Documento de Encaminhamento (anexo) ou na falta deste, na Guia de Referência e Contra Referência, para a emergência obstétrica da Maternidade de Santa Cruz da Serra.

- (3) Acolhimento com classificação de risco e avaliação médica obstétrica.
- (4) Coleta de sangue e urina para Zika.
- (5) Realização da USG obstétrica no mesmo dia ou na oportunidade mais próxima conforme disponibilidade.
- (6) Notificação do agravo ao FORMSUS. Orientação sobre a data de retorno ao NVH para nova coleta de sangue (Sorologias para toxoplasmose, rubéola, CMV, herpes e sífilis) que deverá ocorrer 10 dias após a primeira coleta. Caso o resultado da 1ª coleta esteja disponível, será entregue à gestante. Salientar sobre a necessidade do retorno para a segunda coleta.
- (7) Será oferecido suporte psicológico e social à gestante se necessário, conforme avaliação pela equipe.
- (8) Após o atendimento na Maternidade de Santa Cruz da Serra, a gestante retornará à unidade de origem, para dar continuidade ao pré-natal.
- (9) O serviço responsável pelo pré-natal solicitará a USG obstétrica de seguimento entre 28 e 30 semanas de gestação. A mesma poderá ser realizada nas seguintes Unidades: Policlínica Hospital Duque de Caxias, UPH Parque Equitativa, UPH Saracuruna e UPH de Xerém; com prioridade conforme disponibilidade. Na indicação clínica deve estar escrito: “GESTANTE EM SEGUIMENTO DE DOENÇA EXANTEMÁTICA”.
- (10) Manter rotina de pré-natal na Unidade de origem se a USG não apresentar alterações.
- (11) Ultrassonografia obstétrica com alterações: “Achado ultrassonográfico de feto com perímetro cefálico (PC) com dois desvios padrões (<2DP) ou mais abaixo da média para idade gestacional, acompanhada ou não de outras alterações do SNC”, como calcificações, aumento dos ventrículos, e outros sugestivos de infecção congênita, considerar como padrão a tabela comparativa abaixo.
- (12) A gestante deverá ser acompanhada na unidade de origem PELO MÉDICO quinzenalmente, da 28ª a 36ª semana de gestação e semanalmente a partir da 37ª semana até o parto, se apresentar PCR positivo para Zika vírus e/ ou USG com alterações.
- (13) Deverá ser oferecido pela equipe suporte psicológico e social, caso necessário nas seguintes Unidades: UPH Parque Equitativa, UPH Campos Elíseos, UPH Pilar, UPH Xerém,

UPH Imbariê, UPH Saracuruna, Centro Municipal de Saúde e Policlínica Hospital Duque de Caxias.

(14) A gestante deverá ser orientada a respeito do seu parto que será realizado na Maternidade de Santa Cruz da Serra.

(13) Deverá ser oferecido, suporte psicológico e social, caso necessário, nas UPH, no CMS e na Policlínica Hospital Duque de Caxias.

(14) A gestante deverá ser orientada que seu parto será realizado na maternidade de Santa Cruz da Serra.

10.1.16 QUADRO I

Semanas	média	média-2DP	média-3DP	média-4DP	média-5DP
16	126	96	82	67	52
17	138	109	94	80	65
18	151	121	107	92	77
19	163	133	119	104	89
20	175	145	131	116	101
21	187	157	143	128	113
22	198	169	154	140	125
23	210	180	166	151	136
24	221	191	177	162	147
25	232	202	188	173	158
26	242	213	198	183	169
27	252	223	208	194	179
28	262	233	218	203	189
29	271	242	227	213	198
30	281	251	236	222	207
31	289	260	245	230	216
32	297	268	253	239	224
33	305	276	261	246	232
34	312	283	268	253	239
35	319	289	275	260	245
36	325	295	281	266	251
37	330	301	286	272	257
38	335	306	291	276	262
39	339	310	295	281	266
40	343	314	299	284	270

10.1.17 Pré-natal da parceira

A estratégia pré-natal da parceira é uma ferramenta que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo dos parceiros em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento destas populações aos serviços de saúde, com enfoque na Atenção Básica.

O profissional deve estar atento à possibilidade de parcerias não habituais, como por exemplo: mulheres lésbicas ou pessoas transexuais. Nestes casos a parceria deve ser acolhida e ter suas necessidades de saúde avaliadas e atendidas conforme a capacidade resolutiva da unidade.

- **1º Passo:** Chegada ao serviço SUS. Contato com postura acolhedora, incentivar a sua participação nas consultas de pré-natal e atividades educativas;
- **2º Passo:** Realizar os testes rápidos para HIV e sífilis, se disponíveis, e solicitar exames de rotina (Hemograma, tipagem sanguínea e fator RH, testes rápidos ou sorologia de HIV, sífilis, hepatites B e C, glicose);
- **3º Passo:** Atualizar cartão de vacinação da parceria conforme a situação vacinal encontrada.

10.1.17.1 QUADRO I

GRUPO ALVO	IDADE	HEPATITE B	TRÍPLICE VIRAL	DUPLA ADULTO
Adolescente	10 a 19 anos	3 doses (a depender da situação vacinal)	2 doses	3 doses (conforme situação vacinal) Reforço (a cada 10 anos)
Adulto	20 a 59 anos	3 doses (a depender da situação vacinal)	1 dose (até 49 anos)	3 doses (conforme situação vacinal) Reforço (a cada 10 anos)
Idoso	60 anos ou mais	3 doses (a depender da situação vacinal)	-----	3 doses (conforme situação vacinal) Reforço (a cada 10 anos)

- **4º Passo:** Toda consulta é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre as parcerias e os profissionais de saúde, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes, tais como relacionamento com parceira, atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, prevenção da violência doméstica.
- **5º Passo:** Esclarecer sobre o direito da mulher a um acompanhante (Lei Federal nº 11.108/05) no pré-parto, parto e puerpério e incentivar a parceria a conversar com a gestante sobre a possibilidade da sua participação nesse momento. Esclarecer dúvidas da parceria com relação ao trabalho de parto. Estimular a participação ativa da parceira no pré-natal, parto, puerpério e cuidados com a criança.

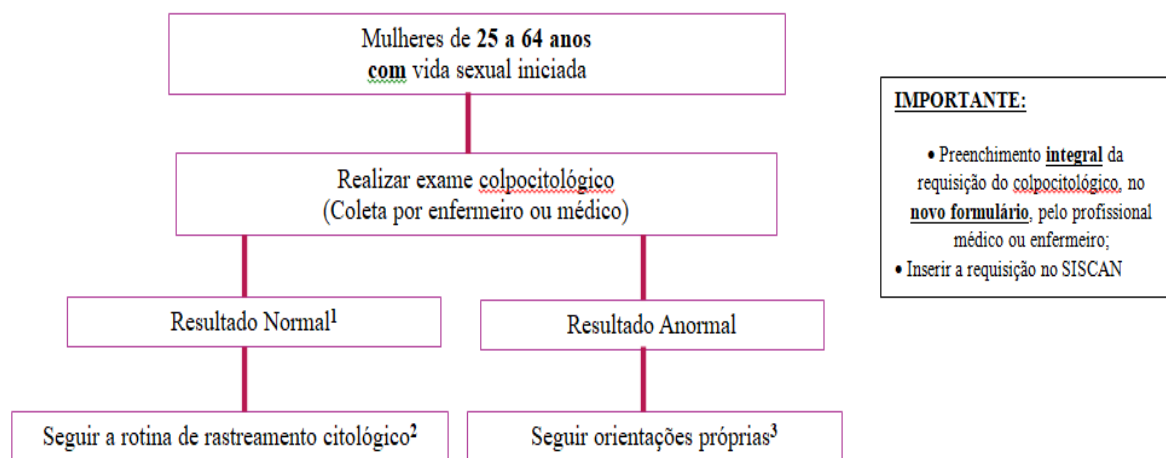
IMPORTANTE:

- Sugestão de utilização do CID (Código Internacional de Doenças) Z76.8 no **atestado médico** – contatos com serviços de saúde por outras circunstâncias especificadas – para justificar a **ausência da parceria no trabalho**. Outra sugestão é a utilização do CIAP (Classificação Internacional de Atenção primária), A 29- outros sinais e sintomas gerais. O enfermeiro poderá fornecer **declaração de comparecimento**.
- **Licença paternidade:** A Constituição Federal/88 garante aos pais **5 dias** de licença paternidade. A Emenda Constitucional 63/2015 estende a licença paternidade para **30 dias** a todos os **servidores públicos civis e militares no Estado do Rio de Janeiro**. A Lei 13.257/2016 que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância no intuito do exercício da paternidade ativa e consciente amplia a licença paternidade para os **funcionários das empresas cidadãs** para **20 dias**.
- Quanto à concessão da **licença-paternidade aos casais homoafetivos**, constituídos por homens ou mulheres, não há norma expressa em relação ao assunto, sendo a jurisprudência favorável à extensão dos direitos jurídicos dos casais heterossexuais aos casais homoafetivos com base no princípio da igualdade e em analogia a outras leis do ordenamento jurídico vigente. Num casal de mulheres lésbicas onde uma delas engravida, aquela que não gestou o filho

tem direito ao equivalente a “licença-paternidade”. Sabe-se, contudo, de casos onde judicialmente já se conseguiu a dupla licença maternidade.

10.2 Rastreamento ao Câncer do Colo de Útero

10.2.1 FLUXOGRAMA I



1 – São eles: Alterações celulares **benignas** (reativas ou reparativas); metaplasia escamosa imatura; reparação; inflamação; atrofia com inflamação; radiação; achados microbiológicos (Lactobacillus sp, Candida sp, Cocos, Gardnerella mobiluncus , outros bacilos).

- Atentar para os epitélios representados na amostra. Uma boa coleta deve conter células escamosas e glandulares.

2 – Para início do rastreio, devem ser realizados **dois exames** com intervalo **anual**. Sendo os dois resultados **normais**, aumentar o intervalo de coleta para **três anos**.

- Não se recomenda a coleta de colpocitológico em mulheres com menos de 25 anos.
- As gestantes seguem as mesmas recomendações de faixa etária e periodicidade de coleta das demais mulheres, não havendo risco para a gestação quando utilizada a técnica de coleta adequada (ecto e endocervical).
- Mulheres imunossuprimidas devem começar o rastreio a partir do início da atividade sexual, independente da idade. Deve-se realizar o exame semestralmente

no primeiro ano. Se resultados normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver a condição de imunossupressão. Caso o resultado apresente qualquer alteração citológica, encaminhar imediatamente à Patologia Cervical.

- Mulheres sem história de atividade sexual não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer de colo uterino.
- Mulheres na pós-menopausa, que estão amamentando ou que fazem uso de anticoncepcional injetável trimestral por longos períodos, podem apresentar padrão celular atrófico, sendo comum que não se obtenha amostra do epitélio glandular. Nesses casos, para um melhor resultado, sugere-se realizar estímulo estrogênico local (exceto para mulheres com história pessoal de Ca de mama). E, só então, proceder à coleta do exame. A prescrição do creme vaginal hormonal (estriol) pode ser feita por médico ou enfermeiro. Recomenda-se o uso por três semanas, seguido de uma semana de pausa.
- As mulheres submetidas à histerectomia subtotal (mantém o colo), o rastreamento segue a mesma orientação para as demais mulheres. Nos casos de histerectomia total por lesões benignas (mioma, adeniose, etc...), sem histórico de lesões de alto grau, essas mulheres podem ser excluídas do rastreamento desde que apresentem exames citológicos anteriores normais. Nos casos de histerectomia total por câncer de colo ou histórico de lesões de alto grau, o rastreamento deverá ser mantido com citologia vaginal.
- Mulheres a partir de 64 anos serão liberadas do rastreamento se apresentarem dois exames normais nos últimos cinco anos. Caso a mulher tenha mais de 64 anos e nenhum exame nos últimos cinco anos, deve-se colher duas citologias com intervalo de um ano. Se resultados normais, liberá-las do rastreamento.

3 – Seguir condutas descritas no Quadro: “RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO E CONDUTA NA REDE DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA MULHER”.

DVS/Saúde da Mulher/Dezembro de 2023.

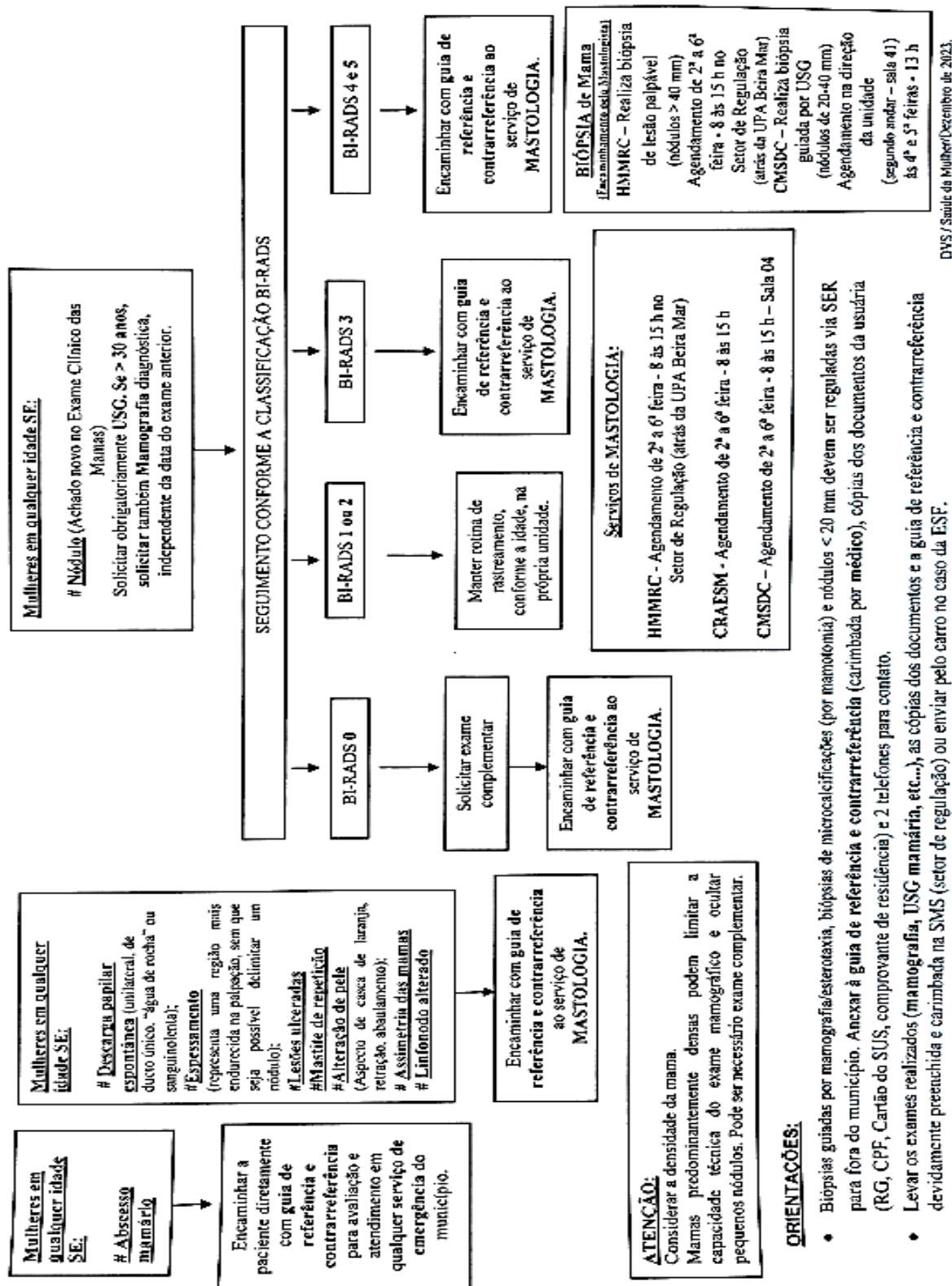
10.2.2 QUADRO I – RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO E CONDUTAS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

RESULTADO	FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Células escamosas atípicas de significado indeterminado – possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Se o resultado se mantiver, encaminhar com GUIA de REFERÊNCIA e CONTRARREFERÊNCIA ao CMSDC ou CRAESM. Se o novo resultado acusar lesão de alto grau, encaminhar com GUIA de REFERÊNCIA e CONTRARREFERÊNCIA à Patologia Cervical do HIMMRC. Após duas citologias consecutivas negativas, retornar à rotina de rastreio (uma coleta a cada 3 anos)
	25 a 29 anos	
Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)	> 30 anos	Se o novo resultado acusar lesão de alto grau, encaminhar com GUIA de REFERÊNCIA e CONTRARREFERÊNCIA à Patologia Cervical do HIMMRC. Após duas citologias consecutivas negativas, retornar à rotina de rastreio (uma coleta a cada 3 anos)
	< 25 anos	
Células escamosas atípicas de significado indeterminado – não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)	25 anos ou +	Encaminhar com GUIA de REFERÊNCIA e CONTRARREFERÊNCIA à Patologia Cervical do HIMMRC. A conduta e o seguimento ficarão a critério do profissional habilitado na Patologia Cervical conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Agendar retorno à unidade a fim de tomar ciência e registrar em prontuário o seguimento do caso.
	> 30 anos	
Lesão de alto grau (HSIL)		
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)		
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão		
Células atípicas de origem indefinida – não se pode afastar lesão de alto grau (AOI)		
Células atípicas de origem indefinida – possivelmente não neoplásicas (AOI)		Encaminhar com GUIA de REFERÊNCIA e CONTRARREFERÊNCIA à Patologia Cervical do CMSDC ou CRAESM Agendar retorno à unidade a fim de tomar ciência e registrar em prontuário o seguimento do caso.
Carcinoma epidermóide invasor		Encaminhar com GUIA de REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA à Patologia Cervical do HIMMRC. Após os resultados da colposcopia e biópsia, o profissional deverá anexar esses laudos a uma nova GUIA de REFERÊNCIA e CONTRARREFERÊNCIA e encaminhar ao setor de regulação da SMS
Adenocarcinoma in situ		
Adenocarcinoma invasor		

Fonte: DVS/Saúde da Mulher-2023.

- Orientações para o preenchimento da Guia de Referência e Contrarreferência:
- ✓ A Guia de Referência e Contrarreferência para atendimento nas unidades do município podem ser carimbadas por **médico ou enfermeiro**;
- ✓ A guia deve conter o resultado do colpocitológico, com a data do exame e a idade da usuária;
- ✓ Motivo do encaminhamento: realização de COLPOSCOPIA;
- ✓ O resultado deve ser entregue à paciente para que apresente ao profissional especializado junto com o encaminhamento no dia da consulta.

10.2.3 FLUXOGRAMA II – DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA (CONDUTAS MÉDICAS FRENTE ÀS ALTERAÇÕES NAS MAMAS)

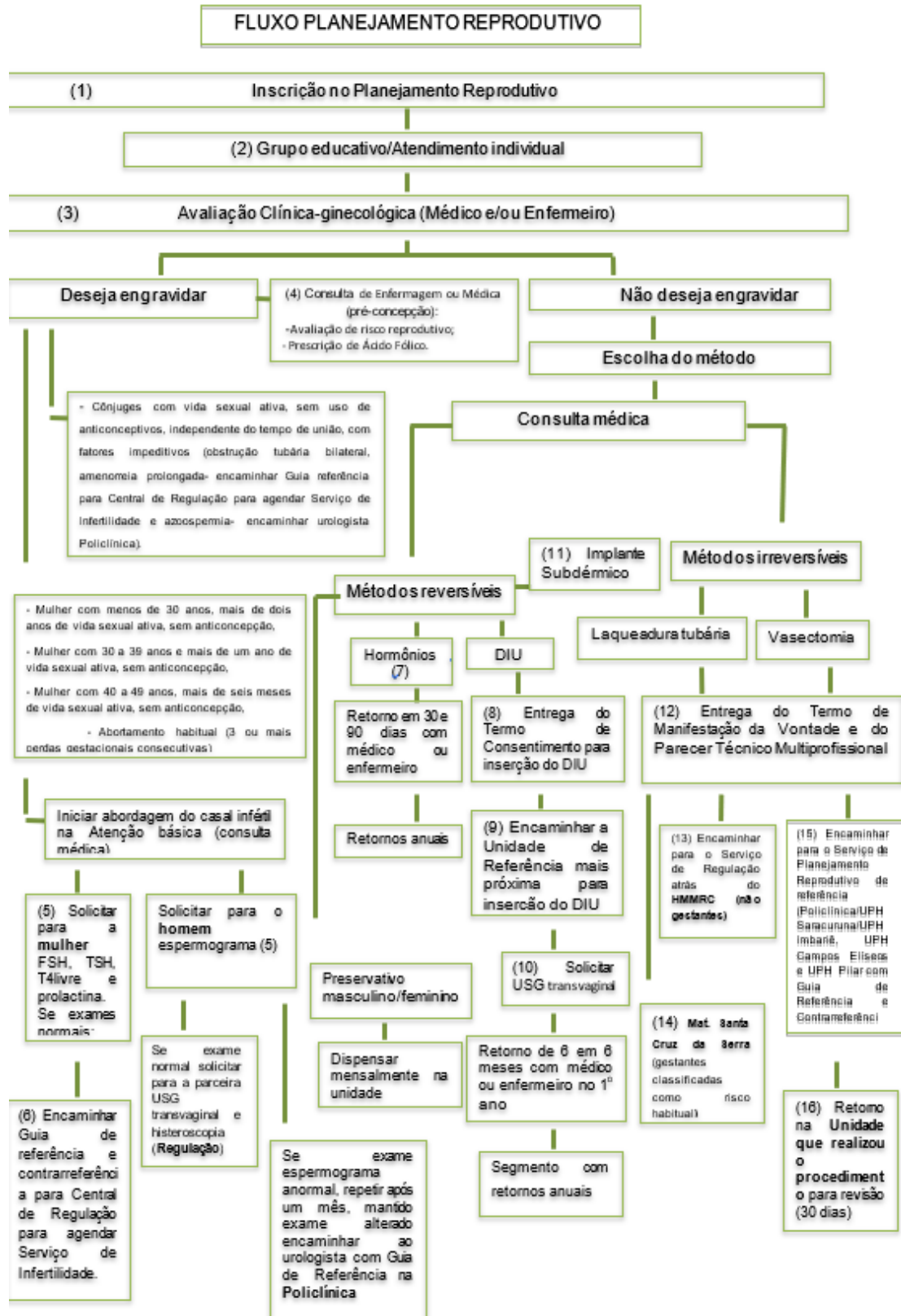


11. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde. Baseado neste conceito, este Protocolo tem a finalidade de orientar tecnicamente os profissionais da atenção básica na assistência à saúde das mulheres em sua integralidade abordando especialmente ações, acompanhamento da gravidez de risco habitual, contínua classificação de risco para encaminhamento ao pré-natal de risco habitual e alto risco, orientação e assistência ao parto na Maternidade do Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo (baixo risco e nas maternidades vinculadas pelo SER para alto risco) e assistência ao puerpério.

- **CAMPO DE APLICAÇÃO** – Rede de Atendimento à Saúde da Mulher
- **DESCRIÇÃO DE CONDUTAS**
 - Fluxograma de Planejamento Reprodutivo
 - Fluxo para inserção de DIU nas maternidades Santa Cruz da Serra/ Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes – HMAPN
 - Critérios de elegibilidade para uso de métodos contraceptivos
 - Fluxograma de Contracepção de emergência
 - Atenção Humanizada ao Abortamento

11.1 FLUXOGRAMA I



LEGENDA DO FLUXOGRAMA

1. A equipe do Planejamento Reprodutivo divulga dentro da Unidade de Saúde e na comunidade o dia, o horário e o local em que serão realizadas as inscrições e a reunião do novo grupo educativo ou atendimento individual.
2. A equipe poderá avaliar o público alvo e a necessidade do maior (3) ou menor (1) número de reuniões necessárias assim como a duração média para abordar os seguintes temas: aparelho reprodutor masculino e feminino, infecções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos naturais, artificiais- reversíveis e irreversíveis-, violência sexual e direito reprodutivo. Ao final da atividade educativa (individual ou em grupo) entregar: **o certificado de conclusão do Planejamento Familiar / Reprodutivo, cartão da mulher (ou impresso para agendamento de consultas) assinado e carimbado com data da consulta de avaliação clínica-ginecológica.** Pacientes psiquiátricas, drogaditas e etilistas, em situação de rua ou a critério da avaliação dos profissionais da equipe do Planejamento Reprodutivo poderão **não** participar das reuniões de grupo e serem **atendidas individualmente** para explanação das indicações e contra-indicações dos métodos facilitando assim a adoção destes. A fim de aumentar o acesso à população ao Serviço de Planejamento Familiar as Unidades possuem como meta a abertura mensal de três novos grupos.
3. Solicitar e realizar exames de rotina saúde integral da mulher: Hemograma, Glicemia de jejum, anti-HIV1 e 2 ou Teste Rápido HIV, Teste Rápido Sífilis ou VDRL, HbsAg, AntiHBs, Anti-HCV, Colpocitologia Oncótica (**vide protocolo** de câncer de colo de útero), Exame clínico das mamas ou Mamografia (**vide protocolo** de mama) e Verificação de PA. **Observação: Para inserção de DIU, acrescentar: TIG Rápido ou β HCG e Exame de Urina: EAS. Exame controle após procedimento: USG transvaginal; Para realização de vasectomia acrescentar: coagulograma, sódio, potássio, ureia, creatinina e lipidograma.**
4. A **Assistência à pré-concepção** tem como objetivo orientar e assistir as mulheres/casal que queiram engravidar, com o intuito de identificar os fatores de risco ou doenças que interferem na evolução saudável de uma futura gestação. A equipe de saúde deverá ao assistir

as mulheres/casais, prevenir, detectar e tratar fatores que possam interferir na fertilidade e na concepção.

Orientações e Condutas Específicas na Assistência Pré-concepcional:

- Orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas lícitas ou ilícitas e verificação da necessidade de assistência especializada.
- Orientação sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/AIDS), sífilis, gonorreia, clamídia e outras infecções como toxoplasmose, hepatite B.
- Instituir outras medidas educativas, como a orientação para o registro sistemático das datas das menstruações e avaliação do período fértil.
- Realizar avaliação do estado geral de saúde, exame físico, exame ginecológico completo, avaliação vacinal e solicitação de exames laboratoriais (Sorologia para VDRL, rubéola, HbsAg, AntiHBs, HCV, toxoplasmose e HIV);
- Adequar à situação vacinal (rubéola, tétano e hepatite B) após avaliação pela equipe de saúde.
- Prescrever ácido fólico 5mg, via oral, 1x/dia, iniciando 60 a 90 dias antes da concepção estendendo até a 12^a semana gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural. A prescrição cabe ao profissional médico ou enfermeiro.

5. Na **consulta médica** para abordagem inicial do casal infértil solicitar (além dos exames do item 3):

- Mulheres: FSH, TSH, T4livre e prolactina.
- Homens: espermograma. Se exame normal solicitar para a parceira USG transvaginal e histeroscopia. O exame espermograma poderá ser realizado nos laboratórios (ver o laboratório de referência para a Unidade):
 - SEPAC (telefone: 2671-2469/2671-3525)
 - CDL (telefone: 3661-7306)
 - Laborafe (telefone: 2672-7728)

6. Em caso de Infertilidade **encaminhar** Guia de Referência **para agendamento de Serviço de Infertilidade pelo SISREG**. Levar Guia de Referência com cópia de RG, CPF, Cartão do SUS e Comprovante de Residência. Anexar exames/ laudos disponíveis.

7. A usuária poderá retirar o contraceptivo no próprio local que recebeu a prescrição ou na Unidade de Saúde mais próxima de sua residência naquelas que não possuem Serviço de Farmácia para dispensação. A **prescrição médica** deverá ser registrada no prontuário e a receita fornecida poderá ser atendida pela farmácia da Rede SUS municipal ou gratuitamente nas farmácias comerciais contempladas com o “Programa Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP)” durante 365 dias/12 meses (como previsto na Portaria M.S., nº 111, de 28 de janeiro de 2016). Se bem adaptada ao método, o **enfermeiro do Serviço do Planejamento Familiar e Reprodutivo** poderá **transcrever** (caso necessário) a receita apondo ao final do receituário a observação "transcrição de .../.../....., Nome e CRM do médico" e registrar no prontuário. A prescrição do método terá validade de **1 ano**, após este período a paciente deverá passar por consulta médica (a transcrição não será permitida após receita com data superior a 1 ano). Observar os períodos programados de retorno para avaliação da adaptação ao método (30/ 90 dias e anualmente). A puérpera no momento da alta da Maternidade Santa Cruz da Serra poderá receber avaliação, orientação e prescrição de contraceptivos hormonais orais ou injetáveis (prescrição médica com data para início de uso). Portando o receituário da Maternidade a medicação poderá ser retirada na própria farmácia da instituição caso disponível ou em qualquer “Unidade Pólo de Farmácia para dispensação” mais próxima da residência da puérpera.

8. Quando a mulher optar pelo DIU, será fornecido o **Termo de Manifestação da Vontade para inserção do DIU** por um dos profissionais da Equipe do Planejamento Familiar, o qual deverá orientar e esclarecer dúvidas quanto aos riscos, vantagens, desvantagens e eficácia do método escolhido, solicitando ao final a assinatura do documento (em duas vias) pela requerente. O profissional que realizar a inserção irá assinar as duas vias do documento (uma via ficará arquivada no prontuário da mulher e a outra via será entregue a usuária). Ao encaminhar para inserção de DIU atentar para usuária levar o termo de consentimento e certificado do Planejamento Reprodutivo. Os exames de rotina relacionados

à saúde integral da mulher serão solicitados (item 3) onde realizou a atividade educativa de Planejamento Reprodutivo, porém não há necessidade de aguardar os resultados para encaminhar a usuária para agendamento da inserção afim de não estabelecer barreira no acesso. A avaliação destes exames ficará sob responsabilidade do solicitante, na unidade de origem. A avaliação para descartar gravidez se dará na referência ambulatorial para inserção de DIU. A USG transvaginal para controle de posicionamento do DIU após a inserção será solicitada pelo médico das referências que realizar o procedimento. Assim como a avaliação deste exame. Revisões subsequentes programadas (6 meses e após anuais) poderão ser realizadas na unidade de saúde mais próxima da residência da usuária. A reiterada do DIU poderá ser em qualquer referência para inserção/retirada de DIU ambulatorial. O cônjuge **NÃO** precisa assinar o termo.

9. As Unidades de Saúde que inserem DIU são:

➤ Ambulatórios

- **CMSDC** (setor: CRESAM de 2ª a 5ª feira de 8 às 15 horas e às 6as feiras de 8 às 11 horas). Referência para 1º e 2º distritos.
- **CRAESM** (setor: Serviço Social, de 2ª a 6ª feira de 8 às 15 horas). Referência para 3º e 4º distritos.
- **UPH Saracuruna** (setor: Serviço Social, Ass. Social Jackeline, às quartas-feiras de 8 às 12 horas). Referência para 2º e 3º distritos.
- **UPH Pilar** (setor: Serviço Social, Ass. Social Lilian, às 2ª e 6ª feiras, de 8 às 15 horas). Referência para 1º e 2º distritos.
- **CEATA** (para adolescentes atendidos na Unidade, de todos os distritos).
- **UBS Figueira** (setor: Serviço Social, Ass. Social Gabriele, às segundas e sextas-feiras, **de 8 às 16 horas**). (2º, 3º e 4º distritos)

OBS 1- Não Gestantes que irão inserir DIU nos ambulatórios (**CMSDC, CRAESM, UPH Saracuruna, UPH Pilar, CEATA, UBS Dr. José de Freitas, UBS Figueira**) **levar:** cópias de “Certificado do Planejamento Familiar” e “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Inserção do DIU” - 2 vias).

➤ **Maternidades**

- Maternidade Santa Cruz da Serra
- Maternidade do Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes

OBS 2- Orientação às Gestantes (inserção no pós-parto): possuem a disponibilidade de inserção de Dispositivo Intra Útero (**DIU**) no pós-parto **na Maternidade Santa Cruz da Serra e Maternidade do Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes** (esclarecer indicações, retirar dúvidas, fornecer “Certificado do Planejamento Familiar” e “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Inserção do DIU” - 2 vias). Realização de USG para avaliação do posicionamento do DIU antes da alta hospitalar na própria maternidade. A própria Maternidade irá agendar retorno **em 30 dias** na Maternidade Santa Cruz da Serra/HEAPN (onde realizou a inserção) para **realização de USG, avaliação do posicionamento do DIU e adaptação ao método pelo médico plantonista. Caso a paciente perca o agendamento** para a realização e avaliação da USG na Maternidade (retorno dos 30 dias pós-procedimento) o exame deverá ser reagendado nas referências ambulatoriais do município (CRAESM, UPH Saracuruna, CMS, Policlínica Duque de Caxias). A avaliação da adaptação ao método, assim como da USG (avaliação do posicionamento do DIU) neste caso se dará na Unidade de Saúde mais próxima da residência da usuária. Os retornos anuais serão **nas Unidades de Saúde mais próximas das residências das usuárias.**

OBS 3- No pós-parto, o momento mais indicado para inserção do DIU é logo após a expulsão da placenta. Porém pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto, embora a taxa de expulsão, nesses casos, seja em torno de 20%. Passado esse período, deve-se aguardar, pelo menos, quatro semanas. **Múltiplas cesáreas anteriores (3 ou mais) aguardar**

6 meses para a inserção. A puérpera terá ainda a possibilidade de sair de alta da Maternidade Santa Cruz da Serra com a inserção agendada para 30 dias após alta na própria maternidade.

As consultas para acompanhamento da adaptação ao método (seis meses e depois retornos anuais deverão ser realizados na unidade de saúde mais próxima da residência).

10. USG: encaminhar com requisição de exame e cartão do SUS (ver local de referência para a Unidade)

- Centro de Referência e Atenção Especializada em Saúde da Mulher (CRAESM) à recepção do ambulatório;
- UPH Saracuruna
- CMS

11. O implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) é oferecido pelo Projeto ACOLHE/ Secretaria Estadual de Saúde no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Jornalista Susana Napolini, situado a Rua Barão da Torre, em Ipanema/RJ. O encaminhamento para o contraceptivo poderá ser feito **a partir dos 14 anos até a idade de 25 anos INCOMPLETOS (24 anos, 11 meses e 29 dias)**. Encaminhar Guia de Referência e Contra Referência para o **setor Regulação da SMSCD** (carimbado por médico, enfermeiro ou assistente social), cópia de identidade, CPF, cartão do SUS e comprovante de residência. **Para Especialidade: PROJETO ACOLHE/prevenção da gravidez não planejada.** Unidades que possuam Setor de Regulação descentralizada poderão realizar seus próprios agendamentos (Hospital Policlínica Duque de Caxias, UPH Parque Equitativa e Centro Municipal de Saúde). Unidades da ESF poderão encaminhar guias por malote ou orientar a paciente ir à SMSDC regular a guia (o que preferir).

12. Quando a mulher optar pela **Laqueadura Tubária** e o homem pela **vasectomia**, será fornecido o **Termo de Manifestação da Vontade para a Realização de Procedimento Cirúrgico de Planejamento Familiar** por um dos profissionais da Equipe do Planejamento Familiar, o qual deverá orientar esclarecer dúvidas quanto aos riscos, vantagens, desvantagens

e eficácia do método escolhido, solicitando ao final a assinatura do documento em duas vias (1ª via será da/o paciente e a outra da unidade de saúde que realizará o procedimento). O cônjuge **NÃO** precisa assinar o termo.

Nas Unidades de Saúde com Assistentes Sociais vinculadas ao Planejamento Familiar, as referidas profissionais juntamente com o **Médico** (a) e a (o) **Enfermeira** (o) da Equipe assinarão e entregarão também a (ao) paciente o **Parecer Técnico Multiprofissional**, independente do local de realização do procedimento. As Unidades de Saúde que não tenham Assistentes Sociais vinculadas ao Planejamento Familiar (**USF ou outra Unidade**) deverão encaminhar a (o) paciente com toda documentação do Planejamento Familiar* para o HMMRC (laqueadura) e Policlínica/UPH Saracuruna /UPH Imbariê/UPH Campos Elíseos/UPH Pilar (vasectomia).

* **Termo de Manifestação da Vontade para a Realização de Procedimento Cirúrgico de Planejamento Familiar** assinado em duas vias, **Parecer Técnico Multiprofissional** devidamente preenchido e assinado pelo médico (a), enfermeiro (a) e/ou outro profissional com graduação da equipe e treinamento em Planejamento Reprodutivo. Orientar ainda levar o cartão do SUS, identidade, comprovante de residência, cartão da mulher (se disponível), certificado de conclusão da atividade educativa em Planejamento Familiar, certidão de nascimento dos filhos (caso o critério que habilite ao procedimento definitivo seja o número de filhos).

13. Laqueadura: usuárias não gestantes. Encaminhar ao Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, setor: Regulação (atrás da UPA Beira Mar que fica dentro do Complexo do HMMRC) de segunda a sexta-feira de 8 as 16 horas. A usuária precisa apresentar para o AGENDAMENTO da consulta com serviço social e ginecologista (atendimento em conjunto): **documentação do Planejamento Reprodutivo** (Certificado de Conclusão do Planejamento Reprodutivo, Termo de Consentimento e Parecer Técnico Multiprofissional), **cópia de certidão de nascimento dos filhos** - se esse foi o critério de habilitação para o procedimento utilizado, **RG, CPF, Cartão do SUS, comprovante de residência**. Obs.: só a própria usuária poderá agendar o atendimento.

Usuárias com IMC a cima de 35 deverão ser encaminhadas para consulta médica e com nutricionista e adotar método de espera.

Atenção: TODAS as pacientes deverão levar para a consulta de avaliação para o procedimento (com serviço social e ginecologista, atendimento em conjunto): Certificado do Planejamento Familiar, Termo de Consentimento, Parecer Técnico Multiprofissional e cópia de identidade, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência. Certidão de nascimento dos filhos (caso o critério que habilite ao procedimento definitivo seja o número de filhos). TODOS os termos deverão estar devidamente **DATADOS e com identificação legível do paciente**. Unidades que não possuem assistentes sociais para assinatura do “Parecer Técnico Multiprofissional” este poderá ser assinado no HMMRC. Levar resultados de citopatológico de colo uterino se disponível e USG transvaginal. Exames Pré-operatórios e resultados de exames do item 3 para as pacientes não gestantes que desejam realizar laqueadura atualmente serão solicitados na primeira consulta no HMMRC (avaliação para o risco cirúrgico).

14. Laqueadura: usuárias gestantes. Maternidade Santa Cruz da Serra.

- **Para laqueadura após parto vaginal:** orientar a gestante que na internação para o parto na maternidade esta deverá apresentar a documentação referente ao Planejamento Reprodutivo (certificado de Conclusão do Planejamento Reprodutivo, termo de consentimento, parecer multiprofissional) e informar o interesse pelo procedimento cirúrgico laqueadura. Caso necessite da avaliação e carimbo do assistente social este profissional de PLANTÃO irá atendê-la. Observação: **NÃO** encaminhar para a Maternidade com antecedência.
- **Para cesarianas programadas com laqueadura:** se 2 cesarianas anteriores** ou vide indicação no quadro CONITEC*** of.cir.10/23 ou: orientar a gestante agendar a cesariana com laqueadura assim que completar 35 semanas gestacionais na **Maternidade Santa Cruz da Serra** (de segunda a quarta-feira de 9 às 11 horas e quinta-feira de 7 às 9h, na direção da maternidade). Assinatura do Parecer Multiprofissional pela assistente social (caso a gestante tenha sido encaminhada por unidade que não possua esse profissional) pelo plantonista do serviço social da maternidade nestes mesmos horários.
- **O Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes também possui, caso seja necessário, equipe treinada para avaliação e carimbo** do Parecer Multiprofissional pela assistente social/psicóloga para gestantes atendidas naquela unidade.

- Gestantes encaminhadas para pré-natal de alto risco em unidades de saúde fora do município, poderão ser avaliadas pelo pré-natalista da referência e ter carimbado a terceira avaliação no Parecer Técnico Multiprofissional. Também é possível obter essa terceira avaliação na unidade de saúde municipal de Duque de Caxias por outra categoria profissional (psicólogo, assistente social, dentista treinados em Planejamento Reprodutivo).

A paciente poderá comprovar **cesarianas anteriores por meio do resumo de alta, cartões de vacinação dos filhos (se esta informação constar) ou ainda ter acesso à declaração das cesarianas anteriores documentadas nas DNV por meio de cópias solicitadas ao Setor de Dados Vitais da SMS (telefone 2773-6298).

***Considerando o Relatório de Recomendação nº 179/2016 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC) que apresenta as Diretrizes de Atenção à Gestante acerca da operação cesariana a laqueadura tubária no momento do parto se dará **quando a cirurgia cesariana for necessária, seja em situações eletivas ou de urgência intraparto**. Quando disponível na Unidade de Saúde equipe capacitada para a realização da laqueadura pela **técnica Sauter** esta poderá ser realizada de acordo com os critérios legais de elegibilidade (idade ou número de filhos) vigentes após o nascimento por via vaginal.

15. Encaminhar para a equipe do Planejamento Familiar e Reprodutivo da referência para realização de **VASECTOMIA**:
- ✓ **Policlínica** - Setor: Serviço Social, 4º andar, sala 403, quartas-feiras das 7 às 15 horas. Abrir prontuário na Recepção, 3º andar antes do atendimento. (1º e 2º distritos)
 - ✓ **UPH Saracuruna** - Setor: Serviço Social, Ass. Social Jackeline, às terças e quartas-feiras de 8 às 12 horas. (3º e 4º distritos)
 - ✓ **UPH Imbariê** - Setor: Serviço Social, Ass. Social Flávia e Simone, às quintas-feiras de 09 às 11 horas. (3º e 4º distritos)

- ✓ **UPH Campos Elíseos** - Setor: Serviço Social, Ass. Social Gisele, às quintas-feiras de 13 às 15 horas. (1º e 2º distritos)
- ✓ **UPH Pilar** - Setor: Serviço Social, Ass. Social Damiana, às terças-feiras de 7 às 17 horas. (1º e 2º distritos)

Atenção: TODOS os usuários deverão levar para AGENDAMENTO do procedimento: Resultados de exames solicitados (item 3), certificado do Planejamento Familiar, Termo de Consentimento assinado pelo usuário (conjugue **NÃO** precisa assinar), Parecer Técnico Multiprofissional e cópia de identidade, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência. Certidão de Nascimento dos filhos (se o critério legal para habilitação ao procedimento foi número de filhos). Outra pessoa poderá agendar para o paciente. TODOS os termos deverão estar devidamente DATADOS e com identificação legível do paciente. Unidades que não possuem assistentes sociais para assinatura do “Parecer Técnico Multiprofissional” este poderá ser assinado pelo profissional das Unidades de referência para o procedimento.

16. Retorno na Unidade que realizou o procedimento para revisão (30 dias) quando será solicitado o espermograma.

11.2 QUADRO I - RECOMENDAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE CESARIANA PROGRAMADA.

CONDIÇÃO CLÍNICO-OBSTÉTRICA	RECOMENDAÇÃO
Apresentação pélvica	A cesariana programada por apresentação pélvica é recomendada a partir de 39 semanas de idade gestacional. Sugere-se aguardar o início do trabalho de parto.
Gestação múltipla	No caso de gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a cesariana é recomendada.
Placenta prévia	A cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos que têm placentas centro-total ou centro-parcial.
Acretismo placentário	Em gestantes com acretismo placentário, é recomendado programar a cesariana. Nas situações de suspeita de placenta increta e/ou percreta, é recomendado programar a cesariana entre 34 e 36 semanas.
HIV	Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical. A cesárea eletiva deve ser realizada na 38ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade e/ou o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas.
Coinfecção HIV e Hepatite C	A cesariana programada é recomendada para prevenir a transmissão vertical do HIV e Hepatite C em mulheres com esta coinfecção.
Herpes vírus (HSV)	A cesariana é recomendada em mulheres que tenham apresentado infecção primária do vírus do Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação. A cesariana é recomendada em mulheres com infecção ativa (primária ou recorrente) do vírus do Herpes simples no momento do parto.
Assistência à mulher com cesariana prévia	A cesariana é recomendada em mulheres com três ou mais cesarianas prévias. O trabalho de parto e parto vaginal não é recomendado para mulheres com cicatriz uterina longitudinal de cesariana anterior
Ligadura tubária	É recomendado que o modo de nascimento não seja determinado em função da realização da ligadura tubária.

11.3 Contraceptivos Padronizados na Rede

A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os **critérios de elegibilidade clínica**.

Os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais não devem ser considerados norma estrita, mas sim recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consistem em uma lista de condições das(os) usuárias(os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classificam em quatro categorias, conforme descrito a seguir:

- **Categoria 1:** o método pode ser usado sem restrições.
- **Categoria 2:** o método pode ser usado com restrições. As condições listadas na Categoria 2 significam que o método em questão pode ser utilizado com alguma precaução. São situações nas quais as vantagens de usá-lo geralmente superam os riscos comprovados ou teóricos que seu uso poderia acarretar. As condições da Categoria 2 fazem com que o método não seja a primeira escolha e, se usado, um acompanhamento mais cuidadoso faz-se necessário.
- **Categoria 3:** os riscos comprovados e teóricos decorrentes do uso do método, em geral, superam os benefícios. Quando há condição da Categoria 3 para um método, este deve ser o de última escolha e, caso seja escolhido, é necessário acompanhamento rigoroso da(o) usuária(o).
- **Categoria 4:** o método não deve ser usado, pois apresenta risco inaceitável.

Considerando que as situações que se enquadram na Categoria 3 exigem acompanhamento rigoroso, recomenda-se adaptar a classificação da OMS supramencionada, de modo a englobar as Categorias 3 e 4 como a categoria em que o método não deve ser usado.

11.3.1 QUADRO I – CATEGORIAS DA OMS PARA OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

CATEGORIA	AValiação CLÍNICA	PODE SER USADO?
Categoria 1	Pode ser usado em qualquer circunstância.	SIM
Categoria 2	Uso permitido, em geral.	
Categoria 3	O uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.	NÃO
Categoria 4	Não deve ser usado (risco inaceitável).	

Fonte: OMS (2009).

11.3.2 QUADRO II – CATEGORIAS DA OMS PARA OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICON-CEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 A: 2	1
Idade >= 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção)
Amamentação: menos de 6 sem do parto	4	4	3	3	D: 1 E: 3	1 (diafragma não aplicável se <= 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 sem a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F: 4 G: 2	1
Fumo: <35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; <= 15 cigarros/dia.	3	3	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; > 15 cigarros/dia.	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HAS)
HAS controlada em acompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg	3	3	2	1	1	1

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1
História atual de TEP/ TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	¾	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca sem aura (>= 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	
Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	
Uso atual de anticonvulsivantes**	3	2	1	3	1	

Fonte: OMS (2010).

Legenda: A – O DIU de cobre é categoria 2 para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão (maior índice de nuliparidade) e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair IST.

B – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez.

C – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez, MAS ainda não está definida a relação entre o uso do acetato de medroxiprogesterona na gravidez e os efeitos sobre o feto.

D – O DIU de cobre é categoria 1 se: a) For introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal (cat. 4); b) For introduzido após quatro semanas do parto.

E – O DIU de cobre é categoria 3 se introduzido entre 48 horas e quatro semanas após o parto.

F – Categoria 4 para colocação de DIU de cobre em casos de DIP atual, cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia.

G – Em quaisquer casos, inclusive DIP atual, o DIU de cobre é categoria 2, se o caso for continuação do método (usuária desenvolveu a condição durante sua utilização), ou se forem outras IST que não as listadas na letra.

Notas:

* Anticoncepcionais com dose menor ou igual a 35 mcg de etinilestradiol.

** Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.

*** Anticonvulsivantes: fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos, primidona. Não entra nessa lista o ácido valproico.

11.3.3 QUADRO III – TAXA DE FALHA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS -

Índice de Pearl*

MÉTODO	USO TÍPICO** (EFETIVIDADE DO MÉTODO)	USO PERFEITO (EFICÁCIA DO MÉTODO)	MANUTENÇÃO DO USO APÓS 1 ANO
Sem método	85	85	
Diafragma com espermicida	16	6	57
Preservativo feminino	21	5	49
Preservativo masculino	15	2	53
AOC			
Minipílula (durante lactação)	8	0,3	68
Injetável de progestágeno	3	0,3	56
Injetável combinado	3	0,05	56
DIU de cobre	0,8	0,6	78
Esterilização feminina	0,5	0,5	100
Esterilização masculina	0,15	0,10	100

Fonte: OMS (2010).

Notas:

* O índice de Pearl avalia a eficácia de um método (nº de falhas que ocorreram com a utilização de determinado método ao fim de um ano em 100 mulheres). Quanto menor o índice de Pearl, maior é a eficácia de um método. Métodos de maior eficácia são aqueles com índice de Pearl menor que 1 (coloridos de laranja nesta sessão).

** Uso típico – é a forma costumeira, corriqueira, habitual do uso do método e que está sujeita a esquecimento, vômitos, diarreia etc.

Observação: método contraceptivo é considerado *método de apoio* quando é associado àquele que já em uso para se potencializar a efetividade da anticoncepção. Exemplos: métodos comportamentais como a abstenção sexual, preservativo masculino e feminino.

11.3.4 DIAFRAGMA

Inicialmente, é necessário exame ginecológico para afastar alterações que possam inviabilizar seu uso, tais como anormalidades anatômicas da vagina, colo e útero, prolapso uterino, cisto ou retocelos pronunciadas, retroversão uterina acentuada e fistulas vaginais.

A mulher pode começar a usar o diafragma a qualquer momento durante o ciclo menstrual. Entretanto, não pode ser ajustado antes de 6 a 12 semanas após um parto a termo ou um aborto no segundo trimestre. O ajuste somente poderá ser feito quando o colo e o útero retornarem ao tamanho normal.

Algumas considerações importantes sobre o uso do diafragma:

- O diafragma deve ser colocado em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato entre o pênis e a vagina.
- Pode ser colocado na hora da relação sexual ou, no máximo, duas horas antes.
- Pode ser usado com ou sem geleia espermicida.
- O diafragma só deve ser retirado de seis a oito horas após a última relação sexual, não devendo permanecer mais de 24 horas, com a finalidade de se evitar efeitos colaterais.
- Quando a mulher está bem orientada, a colocação do diafragma é tão simples quanto a de uma lente de contato e não dói.
- Não deve ser usado durante a menstruação.
 - Tamanhos: 65 mm, 70 mm, 75 mm e 80 mm.

11.3.5 DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

O DIU com cobre é feito de polietileno estéril radiopaco e revestido com filamentos e/ou anéis de cobre, enrolado em sua haste vertical, sendo que o modelo TCU-380 A também tem anéis de cobre em sua haste horizontal.

❖ **Categoria 1/ o método pode ser usado sem restrições:**

- Quatro semanas ou mais após o parto.
- Pós-aborto (primeiro trimestre).

- Idade de 20 anos ou mais.
- Fumante (qualquer idade).
- Hipertensão:
 - ✓ História de hipertensão, onde a pressão sanguínea não pode ser diagnosticada.
 - ✓ Hipertensão arterial.
 - ✓ História de pré-eclâmpsia.
 - ✓ Hipertensão adequadamente controlada, onde a pressão sanguínea pode ser diagnosticada.
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (como idade avançada, fumo, hipertensão e diabetes).
- Diabetes:
 - ✓ História de diabetes gestacional.
 - ✓ Diabetes (insulinodependente ou não).
 - ✓ Diabetes com lesão vascular ou duração maior que 20 anos.
- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual ou no passado.
- História familiar de doença tromboembólica (parentesco de 1º grau).
- Cirurgias:
 - ✓ Cirurgia de grande porte com ou sem imobilização prolongada.
 - ✓ Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Tromboflebite superficial.
- Doença cardíaca isquêmica atual ou passada.
- AVC.
- Hiperlipidemias.
- Doença cardíaca valvular complicada ou não.
- Cefaleia e enxaqueca com ou sem sintomas neurológicos focais.
- Nódulo mamário sem diagnóstico.
- Doença mamária benigna.
- Câncer de mama atual ou no passado.

- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Neoplasia intraepitelial cervical – NIC.
- Sangramento vaginal irregular não volumoso.
- Doença inflamatória pélvica no passado, sem fatores de risco para DST, com gravidez subsequente.
- Doença biliar sintomática ou assintomática.
- História de colestase relacionada à gravidez ou ao uso de anticoncepcional oral combinado.
- Hepatite:
 - ✓ Hepatite viral aguda.
 - ✓ Portador assintomático de hepatite viral.
- Cirrose hepática compensada ou descompensada.
- Tumor hepático benigno ou maligno.
- Antecedente de gravidez ectópica.
- Obesidade: IMC maior ou igual a 30 kg/m².
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Epilepsia.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática.
- Malária.
- Uso de qualquer antibiótico, inclusive rifampicina e griseofulvina.
- Uso de anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona).
- Multiparidade.
- Tuberculose não pélvica.
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- Cirurgia pélvica no passado.

❖ **Categoria 2: o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da Categoria 2 devem ser**

consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

- Menos de 48 horas pós-parto (lactante ou não): há aumento do risco para expulsão do DIU.
- Pós-aborto no segundo trimestre: há alguma preocupação sobre o risco de expulsão após aborto no segundo trimestre.
- Menarca até < 20 anos: há aumento do risco de expulsão em mulheres jovens devido à nuliparidade e o risco de DST deve ser considerado.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana subaguda, uso de anticoagulação): é aconselhável o uso de antibioticoprofilaxia antes da inserção, se a mulher não está usando antibióticos regularmente.
- Sangramento volumoso e prolongado: se há anemia – Categoria 3.
- Sangramento vaginal inexplicado (para continuação do uso): não é necessário remover o DIU antes da avaliação.
- Passado de doença inflamatória pélvica, sem fatores de risco atuais e sem gravidez subsequente: o risco atual de DST e o desejo de gravidez são fatores relevantes na escolha do método.
- Vaginite sem cervicite purulenta.
- Mioma uterino, sem distorção da cavidade uterina: miomas uterinos preexistentes podem distorcer a cavidade uterina e dificultar o correto posicionamento do DIU.
- Talassemia.
- Anemia falciforme.
- Anemia ferropriva: o DIU pode aumentar a perda sanguínea.
- Nuliparidade: está associada com aumento do risco para expulsão.
- Alterações anatômicas que não distorcem a cavidade uterina ou não interferem com a inserção do DIU (incluindo estenose ou lacerações de colo).
- Dismenorreia grave: pode haver piora da dismenorreia.
- Endometriose.

❖ **Categoria 3 e 4: o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.**

- 48 horas a 4 semanas após o parto: existe aumento do risco de perfuração uterina em inserções entre 48 horas e 28 dias pós-parto.
- Risco aumentado para DST/HIV: existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica.
- Aids: para iniciar o uso, essa condição enquadra-se na Categoria 3. Para continuação de uso, enquadra-se na Categoria 2. Se a mulher estiver clinicamente bem, mas em terapia ARV, essa condição enquadra-se na Categoria 2.
- Tuberculose pélvica: existe aumento do risco para infecção secundária e sangramento.
- Câncer de ovário.
- Gravidez: nenhum método é indicado durante a gravidez. O uso de DIU durante a gravidez aumenta bastante o risco para abortamento espontâneo e aborto séptico.
- Infecção puerperal.
- • Após aborto séptico.
- Sangramento vaginal inexplicado (suspeita de condições sérias), antes do diagnóstico: se há suspeita de gravidez ou alguma condição clínica subjacente, deve-se investigar e a classificação da categoria deve ser avaliada após o diagnóstico. Não é necessário remover o DIU durante a investigação.
- Câncer de colo uterino: pode aumentar o risco para infecção e sangramento durante a inserção, que pode piorar a situação; o DIU deve ser removido ao começar o tratamento.
- Câncer de endométrio: pode aumentar o risco para infecção, perfuração e sangramento durante a inserção, que podem piorar a condição; o DIU deve ser removido ao começar o tratamento.
- Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos três meses (para iniciar o uso): o DIU aumenta muito o risco de doença inflamatória pélvica para essas mulheres. Há sérias preocupações de que o DIU possa piorar uma DIP. Uma DIP recente é forte fator de risco para uma DIP subsequente. A continuação de uso

depende dos fatores de risco da mulher para DST e DIP e deve ser uma decisão informada.

- Doença sexualmente transmissível atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta: há sérias preocupações sobre o aumento do risco de DIP em mulheres com DST, ou em alto risco para elas, que inserem DIU.
- Doença trofoblástica benigna e maligna: há risco maior de perfuração uterina porque o tratamento da condição inclui curetagens repetidas.
- Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina: o correto posicionamento do DIU na cavidade uterina pode ser impossível.
- Mioma uterino com distorção da cavidade uterina.

❖ INSERÇÃO:

Momento apropriado para iniciar o uso:

- Mulher menstruando regularmente:

-- O DIU pode ser inserido a **qualquer momento durante o ciclo menstrual** (menstruada ou não), desde que haja certeza de que a mulher não esteja grávida, que não tenha malformação uterina e não existam sinais de infecção.

-- O DIU deve ser inserido, preferencialmente, durante a menstruação, pois tem algumas vantagens: se o sangramento é menstrual, a possibilidade de gravidez fica descartada; a inserção é mais fácil pela dilatação do canal cervical; qualquer sangramento causado pela inserção não incomodará tanto a mulher; a inserção pode causar menos dor.

- Após o parto:

-- O DIU pode ser inserido durante a permanência no hospital, se a mulher já havia tomado essa decisão antecipadamente. O momento mais indicado é logo após a expulsão da placenta. Porém pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto, embora a taxa de expulsão, nesses casos, seja em torno de 20%. Passado esse período, deve-se aguardar, pelo menos, quatro semanas. Destaca-se que é necessário treinamento especial para evitar perfurações uterinas e mau posicionamento, que pode levar à expulsão do DIU. Múltiplas cesáreas anteriores (3 ou mais) aguardar 6 meses para a inserção.

- Após aborto espontâneo ou induzido:

-- Imediatamente, se não houver infecção, embora a taxa de expulsão seja de 25%.

-- Se houver infecção, tratar e orientar para a escolha de outro método eficaz. O DIU pode ser inserido após três meses, se não houver mais infecção e a mulher não estiver grávida.

- Quando quer interromper o uso de outro método anticoncepcional:

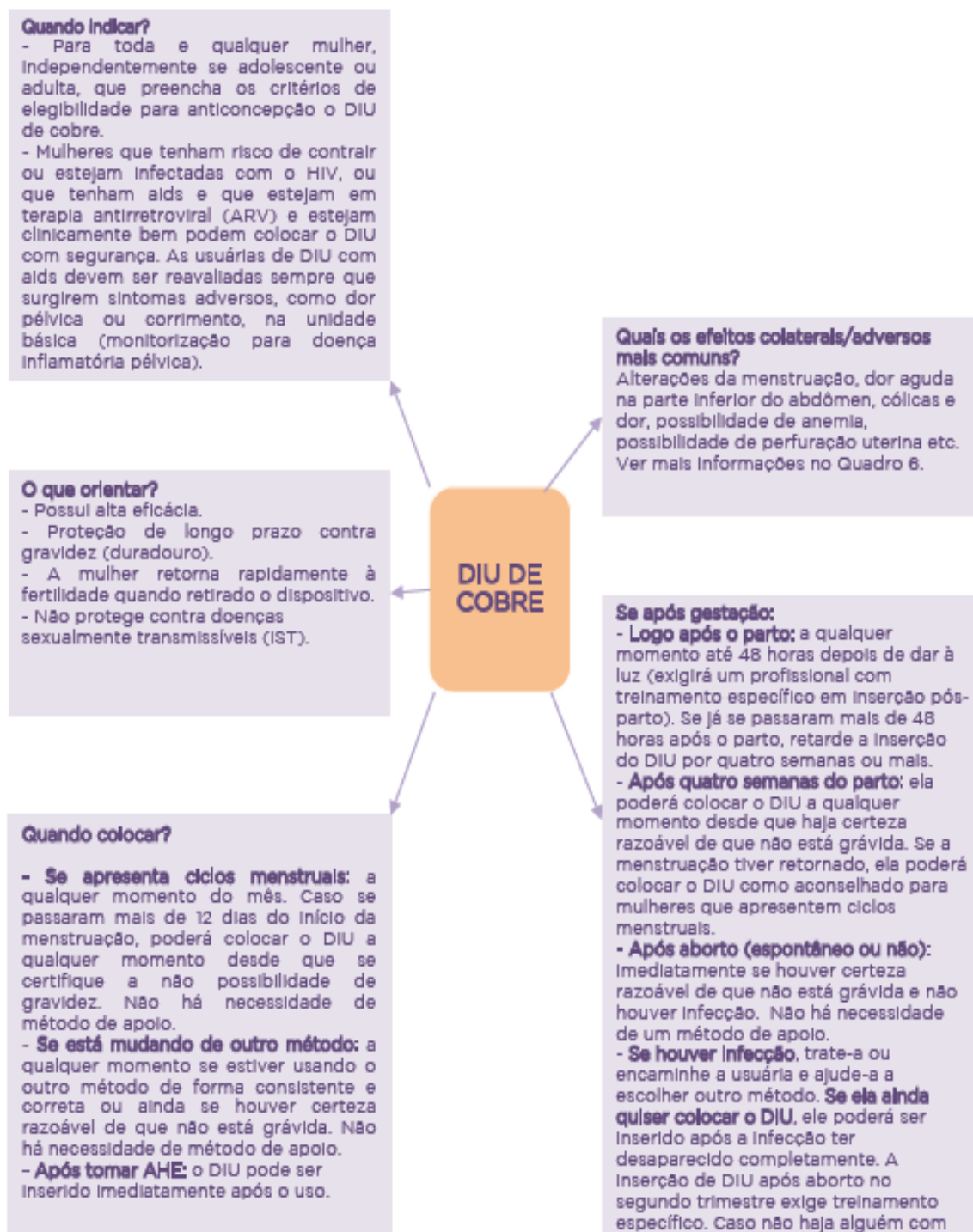
-- Imediatamente.

❖ **REMOÇÃO:**

O TCu-380 A dura 12 anos após a sua inserção, mas pode ser retirado a qualquer momento, se a mulher assim desejar ou se apresentar algum problema. A remoção do DIU é relativamente simples. Pode ser feita em qualquer momento do ciclo menstrual, embora possa ser um pouco mais fácil durante a menstruação, quando o canal cervical está dilatado. O DIU deve ser removido, por indicação clínica, nos casos de:

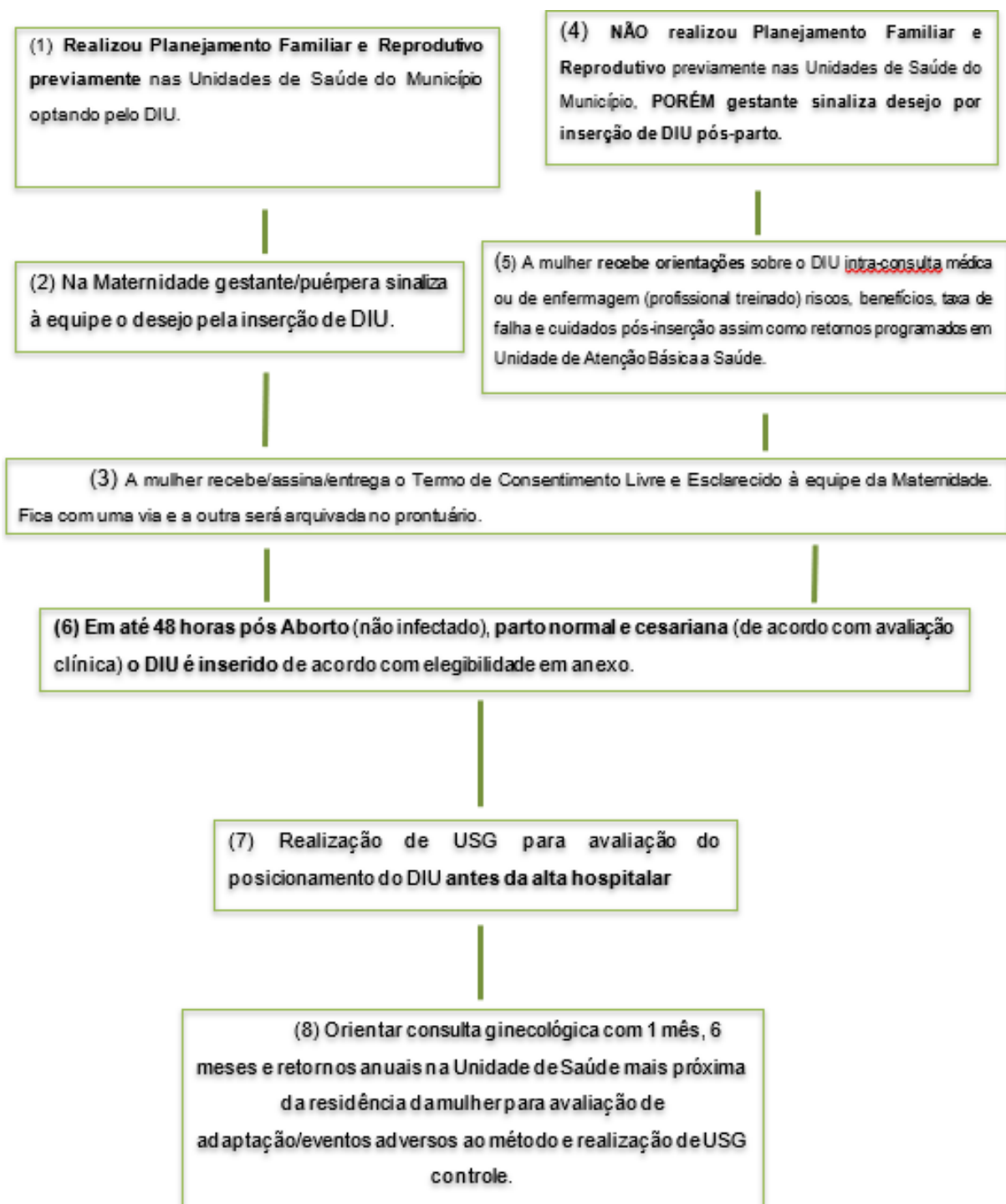
- Doença inflamatória pélvica aguda, após o início de antibioticoterapia adequada.
- Gravidez. É necessário certificar-se de que a gravidez é tópica. Quando o fio não está exposto, a mulher deve ser encaminhada para o serviço de atenção à gestação de alto risco. Quando o fio do DIU é visível e a gestação não ultrapassa as 12 ou 13 semanas, a remoção deve ser imediata. A mulher deve ser informada sobre os riscos de manter o DIU durante a gestação, para que possa decidir sobre a conduta a ser adotada.
- Sangramento vaginal anormal e volumoso que põe em risco a saúde da mulher.
- Perfuração do útero.
- Expulsão parcial do DIU.
- Após um ano da menopausa

11.3.5.1 FLUXOGRAMA I – DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)



Nota: A inserção de DIU pode ser realizada por médico(a) e enfermeiro(a). O enfermeiro, após treinamento e cumprindo o disposto na Resolução COFEN nº 358/2009, está apto a realizar consulta clínica e a prescrever e inserir o DIU como ações intraconsulta.

**11.3.5.2 FLUXOGRAMA II – FLUXO PARA INSERÇÃO DE DIU NAS
MATERNIDADES SANTA CRUZ DA SERRA/ HOSPITAL MUNICIPALIZADO
ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN**



**LEGENDA DO FLUXO PARA INSERÇÃO DE DIU NAS MATERNIDADES SANTA CRUZ DA SERRA/
HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN**

- (1) **Realizou Planejamento** Familiar e Reprodutivo **previamente** nas Unidades de Saúde do Município optando pelo DIU onde recebeu o Certificado de Participação do Planejamento Familiar e o Termo para Inserção de DIU.
- (2) A gestante sinaliza à equipe da Maternidade o desejo pela inserção de DIU.
- (3) A mulher que realizou Planejamento Familiar e Reprodutivo entrega o Termo assinado (em duas vias) e a que não realizou recebe/assina/entrega o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à equipe da Maternidade. A mulher fica com uma via e a outra será arquivada no prontuário.
- (4) A gestante que **NÃO realizou Planejamento Familiar e Reprodutivo** previamente nas Unidades de Saúde do Município, **PORÉM DESEJA** inserir o DIU poderá ter acesso à inserção de DIU sinalizando a equipe da maternidade.
- (5) A mulher recebe orientações sobre o DIU intra-consulta médica ou de enfermagem (profissional treinado) a respeito dos benefícios, riscos, eventos adversos, taxa de falha e cuidados pós inserção como a importância do seguimento de controle com retornos programados em Unidade de Atenção Básica a Saúde.
- (6) **Em até 48 horas pós-aborto** (não infectado), **parto normal e cirurgia cesariana (de acordo com avaliação clínica), o DIU é inserido** de acordo com elegibilidade em anexo. O DIU pode ser inserido durante a permanência no hospital, dentro do prazo de 48 horas ou agendar a inserção para 30 dias após o parto e retornar à maternidade para o procedimento.

No pós-parto, o momento mais indicado é logo após a expulsão da placenta. Porém pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto, embora a taxa de expulsão, nesses casos, seja em torno de 20%. Passado esse período, deve-se aguardar, pelo menos, quatro semanas. **Múltiplas cesáreas anteriores (3 ou mais) aguardar 6 meses para a inserção.**

No pós-aborto espontâneo ou induzido o momento mais indicado é:


- Imediatamente, se não houver infecção, embora a taxa de expulsão seja de 25%.
 - Se houver infecção, tratar e orientar para a escolha de outro método eficaz. O DIU pode ser inserido após três meses, se não houver mais infecção e a mulher não estiver grávida.
- (7) Realização de USG para avaliação do posicionamento do DIU antes da alta hospitalar na própria maternidade.
- (8) Orientar **retorno em 30 e 180 dias** e posteriormente, **anual na Unidade de Saúde mais próxima da residência** da mulher para avaliação de adaptação/eventos adversos ao método e realização de USG controle anual. O DIU poderá ser retirado quando a **mulher optar** pela interrupção do método (a qualquer momento) com remoção imediata nos Serviços de Ginecologia da Rede ou **a critério clínico**.

A remoção do DIU é relativamente simples. Pode ser feita em qualquer momento do ciclo menstrual, embora possa ser um pouco mais fácil durante a menstruação, quando o canal cervical está dilatado. O DIU deve ser removido, por indicação clínica, nos casos de:

- Doença inflamatória pélvica aguda, após o início de antibioticoterapia adequada.
- Gravidez. É necessário certificar-se de que a gravidez é tópica. Quando o fio não está exposto, a mulher deve ser encaminhada para o serviço de atenção à gestação de alto risco. Quando o fio do DIU é visível e a gestação não ultrapassa as 12 ou 13 semanas, a remoção deve ser imediata. A mulher deve ser informada sobre os riscos de manter o DIU durante a gestação, para que possa decidir sobre a conduta a ser adotada.
- Sangramento vaginal anormal e volumoso que põe em risco a saúde da mulher.
- Perfuração do útero.
- Expulsão parcial do DIU.
- Após um ano da menopausa.

11.3.5.3 ANEXOS

11.3.5.3.1 – ANEXO I – CERTIFICADO DA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE EDUCATIVA DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO INDIVIDUAL OU EM GRUPO



PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Certificado de Conclusão do Planejamento Reprodutivo

Certificamos que _____
participou de atividades educativas de planejamento reprodutivo na unidade
de saúde _____

Duque de Caxias ____ de _____ de ____

Assinatura e carimbo do profissional

- ❖ Fornecer o certificado ao final da atividade educativa individual ou em grupo, sobre planejamento reprodutivo.

11.3.5.3.2 – ANEXO II – TERMO DE MANIFESTAÇÃO DA VONTADE PARA INSERÇÃO DE DIU



PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER

TERMO DE MANIFESTAÇÃO DA VONTADE PARA A INSERÇÃO DE DIU

Eu, _____ afirmo que estou participando do Programa de Planejamento Familiar e Reprodutivo da Secretaria Municipal da Saúde de Duque de Caxias, na Unidade de Saúde _____, e declaro que fui informada sobre as indicações, contra indicações, índices de falhas e eficácia dos métodos anticoncepcionais recomendados pela Organização Mundial de Saúde e disponíveis e liberadas para uso neste país.

Efeitos Colaterais:

1. Aumento do fluxo menstrual;
2. Cólicas uterinas de forte intensidade no período menstrual ou fora dele;
3. Sangramento uterino irregular.

Complicações:

1. Perfuração do útero no momento da colocação, caso isso ocorra pode ser necessário um procedimento cirúrgico com abertura da barriga para retirada ou por videolaparoscopia para retirada do DIU da cavidade abdominal;
2. Deslocamento do DIU de sua posição original dentro da cavidade uterina, motivo pelo qual há necessidade de se realizar ultrassonografia transvaginal após a sua colocação, antes de confiar no método para evitar a gravidez. No caso do DIU estar mal posicionado, ele deve ser removido;
3. Falha do método com ocorrência de uma gravidez. Neste caso a gravidez é considerada de alto risco aumentando a possibilidade de abortamento, trabalho de parto prematuro (nascimento da criança antes da hora correta) e rotura prematura de membranas (romper a bolsa durante a gravidez);
4. Não oferece proteção da ocorrência de uma prenhez ectópica (gravidez fora do útero, geralmente nas trompas).

Eficácia:

Todo método anticoncepcional é avaliado por um índice chamado de Índice de Pearl que afere o risco de falha do método no período de um ano em um grupo de 100 mulheres. No caso do DIU de cobre este índice é de 0,8 mulheres/ano, ou seja, em cada 1.000 mulheres, 8 irão engravidar no período de um ano dentro das usuárias do DIU de cobre.

Tempo de ação:

A duração do DIU utilizado T Cu 380 A é de 12 anos a partir da data da colocação.

Receberei gratuitamente o DIU e comprometo-me a retornar regularmente para controle e adequação do método, de acordo com o Protocolo de Planejamento Familiar em 30 e 180 dias; e após, a cada ano. Entendi que sou livre para interromper ou não o uso do método e que este DIU colocado em ___/___/___ tem validade de 12 anos e deve ser retirado até ___/___/___ . Fui informada também que em caso de dor em baixo ventre, secreção vaginal anormal ou purulenta ou sangramento excessivo, ausência de menstruação ou qualquer sinal ou sintoma de gravidez devo me dirigir à Unidade de Saúde mais próxima onde receberei atendimento e encaminhamentos que se fizerem necessários.

Declaro que fui esclarecida sobre o conteúdo acima, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e ciente de efeitos colaterais, complicações, eficácia e tempo de ação, solicito a realização da inserção do DIU no dia de hoje. Estando de pleno acordo com o procedimento. Declaro que assinei este termo em duas vias (uma via deverá ser anexada ao prontuário e outra me foi entregue).

Usuária: _____ RG: nº _____

Profissional que realizou a inserção do DIU: _____

Duque de Caxias, ___/___/____.

- ❖ uma via do impresso deverá ser entregue ao usuário e a outra via deverá ser arquivada no prontuário da Unidade de Saúde que realizou o procedimento

11.3.6 HORMONAIS

- Noretisterona 0,35 mg - Cartela c/ 35 comp. (contraceptivo uso contínuo - mipílula)
- Medroxiprogesterona 150mg/ml – Ampola (contraceptivo injetável trimestral)
- Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg - Cartela c/ 21 comp. (Pílula combinada de baixa dosagem)
- Noretisterona 50 mg + Estradiol 5 mg – Ampola (contraceptivo injetável mensal)
- Levonorgestrel 0,75 mg - Cartela c/ 2 comp. (contraceptivo de emergência- pílula do dia seguinte)

❖ CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DE MÉTODOS / ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSAGEM (Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg)

❖ Categoria 1- o método pode ser usado sem restrições:

- Desde a menarca aos 40 anos de idade – há preocupações teóricas sobre o uso da pílula combinada entre adolescentes muito jovens, que não tem evidência científica. Por sua vez, o risco de doenças cardiovasculares aumenta com a idade e pode também aumentar com o uso da pílula combinada. Na ausência de condições clínicas adversas, elas podem ser usadas até a menopausa.
- Nuliparidade ou multiparidade.
- 21 dias pós-parto ou mais, em mulheres que não amamentam – há preocupações teóricas sobre a associação entre uso de anticoncepcionais orais combinados antes de três semanas após o parto e o risco de trombose na mãe. A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se três semanas após o parto.

- Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto infectado) – a pílula pode ser usada imediatamente após o aborto.
- Antecedente de gravidez ectópica – a pílula combinada tem efeito protetor contra gravidez ectópica.
- Antecedente de cirurgia pélvica.
- História de diabetes gestacional.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Cefaléia leve.
- Epilepsia – a condição em si não restringe o uso da pílula. Entretanto, algumas drogas anticonvulsivantes podem diminuir a eficácia da pílula.
- Sangramento vaginal, irregular, não volumoso ou volumoso e prolongado – modificações no padrão menstrual são comuns em mulheres na idade reprodutiva. A pílula pode reduzir a perda sanguínea.
- Endometriose – a pílula pode aliviar os sintomas de endometriose.
- Tumores ovarianos benignos (incluindo cistos).
- Dismenorreia grave – a pílula pode aliviar os sintomas.
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- Doença mamária benigna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Câncer de ovário ou de endométrio, no período em que a mulher está aguardando tratamento – o uso da pílula reduz o risco para câncer de ovário ou de endométrio. Enquanto aguarda tratamento, a mulher com alguma dessas condições pode continuar usando a pílula. Em geral, o tratamento da doença deixa a mulher infértil.
- Mioma uterino – a pílula combinada não produz aumento dos miomas uterinos.

- Doença inflamatória pélvica no passado, com ou sem gravidez subsequente, ou atual – a pílula reduz o risco para doença inflamatória pélvica, mas não protege contra DST/HIV/Aids.

❖ **Categoria 2- o método pode ser usado com restrições.**

- **As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário:**

- Amamentação – iniciar seis meses ou mais pós-parto.
- Idade maior ou igual a 40 anos – o risco de doença cardiovascular aumenta com a idade e pode ser maior com o uso da pílula. Na ausência de condições clínicas desfavoráveis, pode ser usada até a menopausa.
- Fumante com menos de 35 anos de idade.
- Obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m²) – obesidade é fator de risco para tromboembolismo venoso.
- História de hipertensão gestacional (se a pressão arterial atual é normal) – alguns estudos sugerem que mulheres com antecedente de hipertensão gestacional usuárias de pílula podem apresentar aumento do risco para infarto e tromboembolismo venoso.
- Diabetes sem doença vascular (insulinodependente ou não) – embora a pílula possa afetar a tolerância a carboidratos, é maior a preocupação se há doença vascular com risco adicional de trombose.
- Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada.
- Tromboflebite superficial.
- Hiperlipidemias – categoria 2/3 – algumas hiperlipidemias são fatores de risco para doença cardiovascular. A categoria deve ser avaliada de acordo com o tipo e a gravidade.
- Doença cardíaca valvular não complicada – o uso da pílula por mulheres portadoras de doença cardíaca valvular aumenta o risco para trombose arterial.

- Cefaleia leve ou grave, exceto enxaqueca (para continuação do uso).
- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação) – avaliar a categoria após a investigação.
- Nódulo mamário sem diagnóstico – a grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva é benigna; a investigação deve ser o mais rápida possível.
- Neoplasia cervical intraepitelial (NIC) – existe alguma preocupação de que o uso da pílula possa, a longo prazo, acelerar a progressão de NIC para doença invasiva.
- Câncer de colo uterino, aguardando tratamento.
- Doença da vesícula biliar tratada com cirurgia ou assintomática.
- Antecedente de colestase associada à gravidez – história de colestase associada à gravidez pode indicar aumento do risco para colestase associada à pílula.
- Anemia falciforme – mulheres com anemia falciforme são predispostas à oclusão da circulação microvascular. A pílula combinada pode afetar a coagulação, a viscosidade sanguínea e a frequência e gravidade das crises falciformes.

❖ Categorias 3 e 4 - o método não deve ser usado (Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método):

- Lactantes com menos de seis semanas após o parto e entre seis semanas e menos de seis meses pós-parto – nos primeiros seis meses pós-parto, o uso do anticoncepcional oral combinado diminui a quantidade e a qualidade do leite e pode afetar adversamente a saúde da criança.
- < 21 dias pós-parto (não lactantes) – há preocupações teóricas sobre a associação entre uso de anticoncepcionais orais combinados antes de três semanas pós-parto e o risco de trombose na mulher. A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se em torno de três semanas pós-parto.

- Idade maior ou igual a 35 anos e fumante.
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular, como idade avançada, fumo, diabetes e hipertensão arterial – quando uma mulher apresenta múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular simultaneamente, o uso do anticoncepcional oral combinado pode aumentar o risco até um nível inaceitável.
- História de hipertensão arterial, onde a pressão arterial não pode ser avaliada, incluindo história de hipertensão gestacional.
- Hipertensão adequadamente controlada, onde a pressão arterial pode ser avaliada.
- Hipertensão arterial: PA sistólica 140-159 ou PA diastólica 90-99 ou níveis pressóricos mais elevados.
- Cardiopatia isquêmica.
- Antecedente de acidente vascular cerebral – AVC.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana).
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade menor que 35 anos (para continuação do uso) – mulheres portadoras de enxaqueca com sintomas neurológicos focais apresentam maior risco para AVC do que as assintomáticas. Além disso, o uso do anticoncepcional oral combinado aumenta em até 2-4 vezes o risco para AVC entre mulheres com enxaqueca.
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade maior ou igual a 35 anos (para início de uso) – mulheres portadoras de enxaqueca com sintomas neurológicos focais apresentam maior risco para AVC do que as assintomáticas. Além disso, o uso do anticoncepcional oral combinado aumenta em até 2-4 vezes o risco para AVC entre mulheres com enxaqueca.
- Enxaqueca com sinais neurológicos focais.
- Câncer de mama atual ou no passado ou sem evidência de doença nos últimos cinco anos – pode haver aumento do risco de progressão da doença em mulheres com câncer de mama atual ou no passado.

❖ CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DE MÉTODOS / ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL APENAS DE PROGESTOGÊNIO – MINIPÍLULA (Noretisterona 0,35 mg) E INJETÁVEL TRIMESTRAL (MEDROXIPROGESTERONA)

❖ Categoria 1/ o método pode ser usado sem restrições:

- Lactantes: iniciar seis semanas após o parto.
- Não lactantes: podem ser iniciados com menos de 21 dias ou 21 dias ou mais – os anticoncepcionais apenas de progestogênio podem ser iniciados imediatamente após o parto.
- Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto séptico): podem ser iniciados imediatamente após o aborto.
- Idade de 18 anos a 45 anos – para mulheres com menos de 18 anos, há preocupação teórica em relação ao efeito hipoestrogênico, especialmente do AMP-D. Nova evidência: três estudos sobre o uso de norplant, um em adolescentes e dois em adultas, mostraram não haver diminuição de densidade óssea em usuárias de longo tempo, comparadas com não usuárias. Para mulheres com mais de 45 anos, há preocupações teóricas sobre o efeito hipoestrogênico, especialmente do AMP-D, e se as mulheres podem recuperar a perda óssea depois de parar o uso de AMP-D.
- Fumante (qualquer idade).
- História de pré-eclâmpsia, onde a pressão arterial pode ser avaliada e é normal.
- História de diabetes gestacional.
- História familiar de doença tromboembólica (parentesco de primeiro grau).
- Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Tromboflebite superficial.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação auricular, história de endocardite bacteriana subaguda) ou não.

- Cefaleia (do tipo não enxaqueca, leve ou severa).
- Doença mamária benigna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Câncer de ovário ou de endométrio (durante a espera do tratamento. Em geral, o tratamento dessas doenças deixa a mulher infértil).
- Doença inflamatória pélvica (DIP) no passado, com ou sem gravidez subsequente. DIP atual ou nos últimos três meses.
- Doença sexualmente transmissível (DST) atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta, ou risco aumentado para DST (parceiros múltiplos ou parceiro que tem múltiplos parceiros).
- HIV positivo ou Aids ou risco para HIV.
- História de colestase relacionada à gravidez.
- Portador assintomático de hepatite viral – embora seja metabolizado pelo fígado, o progestágeno parece exercer efeito mínimo sobre a função hepática.
- Mioma uterino.
- Obesidade: IMC igual ou $> 30 \text{ kg/m}^2$.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Talassemia.
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- Anemia falciforme.
- Anemia ferropriva.

❖ **Categoria 2/ o método pode ser usado com restrições. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário:**

- Hipertensão arterial adequadamente controlada, onde a pressão arterial pode ser diagnosticada.

- História de hipertensão arterial, onde a pressão arterial não pode ser avaliada (incluindo hipertensão durante a gravidez).
- Idade: desde a menarca até mais de 45 anos.
- História de doença tromboembólica.
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
- Diabetes (insulinodependente ou não).
- Hiperlipidemias.
- Enxaqueca, sem sintomas neurológicos focais e em qualquer idade (para continuação de uso).
- Sangramento vaginal irregular não volumoso, ou volumoso e prolongado.
- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação) – se existe suspeita de gravidez ou alguma condição médica subjacente, deve-se ajustar a categoria após a avaliação, modificando para Categoria 3 e 4.
- Nódulo mamário sem diagnóstico – a grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva é benigna; a investigação deve ser o mais rápida possível.
- Neoplasia cervical intraepitelial (NIC).
- Antecedente de colestase relacionada ao uso de anticoncepcional oral combinado – história de colestase associada ao uso de anticoncepcional oral combinado pode indicar aumento do risco para colestase associada a anticoncepcionais apenas de progestogênio.
- Doença biliar sintomática ou assintomática.
- Cirrose hepática leve (compensada).
- Antecedente de gravidez ectópica – a taxa absoluta de gravidez ectópica é maior com a minipílula do que com outros métodos hormonais, porém menor do que entre mulheres que não usam métodos.

❖ **Categorias 3 e 4/ o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método:**

- Lactantes com menos de seis semanas pós-parto – existe a preocupação com o risco de exposição do recém-nascido aos hormônios esteroides durante as primeiras seis semanas pós-parto.
- Doença tromboembólica atual – teoricamente, o progestágeno pode aumentar o risco para trombose, embora esse risco seja menor do que com os anticoncepcionais hormonais combinados.
- Fatores de risco múltiplos para doença cardiovascular (tais como idade, tabagismo, diabetes e hipertensão).
- Doença cardíaca isquêmica atual ou no passado – existe a preocupação com o efeito hipoestrogênico e com a redução do HDL – colesterol.
- AVC – existe a preocupação com o efeito hipoestrogênico e com a redução do HDL – colesterol.
- Diabetes com doenças vasculares (nefropatia, retinopatia, neuropatia) ou com mais de 20 anos de duração.
- Enxaqueca com sintomas neurológicos focais (em qualquer idade).
- Câncer de mama atual ou no passado e sem evidência de doença nos últimos cinco anos.
- Hepatite viral aguda – existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula combinada.
- Sangramento vaginal inexplicado.
- Cirrose hepática grave (descompensada) – existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula combinada.
- Tumores hepáticos benignos ou malignos – existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula combinada.

- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona) – esses medicamentos são indutores de enzimas hepáticas e podem reduzir a eficácia da minipílula.

❖ **Categoria 1/o método pode ser usado sem restrições:**

- Desde a menarca até os 40 anos de idade – a preocupação teórica sobre o uso de anticoncepcionais injetáveis combinados mensais por adolescentes muito jovens não tem sido cientificamente provada. O risco de doença cardiovascular aumenta com a idade e pode aumentar com o uso dos anticoncepcionais injetáveis combinados mensais.
- Nuliparidade ou multiparidade.
- 21 dias pós-parto ou mais, em mulheres que não amamentam – há preocupações teóricas sobre a associação entre o uso de anticoncepcionais injetáveis combinados antes de três semanas após o parto e o risco de trombose na mãe. A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se três semanas após o parto.
- Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto infectado) – a injeção mensal pode ser usada imediatamente após o aborto.
- Antecedente de gravidez ectópica – o injetável mensal tem efeito protetor contra gravidez ectópica.
- Antecedente de cirurgia pélvica.
- História de diabetes gestacional.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Cefaléia leve.
- Epilepsia.
- Sangramento vaginal, irregular, não volumoso ou volumoso e prolongado – modificações no padrão menstrual são comuns em mulheres na idade reprodutiva. O injetável mensal pode reduzir a perda sanguínea.

- Endometriose – o injetável mensal pode aliviar os sintomas de endometriose.
- Tumores ovarianos benignos (incluindo cistos).
 - Dismenorreia grave – o injetável mensal pode aliviar os sintomas de dismenorreia.
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Câncer de ovário ou de endométrio – o uso do injetável mensal reduz o risco para câncer de ovário ou de endométrio. Enquanto aguarda tratamento, a mulher com alguma dessas condições pode continuar usando o injetável mensal. Em geral o tratamento da condição deixa a mulher infértil.
- Mioma uterino – a pílula combinada parece não causar aumento dos miomas uterinos e espera-se que os injetáveis mensais também não tenham esse efeito.
- Doença inflamatória pélvica (DIP) no passado, com ou sem gravidez subsequente, ou DIP atual ou nos últimos três meses – o injetável mensal reduz o risco para doença inflamatória pélvica, mas não protege contra DST/HIV/Aids.
- Doença sexualmente transmissível (DST) atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta, ou risco aumentado para DST – o injetável mensal reduz o risco para doença inflamatória pélvica, mas não protege contra DST/HIV/Aids.
- Portador assintomático de hepatite viral.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática leve.
- Tuberculose pélvica ou não pélvica.
- Malária.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Anemia ferropriva – o injetável mensal pode reduzir a perda sanguínea.
- Talassemia.

- Antibióticos (excluindo rifampicina ou griseofulvina).

❖ **Categoria 2/ o método pode ser usado com restrições. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário:**

- Amamentação: iniciar seis meses ou mais pós-parto.
- Idade maior ou igual a 40 anos – o risco de doença cardiovascular aumenta com a idade e pode ser maior com o uso do injetável mensal. Na ausência de outras condições clínicas desfavoráveis, o injetável mensal pode ser usado até a menopausa.
- Fumante com menos de 35 anos de idade.
- Obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m²) – fator de risco para tromboembolismo venoso.
- Diabetes sem doença vascular (insulinodependente ou não) – embora o injetável mensal possa afetar a tolerância a carboidratos, é maior a preocupação se há doença vascular com risco adicional de trombose.
- Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada.
- Tromboflebite superficial.
- Hiperlipidemias – categoria 2/3 – algumas hiperlipidemias são fatores de risco para doença cardiovascular. A categoria deve ser avaliada de acordo com o tipo e a gravidade.
- Doença cardíaca valvular não complicada – o uso de anticoncepcionais orais combinados por mulheres portadoras de doença cardíaca valvular aumenta o risco para trombose arterial.
- Cefaleia leve ou grave, do tipo não enxaqueca (para continuação do uso).
- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação) – avaliar a categoria após a investigação.
- Nódulo mamário sem diagnóstico – a grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva é benigna; a investigação deve ser o

mais rápida possível, pois, se o nódulo for maligno, o uso desse método está contraindicado.

- Patologia mamária benigna.
- Neoplasia cervical intraepitelial – NIC – existe alguma preocupação de que o uso dos métodos hormonais combinados possa, a longo prazo, acelerar a progressão de NIC para doença invasiva.
- Câncer de colo uterino, aguardando tratamento.
- Doença da vesícula biliar atual, já tratada com cirurgia ou medicamento, ou assintomática.
- Antecedente de colestase associada à gravidez – diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, os injetáveis mensais têm mínimo efeito sobre a função hepática em mulheres saudáveis e não apresentam a primeira passagem pelo fígado.
- Anemia falciforme – mulheres com anemia falciforme são predispostas à oclusão da circulação microvascular. História familiar de trombose venosa profunda/embolia pulmonar (parentesco de primeiro grau).

❖ **Categorias 3 e 4: o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.**

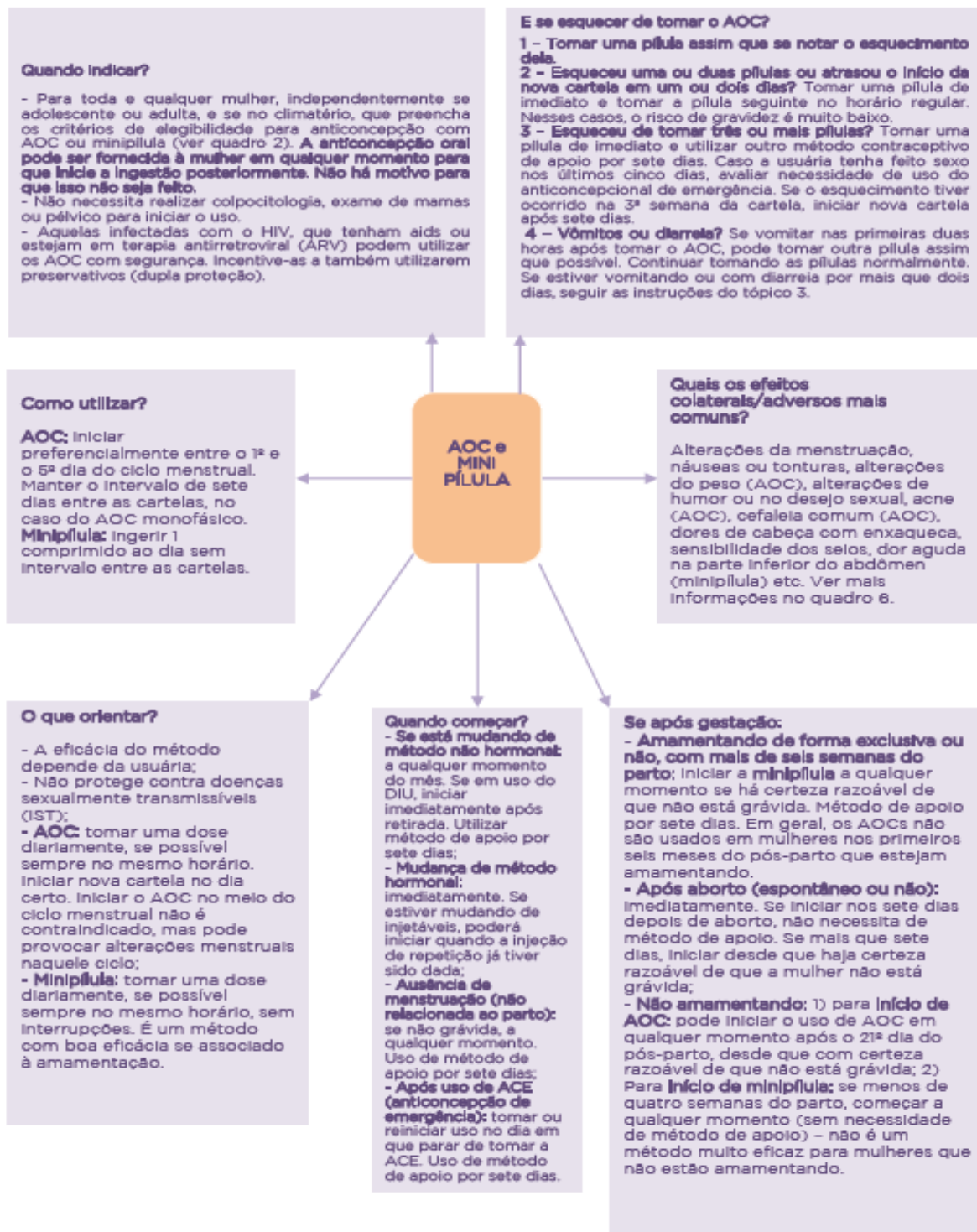
- Lactantes nos primeiros seis meses pós-parto – o uso do anticoncepcional injetável combinado diminui a quantidade de leite materno, diminui a duração da amamentação e pode, conseqüentemente, afetar o crescimento do bebê.
- < 21 dias pós-parto (não lactantes) – há preocupações teóricas sobre a associação entre uso de anticoncepcionais injetáveis mensais antes de três semanas pós-parto e o risco de trombose na mãe. A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se em torno de três semanas pós-parto.
- Idade maior ou igual a 35 anos e fumante.
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (como idade avançada, fumo, diabetes e hipertensão arterial) – quando uma mulher

apresenta múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular simultaneamente, o uso do anticoncepcional injetável mensal pode aumentar o risco até um nível inaceitável.

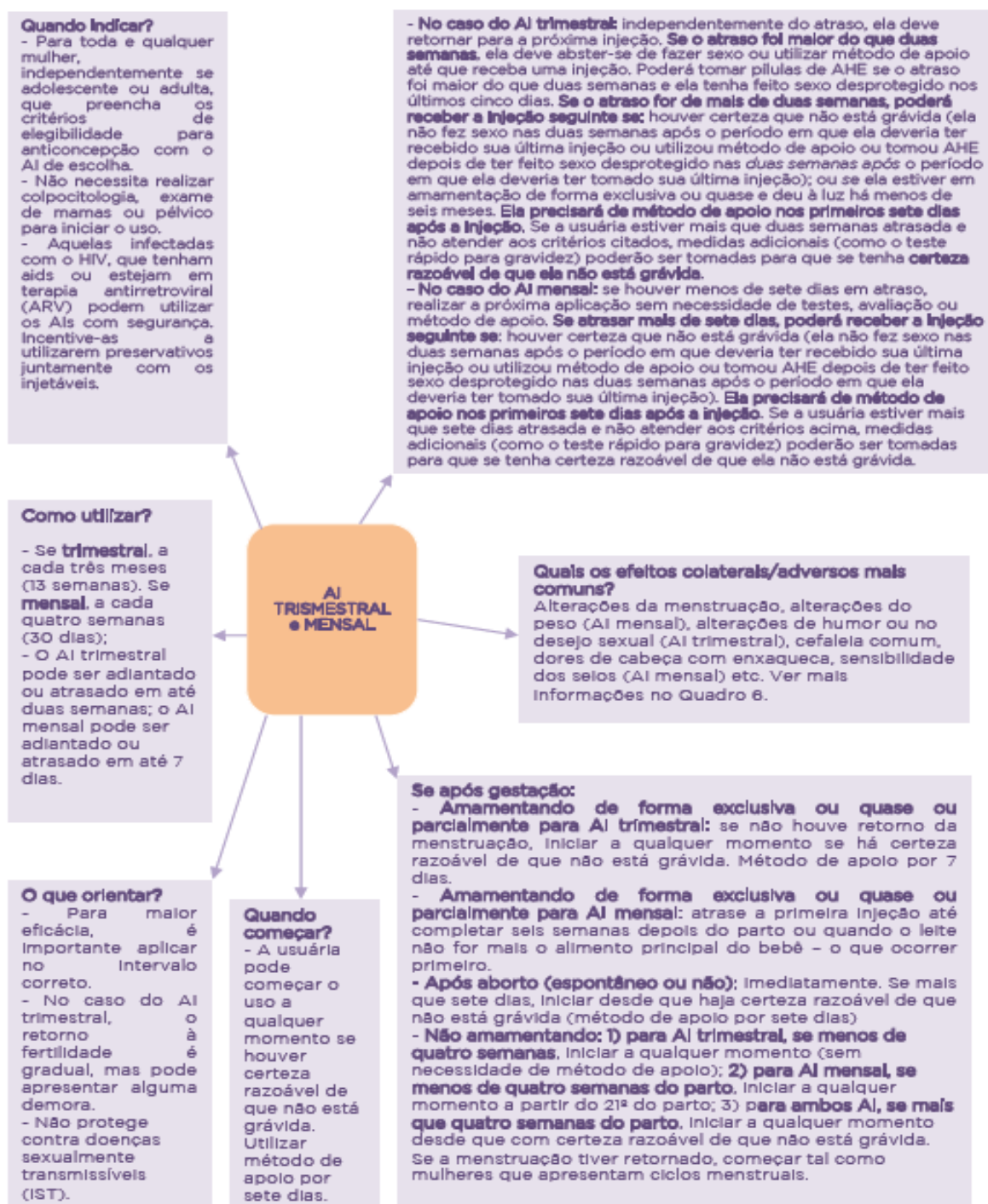
- História de hipertensão arterial, onde a pressão arterial não pode ser avaliada (incluindo história de hipertensão gestacional).
- Hipertensão arterial: PA sistólica 140-159 ou PA diastólica 90-99 ou níveis pressóricos mais elevados.
- Cardiopatia isquêmica.
- Antecedente de acidente vascular cerebral – AVC.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana).
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade menor que 35 anos (para continuação do uso) – mulheres portadoras de enxaqueca com sintomas neurológicos focais apresentam maior risco para AVC do que as assintomáticas. Além disso, o uso do anticoncepcional oral combinado aumenta em até 2-4 vezes o risco para AVC entre mulheres com enxaqueca. Até que ponto isso é igual com anticoncepcionais injetáveis mensais não é conhecido.
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade maior ou igual a 35 anos (para início de uso) – mulheres portadoras de enxaqueca com sintomas neurológicos focais apresentam maior risco para AVC do que as assintomáticas. Além disso, o uso do anticoncepcional oral combinado aumenta em até 2-4 vezes o risco para AVC entre mulheres com enxaqueca. Até que ponto isso é igual com anticoncepcionais injetáveis mensais não é conhecido.
- Enxaqueca com sinais neurológicos focais (em qualquer idade).
- Câncer de mama atual ou no passado ou sem evidência de doença nos últimos cinco anos – pode haver aumento do risco de progressão da doença em mulheres com câncer de mama atual ou no passado.

- Diabetes com mais de 20 anos de duração ou doença vascular (nefropatia, neuropatia, retinopatia).
- História de colestase relacionada ao uso de anticoncepcional oral combinado – pode aumentar o risco para episódios subsequentes.
- Cirrose hepática compensada e descompensada – o anticoncepcional injetável mensal tem mínimo efeito sobre a função hepática em mulheres saudáveis e não apresenta a primeira passagem pelo fígado. Entretanto, os injetáveis mensais são metabolizados no fígado e podem causar efeitos em mulheres com a função hepática já comprometida.
- Hepatite viral em atividade.
- Tumores de fígado malignos ou benignos.
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona) – esses medicamentos são indutores de enzimas hepáticas e reduzem a eficácia do anticoncepcional injetável mensal.
- Trombose venosa profunda em atividade no momento ou no passado.
- Lúpus eritematoso sistêmico.

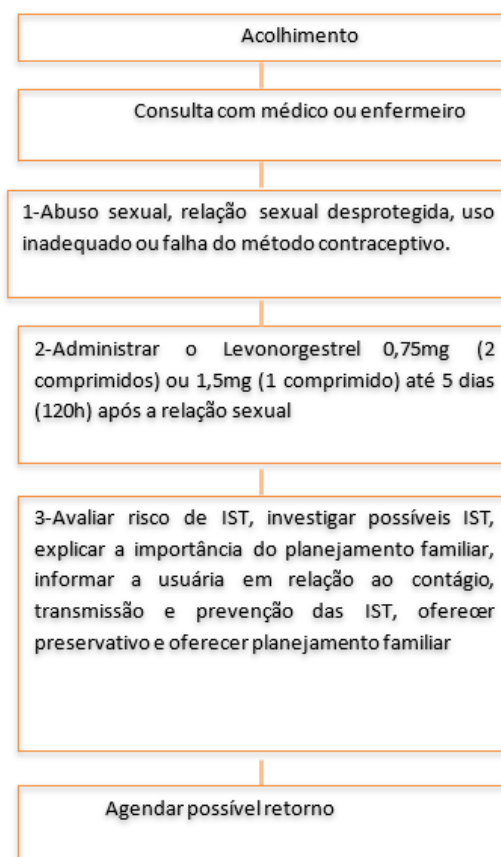
11.3.6.1 FLUXOGRAMA I – ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO (AOC) E MINIPÍLULA



11.3.6.2 FLUXOGRAMA II – ANTICONCEPÇÃO INJETÁVEL (AI) TRIMESTRAL E MENSAL



11.3.6.3 FLUXOGRAMA III – FLUXO DE USO DE CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA



1 – Em caso de abuso sexual proceder com rotina de acompanhamento na Unidade de Saúde, realizar notificação e encaminhar diretamente as usuárias menores de 13 anos ao Hospital Infantil Ismélia da Silveira com guia de referência devidamente preenchida. Usuárias maiores de 13 anos encaminhar diretamente ao SAE no Centro Municipal de Saúde com guia de referência devidamente preenchida.

2 – O uso repetitivo da contracepção de emergência diminui sua eficácia, não sendo, portanto, um método a ser adotado como rotina. Vide contra indicações de uso.

3 – Prosseguir com rotina de atendimento à mulher com suspeita de IST, solicitar testes sorológicos.

➤ LEVONORGESTREL

○ Indicação:

As indicações da anticoncepção de emergência são reservadas a situações especiais e excepcionais. A anticoncepção não deve ser usada de forma planejada, previamente programada, ou substituir método anticonceptivo como rotina. Entre as principais indicações da anticoncepção de emergência, encontram-se: Relação sexual sem uso de anticoncepcional, Falha ou esquecimento do uso de algum método como ruptura do preservativo, esquecimento de pílulas ou injetáveis, deslocamento do DIU ou do diafragma e no caso de violência sexual, se a mulher não estiver usando nenhum método anticoncepcional.

○ Efeitos secundários:

Em geral, os sintomas não persistem além de 24 horas desde o uso. Os efeitos secundários mais comuns são: Náuseas, vômitos, tontura, fadiga, cefaleia, mastalgia, diarreia, dor abdominal e irregularidade menstrual.

○ Modo de uso – instruções às usuárias:

Levonorgestrel (comprimido de 0,75 mg ou comprimido de 1,5 mg): uma forma de realizar a anticoncepção de emergência é com o uso de progestágeno isolado, o levonorgestrel 0,75 mg ou 1,5 mg, na dose total de 1,5 mg, que pode ser administrada em dose única oral de 1,5 mg (dois comprimidos de 0,75 mg ou um comprimido de 1,5 mg) ou duas doses de 0,75 mg administradas com intervalo de 12 horas. A dose única apresenta a vantagem de simplificar o uso, evitando o esquecimento da segunda pílula após 12 horas.

○ O profissional de saúde deve observar os seguintes pontos:

Avaliar com cuidado a possibilidade de gravidez. Se a mulher estiver grávida, não prescrever anticoncepção de emergência. Fornecer as pílulas para a anticoncepção de emergência, quando indicado. Explicar que as pílulas para anticoncepção de emergência podem ser usadas em qualquer momento do ciclo menstrual, porém, para maior eficácia, no tempo mais próximo possível da relação sexual desprotegida. Explicar como se usam os diferentes esquemas de anticoncepção de emergência, a eficácia, os efeitos secundários possíveis e o que fazer em caso de náuseas e vômitos. Explicar que, após tomar as pílulas para anticoncepção de

emergência, a menstruação poderá ocorrer até 10 dias antes ou depois da data esperada, mas numa porcentagem importante dos casos a menstruação ocorre na data esperada com uma variação de três dias para mais ou para menos. Esclarecer que a anticoncepção oral de emergência não é abortiva. Enfatizar que a anticoncepção de emergência não protege contra posteriores relações sexuais desprotegidas, fazendo-se necessária a instituição de método regular para anticoncepção. Explicar que a anticoncepção de emergência não protege contra DST/HIV/Aids. Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado a outro método anticoncepcional, com vistas à dupla proteção. Esclarecer que, caso ocorra gravidez, as pílulas anticoncepcionais de emergência não provocam qualquer efeito adverso para o feto. Aconselhar a mulher para não usar a anticoncepção de emergência como método regular de anticoncepção porque é menos eficaz do que a maioria dos métodos regulares de anticoncepção e os efeitos secundários são mais frequentes do que para qualquer outro método hormonal. Explicar que o uso ocasional da anticoncepção oral de emergência não provoca riscos importantes à saúde.

➤ Quando iniciar o uso de um método regular de anticoncepção, após a anticoncepção de emergência?

Imediatamente após fazer uso da anticoncepção de emergência a mulher pode começar a usar métodos de barreira. Aguardar a próxima menstruação para começar a usar o DIU, os anticoncepcionais hormonais orais combinados e os anticoncepcionais hormonais injetáveis, se um desses métodos tiver indicação e for a escolha livre e informada da mulher. Aguardar o retorno dos ciclos menstruais regulares, caso a escolha seja o uso dos métodos comportamentais. Se a mulher optar por esperar a próxima menstruação para iniciar o uso de algum método anticoncepcional, deve ser orientada para usar preservativo até então.

○ Acompanhamento:

Aconselhar a mulher a retornar ou consultar um profissional de saúde se a sua próxima menstruação for bastante diferente da usual, especialmente se: For escassa, e isso não corresponder ao usual, não ocorrer dentro de quatro semanas (gravidez é possível) e for dolorosa (possibilidade de gravidez ectópica. Porém a anticoncepção oral de emergência não causa gravidez ectópica). Orientar a mulher sobre doenças sexualmente transmissíveis e investigar situações de risco ou agressão sexual.

- Manejo de intercorrências ou complicações:
 - Náuseas: recomendar à mulher que se alimente logo após ingerir as pílulas; medicamentos antieméticos podem ser ingeridos meia hora antes das pílulas anticoncepcionais de emergência e, depois, a cada 4-6 horas.
 - Vômitos: se a mulher vomitar dentro de duas horas após tomar as pílulas, ela deve tomar nova dosagem. Se o vômito ocorrer após esse período, não deve tomar pílulas extras. A próxima menstruação pode começar um pouco antes ou depois da data esperada. A mulher deverá ficar atenta para as seguintes situações: menstruação escassa, ausente dentro de quatro semanas, dolorosa; nesses casos, deverá ser orientada a retornar para avaliação clínica.

- Contra indicações: Em caso de gravidez confirmada. Mulheres com contraindicação clínica para o uso de contracepção hormonal.

11.3.6.4 QUADRO I – DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA REDE

Unidade Pólo de Farmácia (Dispensação)	Unidades Adstritas (Atenção Básica)
1º Distrito	
Centro Municipal de Saúde CMSDC Rua General Argolo, s/nº - Centro – Duque de Caxias – Cep: 25.011-490 Tel. 2671-7659 / Farmácia 2672-0450	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ESF Mangueirinha I e II ▶ ESF Gramacho I, II e III ▶ ESF Maria Dalva Pereira Gomes I e II ▶ ESF Sarapuí I e II ▶ UBS José de Freitas ▶ Ambulatório do HIIS ▶ ESF Olavo Bilac ▶ CEO ▶ HMMRC ▶ ESF Trevo das Missões I, II e III ▶ ESF Carlos Roberto Zagari I e II (Jd. Leal) ▶ ESF Dois Irmãos ▶ CASF Beira Mar

1º Distrito	
Policlínica Hospital Duque de Caxias Rua Manoel Lucas sem n Parque Senhor do Bonfim –Duque de Caxias -	<ul style="list-style-type: none"> ▶ CASF Felicidade ▶ Posto Odontológico Profº José de Souza Herdy ▶ ESF Otacílio da Silva I e II ▶ CEATA
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL Rua Marechal Deodoro, nº 147 – 25 de Agosto- Duque de Caxias – CEP: 25.071-190 Tel. 2653-4972 – 2671-5806	<ul style="list-style-type: none"> ▶ CAPS ▶ CAPSIJ
UBS ALAÍDE CUNHA Rua Castro Alves – Copacabana – Duque de Caxias – CEP: 25.060-000 Tel. 2672-0111 – 2771-0053	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ESF Copacabana ▶ ESF Vila Leopoldina I, II e III ▶ ESF Vila São Luiz ▶ UBS Alaíde Cunha ▶ ESF Sarapuí ▶ ESF Vila São Luiz
CAPS AD Rua Nilo Vieira, nº 353 – Vila Paula -Centro – Duque de Caxias – CEP: 25.070-000	<ul style="list-style-type: none"> ▶ CAPS AD ▶ CEAPD

Unidade Pólo de Farmácia (Dispensação)	Unidades Adstritas (Atenção Básica)
2º Distrito	
PSF JARDIM GRAMACHO Rua Avenida monte Castelo, nº 996 Tel. 2775-6525	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ESF Jardim Gramacho I, II, III, IV e V ▶ UBS Edna Siqueira Salles ▶ ESF Jardim Gramacho
UBS JOSÉ CAMILO DOS SANTOS Rua Dois s/nº - Jardim Primavera Praça Duque de Caxias – CEP: 25.000-050 Tel. 2650-5096	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ESF Parque Chuno ▶ UBS José Camilo dos Santos ▶ ESF Vila Urussaí ▶ UBS Campos Elíseos
UBS ANTÔNIO GRANJA Rua Guanabara, s/nº - Parque Fluminense – Duque de Caxias Tel. 3134-3433	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ESF Parque Esperança I e II ▶ ESF São Bento I e II ▶ UBS Antônio Granja ▶ ESF Parque Comercial ▶ UBS Antônio Granja ▶ UBS Amapá ▶ ESF Calundu I, II, III e IV

2º Distrito	
<p>UPH SARACURUNA Av. Presidente Roosevelt, s/nº - Saracuruna – Duque de Caxias- CEP: 25.212-390 Tel. 2776-3085 – 2678-8345</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ESF Vila Maria Helena ▶ ESF Cangulo I, II, III e IV
<p>UPH PILAR Rua Castro Alves, s/nº - Pilar Duque de Caxias CEP: 25.250-050 Tel. 2776-2633 – 2776-3180</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ESF Nelson Chaves Araújo ▶ ESF Pilar I, II, III, IV e V ▶ ESF Cidade dos Meninos

3º Distrito	
<p>PSF PARQUE ELDORADO Rua Vanísia, nº 1 – Santa Cruz da Serra Duque de Caxias Tel.3650-7524 - 2650-5233</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ESF Codora I, II e III ▶ ESF Parque Eldorado I, II e III ▶ ESF Jardim Olimpo
<p>PSF JARDIM ANHANGÁ I e IV Rua Pacoty, nº 20 – Jardim Anhangá Duque de Caxias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ CASF Parada Morabi ▶ ESF Santa Lúcia I e II ▶ ESF Jardim Anhangá I, II, III e IV ▶ ESF Nova Campinas I e III ▶ ESF Jardim Anhangá
<p>UPH PARQUE EQUITATIVA Av. Automóvel Club, s/nº - Parque Equitativa – Duque de Caxias – CEP: 25.270-000</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ESF Parque Paulista I e II ▶ ESF Taquara I e II ▶ ESF Nova Campinas II e IV ▶ ESF Barro Branco
<p>UPH IMBARIÊ Rua Catarina, s/nº - Imbariê – Duque de Caxias – CEP: 25.085-670 Tel. 2678-0014 3666-8764</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ESF Imbariê ▶ ESF Parada Angélica I, II e III ▶ ESF Cristóvão Colombo
Unidade Pólo de Farmácia (Dispensação)	Unidades Adstritas (Atenção Básica)
4º Distrito	
<p>UPH Xerém</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ESF Jardim Olimpo ▶ ESF Santo Antônio

11.3.7 MÉTODOS CIRURGICOS

Os métodos cirúrgicos são métodos contraceptivos definitivos – esterilização – que podem ser realizados na mulher, por meio da ligadura das trompas (laqueadura ou ligadura tubária), e no homem, por meio da ligadura dos canais deferentes (vasectomia). Por serem métodos contraceptivos de caráter definitivo, deve-se levar em consideração a possibilidade de arrependimento da mulher ou do homem e o pouco acesso das pessoas às técnicas de reversão da cirurgia. Assim sendo, antes da escolha de um método contraceptivo permanente, laqueadura tubária ou vasectomia, vários fatores, e não apenas sua eficácia e segurança, devem ser analisados junto à pessoa/ ao casal. No aconselhamento, deve ser desencorajada a esterilização precoce, ressaltando-se a existência de métodos reversíveis com eficácia similar aos métodos cirúrgicos.

No Brasil, a esterilização cirúrgica está regulamentada por meio da **Lei nº 9.263/96**, que trata do planejamento familiar, a qual estabelece no seu art. 10 os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução. No art. 10, da referida Lei, com **alterações dadas pela lei 14.443/22**, está estabelecido que **somente fosse permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:**

I – Em homens ou mulheres maiores de 21 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o **prazo mínimo de 60 dias** entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando **desencorajar a esterilização precoce;**

II – Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório e assinado por **dois médicos** sendo imperativo, como condição para a realização da esterilização cirúrgica, o registro da expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

A expressa manifestação da vontade é documentada por meio do **Termo de consentimento Livre esclarecido com a identificação da paciente legível, datado e assinado pelo requisitante.** A nova legislação federal (lei 14.443/22) estabelece que **NÃO existe a necessidade** do consentimento expresso pelo cônjuge para autorização da cirurgia.

A recente legislação federal permite a esterilização cirúrgica em **mulher durante o período de parto**, sendo garantida à solicitante desde que observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas. Salienta-se que realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 da lei vigente constitui pena de reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave. A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada: I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10, com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente; III - através de histerectomia e ooforectomia; IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial; V - através de cesariana indicada para fim exclusivo de esterilização.

A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei. Requisitar a autorização judicial por meio de advogado contratado pelo representante do (a) paciente ou por meio da **Defensoria Pública**. Rua General Dionísio, 564. Bairro 25 de Agosto, Duque de Caxias. Dias de atendimento: de 2^a a 5^af. Telefone: 129 ou 2460-5000. Whatsapp: 96542-9868. Documentos necessários: RG/ CPF/ Comprovante de residência/ cartão SUS/ laudo médico atualizado relatando a doença e indicando o procedimento/ receituário médico com medicações psiquiátricas/ comprovante de renda (se houver).

A laqueadura após parto normal está acessível nas duas maternidades da rede municipal a fim de garantir um direito da mulher e a redução da taxa de cesariana para esse fim (ilegal). Nas duas maternidades da rede estão disponíveis ainda a dispensação de contraceptivos hormonais orais e injetáveis, preservativos internos e externos (camisinhas masculinas e femininas) e inserção de DIU pós-parto.

11.3.7.1 ANEXOS

11.3.7.1.1 – ANEXO I – TERMO DE MANIFESTAÇÃO DA VONTADE PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR



PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER

TERMO DE MANIFESTAÇÃO DA VONTADE PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Eu, _____
venho através deste TERMO, solicitar a realização de procedimento cirúrgico para:

Laqueadura tubária () Vasectomia ()

DECLARO para os devidos fins que:

- a) fui informado (a) sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis também eficazes e reversíveis.
- b) estou ciente de que esta cirurgia é na prática irreversível, porém existe uma remota possibilidade de ocorrer recanalização espontânea.
- c) fui alertado (a) sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal, distúrbio psicosssexual (comumente relacionado à desinformação ou despreparo no momento da decisão) e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar.
- d) devo aguardar pelo menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, exceto em caso de emergência com risco de vida, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão sob orientação da equipe deste Serviço.
- e) fui informado (a) das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reações a drogas, parada cardiorrespiratória, morte, dor, hematoma, aderência pélvica, hemorragias, infecções, tromboembolia, além de lesões e queimaduras de órgãos ou gravidez fora do útero no caso da ligadura de trompas.
- f) fui informado (a) que assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a ligadura de trompas () pode apresentar falha sendo a mesma de 0,1 por 100 mulheres/ano nos primeiros 12 meses e 0,4 nos anos subsequentes, assim como a vasectomia () pode apresentar falhas de 0,1 a 0,15.
- g) fui alertado que a confirmação da eficácia do método vasectomia só poderá ser confirmada após a realização do exame espermograma. De forma geral, o exame pode ser realizado 90 dias após o procedimento ou após 30 ejaculações.
- h) fui informado (a) que ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar a este Serviço.
- i) estou ciente que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método anticonceptivo.

Usuária (o): _____ RG: nº _____

Duque de Caxias, ____/____/____.

(via prontuário)

(uma via do impresso deverá ser entregue ao usuário e a outra via deverá ser arquivada no prontuário da Unidade de Saúde que realizou o procedimento)

11.3.7.1.2 – ANEXO II – PARECER TÉCNICO MULTIPROFISSIONAL



**PARECER TÉCNICO
MULTIPROFISSIONAL**

① DA UNIDADE: _____	④ PARA: _____
② END: _____	⑤ SERVIÇO _____ TEL: _____
③ TEL: _____	⑥ END: _____
	⑦ SALA: ___ HORA: ___ DATA: ___/___/___

⑧ Nome do Paciente: _____ No do Prontuário: _____ (Origem)

PARECER TÉCNICO MULTIPROFISSIONAL (Preencher com letra de forma legível, discriminando em qual (is) critérios legais o usuário ou casal foi/foram enquadrados para a realização da Laqueadura tubária / Vasectomia / Exames Realizados / Conduta).

Exames específicos (caso seja solicitado)

Conduta:

ASSINATURA / CARIMBO _____ DATA ___/___/___	ASSINATURA / CARIMBO _____ DATA ___/___/___	ASSINATURA / CARIMBO _____ DATA ___/___/___
---	---	---

NOTA: Este impresso deverá ser utilizado para registro da avaliação clínica e dos critérios de elegibilidade (idade, número de filhos, risco de vida da mulher - com 2 laudos anexos) que habilite o homem/a mulher apenas para **métodos cirúrgicos definitivos** e encaminhamento aos serviços de referência de realização de vasectomia e laqueadura.

11.3.7.1.4 – ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
 PARA PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA NA MATERNIDADE SANTA
 CRUZ DA SERRA



Prefeitura Municipal de Duque de Caxias
 Secretaria Municipal de Saúde
 Subsecretaria de Ações em Saúde
 Departamento de Vigilância em Saúde

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DE LAQUEADURA
 TUBÁRIA E VASECTOMIA**

Identificação da Unidade

Nome/Razão Social

CNPJ

Dados do Paciente

Nome do Paciente

Logradouro

Número Complemento Bairro

CEP Município (IBGE) Nome do Município UF

Sexo

M	<input type="checkbox"/>
F	<input type="checkbox"/>

 Data de Nascimento N.º de Filhos

Grau de Instrução

Analfabeto 1º Grau 2º Grau 3º Grau

Indicação

Métodos Contraceptivos Reversíveis Utilizados Anteriormente

NATURAL OGINO-KNAUS TEMP. BASAL BILLINGS SINTO TÉRMICO

DIAFRAGMA PRESERVATIVO HORMÔNIO ORAL HORMÔNIO INJETÁVEL BARBEIRA

Dados da Internação

Data da Internação Data da Alta

Tradicionalmente os homens não fazem parte de programas de assistência à saúde. Assim, a busca por atendimento, na maioria das vezes, se dá em situações emergenciais de agravos ou doenças. Tal fato ocorre em consequência da histórica priorização da população feminina e infantil pelo próprio setor de saúde e também pela dificuldade dos homens em expor as suas necessidades de saúde. De forma geral, eles habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, muitas vezes, em função da própria noção de invulnerabilidade que se encontra enraizada. Assim, ao se sentirem invulneráveis, os homens de maneira geral, se expõem mais a riscos e acabam sendo de fato, vulneráveis.

A Atenção Integral à Saúde do Homem (AISH) está organizada através de cinco eixos principais:

- ❖ **Acesso e Acolhimento:** objetiva reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.
- ❖ **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva:** busca sensibilizar os profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.
- ❖ **Paternidade e Cuidado:** objetiva sensibilizar os profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus (uas) filhos(as), destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas (eus) parceiras(os).
- ❖ **Doenças prevalentes na população masculina:** busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

❖ **Prevenção de Violências e Acidentes:** visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

12.1 Acolhimento

Criar possibilidades de acolhimento e vínculo para os homens é o primeiro passo para romper com a invisibilidade do público masculino dentro do serviço. Assim, a capacidade de ouvir e a sensibilidade de quem recebe os sujeitos e suas demandas são fundamentais para que as reais necessidades sejam compreendidas e atendidas de maneira mais integral. Considera-se essencial que o homem se sinta parte integrante do serviço. (BRASIL, 2008)

12.2 Atividades educativas

São mecanismos capazes de ampliar o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e doenças que atingem esta população. Diferentes temas e enfoques podem ser abordados. Através de ações inclusivas, rodas de conversa e campanhas temáticas alguns temas específicos podem ser abordados, tais como: prevenção de acidentes em geral; riscos do uso do tabaco, álcool e drogas; paternidade; educação quanto ao autocuidado; e discussão sobre gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial.

12.3 Pré-consulta

- ✓ Verificar e registrar peso e altura;
- ✓ Verificar e registrar os valores de níveis de glicemia capilar;
- ✓ Verificar e registrar os valores da pressão arterial, conforme as recomendações do protocolo de HAS.

12.4 Consulta

A assistência em andrologia na UAPS compreende uma série de ações sistemáticas englobando:

- a) o acesso, acolhimento e recepção do usuário;
- b) a consulta com avaliação integral da situação de saúde do indivíduo, família e comunidade; definição de diagnósticos; realização das intervenções; avaliação dos cuidados;
- c) encaminhamentos a consultas multiprofissionais ou serviço especializado conforme as necessidades.

No intuito de sistematizar a abordagem apresentamos o roteiro de consulta a seguir.

12.4.1 Anamnese

- Características sociodemográficas: identidade de gênero, orientação sexual (heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, transexualidade, pansexualidade, assexualidade e intergênero), idade, cor/raça, escolaridade, profissão, ocupação, naturalidade, procedência, estado civil, renda familiar, descrição da moradia e religião.
- Antecedentes familiares: relato familiar de hiperplasia benigna prostática (HBP), câncer de próstata, doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, aterosclerose, infarto agudo do miocárdio), renais, autoimunes e endócrinas (diabetes mellitus), obesidade e etilismo.
- História de saúde pregressa: comorbidades transmissíveis e não transmissíveis, alergias, cirurgias, tabagismo, uso de álcool e outras drogas, hábitos e vícios (abandono), sedentarismo e atividade física, internação por causas externas (acidentes de transporte, quedas, afogamentos, intoxicação, queimaduras, acidente com animais peçonhentos, exposição à radiação e violência), tratamento dentário, imunização, uso de medicamentos, doenças da infância e/ou adolescência.
- Antecedentes uroandrológicos: sexarca, uso de métodos contraceptivos, contracepção, uso de preservativo com parceira fixa e não fixa, número de filhos, autoexame testicular e de mama, uso de próteses (silicone), antecedentes de infecções sexualmente transmissíveis (IST), histórico de disfunção erétil, aborto,

infertilidade e uso de hormônios, fimose, balanopostite, ginecomastia, HBP, orquitepididimite, priapismo, escroto agudo, varicocele, disfunção erétil, atividade sexual, libido, história de cirurgia, trauma renal, uretral e de genitália externa, infecção urinária, incontinência urinária, história de toque prostático (retal), níveis de testosterona e espermograma completo, data e motivo da última visita à unidade de saúde, diurese e deficiência androgênica do envelhecimento masculino (DAEM).

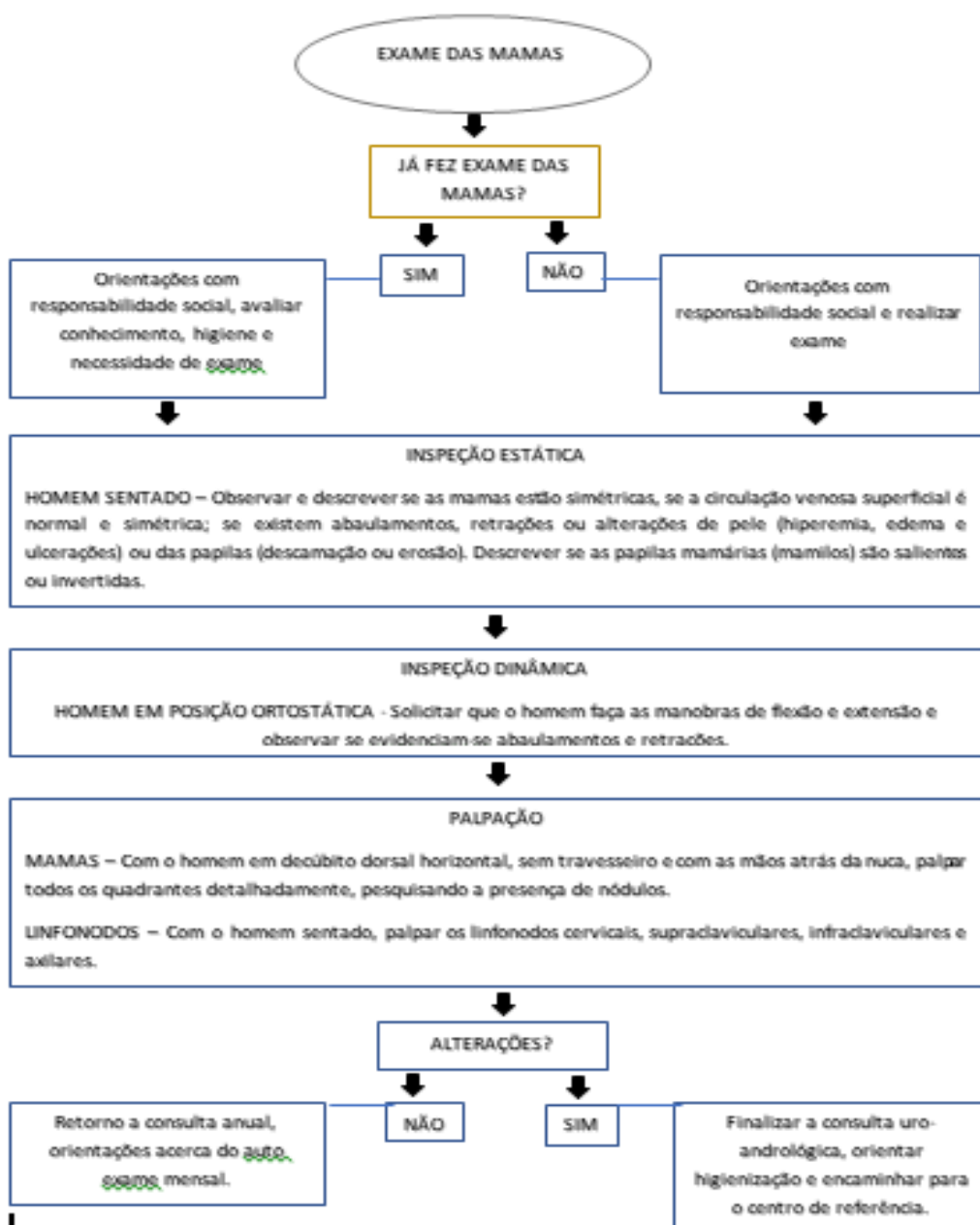
- Queixa principal: investigar as características de problemas relatados (início, duração, intensidade, fatores agravantes e minimizadores).
- Doença ou preocupação de saúde atual: não subestimar a clínica e a preocupação do homem. Acolher os homens, valorizando sua capacidade, escutando suas demandas e sugestões (escuta sem juízo de valores de ordem pessoal e moral), oferecendo apoio nas situações difíceis e incentivando-os a cuidar da própria saúde.
- Perfil do homem: percepção de masculinidade, vulnerabilidade, identidade de gênero e orientação sexual, satisfação com o emprego, lazer, ambiente interpessoal e cultural, relacionamento familiar e sistema de apoio, autocuidado, padrão de estilo de vida, autoimagem, autorrealização, autoconceito e filosofia de vida.
- Cuidador: verificar presença e grau de dependência do cuidador formal ou informal.

12.4.2 Exame físico geral

- Avaliação cogniscente: avaliar se o homem faz uso de substâncias psicoativas (vide protocolo de saúde mental).
- Hidratação e nutrição: verificar estado de hidratação: turgor da pele, ressecamento, etc. Investigar quantidade de água e líquidos ingeridos por dia; avaliar estado nutricional, hábitos alimentares, etc.
- Oxigenação: cianose, perfusão tissular periférica, etc.
- Autocuidado, abrigo, liberdade e comunicação.
- Sono e repouso: verificar prática regular de exercícios e atividade física, mecânica corporal/motilidade, locomoção, recreação, lazer e participação; investigar padrão de sono, insônia.

- Inspeção e palpação da cabeça e pescoço: observar alopecia, dentição prejudicada, presença de estomatites, saburra, percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa. Avaliar características: localização, tamanho, consistência, fixação, sensibilidade dolorosa, rapidez de aumento, comprometimento de gânglios ou cadeias ganglionares da cabeça e pescoço (gânglios occipitais, gânglios auriculares anteriores e posteriores, gânglios submandibulares, gânglios submentonianos, gânglios cervicais profundos inferiores e superiores, gânglios cervicais superficiais e posteriores); avaliar alterações da pele da cabeça e pescoço (rubor, temperatura, fístulas, lesões e cicatrizes).
- Exame torácico: realizar 1- Inspeção (frequência respiratória, tipo, ritmo e amplitude, formato do tórax, simetria, condições da pele e rede venosa visível); 2- Palpação (estrutura osteomusculares, hipersensibilidade dolorosa, frêmito tóraco-vocal e prega cutânea); 3- Percussão (verificar padrão de normalidade ou anormalidade a percussão torácica) e, 4- Ausculta (auscultar padrão de sons pulmonares - murmúrios vesiculares e/ou ruídos adventícios).
- Exame das mamas: realizar a avaliação das mamas, com base na inspeção estática e dinâmica e palpação (Figura 1). Mesmo com uma porcentagem menor 1:1.000 mulheres, o câncer de mama masculino deve ser investigado, uma vez que, assim como as mulheres, os homens se enquadram em uma população de risco, a qual precisa ser reconhecida e identificada (ROSSO, 2014).

12.5 FLUXOGRAMA I – EXAME DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA MASCULINO



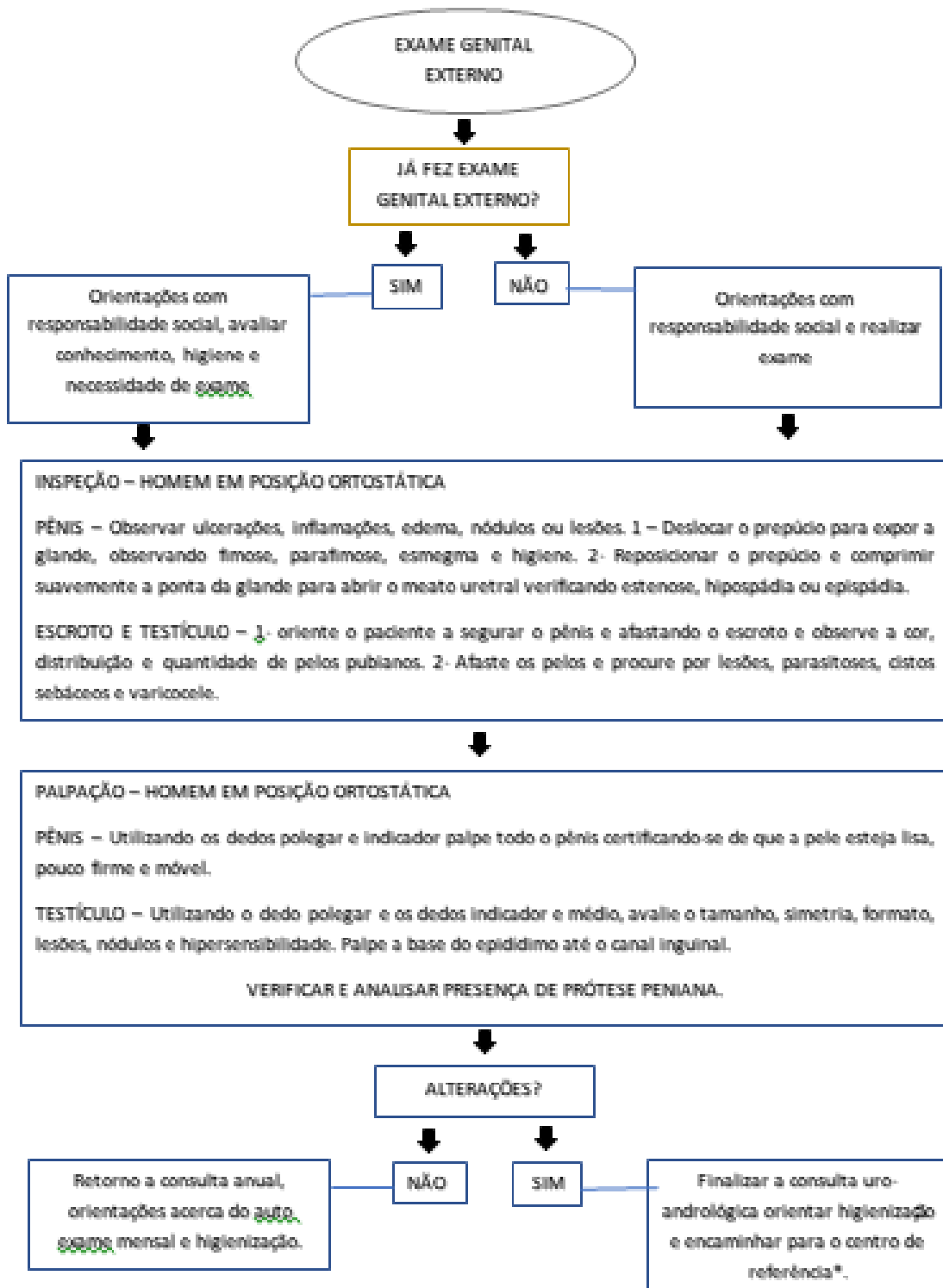
Fonte: BRASIL, 2014.

- Exame cardíaco: deve-se examinar buscando alterações de importância clínica.
- Exame abdominal: proceder a inspeção estática e dinâmica (tipo de abdome, condições da pele, rede venosa, pulsações e movimentos peristálticos); ausculta

(ruídos hidroaéreos: hipoativos ou hiperativos e sopros arteriais); percussão (hepatometria, esplenometria, estômago e intestino) e palpação superficial e profunda.

➤ Exame genital externo masculino: embora os homens e os profissionais de saúde não tenham o hábito de realizarem o exame do genital externo, esse autocuidado é necessário para a prevenção e detecção precoce de câncer de pênis e testículo. Os passos para esse exame incluem inspeção e palpação e estão descritos na Figura 2.

12.6 FLUXOGRAMA II – EXAME GENITAL EXTERNO MASCULINO



*De acordo com os sinais e sintomas iniciar tratamento conforme o preconizado pela abordagem sindrômica do Ministério da Saúde (vide protocolo de IST).

- Exame anal: colocar homem na posição de Sims e verificar presença de hemorroidas, nódulos, fissuras, lesões ou ulcerações em região anal (vide protocolo IST).
- Exame de próstata: verificar orientações no item tumores específicos do homem.
- Eliminações urinárias e intestinais: verificar frequência, quantidade, consistência, cor, odor, algia e presença de sangue, muco, gordura ou grumos à eliminação urinária e/ou intestinais.
- Membros: observar presença de edema (teste do cacifo), rede venosa visível, algia, panturrilhas livres (sinal da bandeira), perfusão tissular periférica e presença de lesões, nódulos, ulcerações e celulites.
- Avaliação do IMC conforme o quadro I

12.7 QUADRO I – CLASSIFICAÇÃO DO IMC (MODIFICADO)

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m ²)	RISCO DE COMORBIDADE
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5 a 24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25,0	-
Pré-obesidade	25,0 a 29,9	Aumentado
Obesidade classe I	30,0 a 34,9	Moderado
Obesidade classe II	35,0 a 39,9	Grave
Obesidade classe III	≥ 40,0	Muito grave

Fonte: WHO, 2000.

- Mensurar e avaliar a circunferência abdominal: realiza-se a medida (em centímetros) da circunferência abdominal no maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca (WHO, 2003). Os valores de referência são apresentados no quadro II.

12.8 QUADRO II – CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL E RISCO DE COMPLICAÇÕES METABÓLICAS ASSOCIADAS COM OBESIDADE (MODIFICADO)

IDADE (anos)	BAIXO RISCO (cm)	MODERADO RISCO (cm)	ALTO RISCO (cm)	ELEVADO RISCO (cm)
20 a 29	<0,83	0,83 a 0,88	0,89 a 0,94	>0,94
30 a 39	<0,84	0,84 a 0,91	0,92 a 0,96	>0,96
40 a 49	<0,88	0,88 a 0,95	0,96 a 1,00	>1,00
50 a 59	<0,90	0,91 a 0,98	0,97 a 1,02	>1,02

Fonte: WHO, 2003.

- Avaliar valores de glicemia capilar e pressão arterial conforme protocolos específicos.

12.9 Exames Laboratoriais

Os exames laboratoriais recomendados à população masculina nas Unidades Básicas de Saúde são: Hemograma completo; Lipidograma; Glicemia de jejum; Sorologias: HIV/sífilis/Hepatites B e C; EAS e urocultura; Uréia, sódio, potássio, creatinina e ácido úrico; TGO, TGP e GGT; Testosterona; PSA.

12.10 Avaliação pré-nupcial ao homem

A Organização Mundial de Saúde (2012) considera que a infertilidade consiste na incapacidade de um casal engravidar, após um intervalo de tempo de um ano de tentativa, sem utilização dos métodos contraceptivos. Estima-se que, mundialmente, a infertilidade atinge cerca de 8 a 15% dos casais, sendo que o homem é responsável por aproximadamente 30% das causas. Assim, a consulta pré-nupcial é, extremamente, relevante, pois contribui para diagnosticar doenças ou anomalias que possam interferir na vida sexual do casal e de seus descendentes, bem como objetiva orientar a respeito dos métodos contraceptivos mais eficientes para o estilo de vida do casal (ROSSO, 2014).

As etapas da consulta pré-nupcial incluem anamnese, pedidos de exames laboratoriais (quadro 4) e orientações. Na anamnese são importantes a verificação de história de doenças

pregressa com potencial de dificultar a gravidez ou má formação genética, faixa etária, vacinas, medicamentos, tratamentos médicos de infertilidade, mapeamento de anomalias genéticas na família e histórico de aborto.

Rotina laboratorial pré-nupcial do homem: Hemograma completo; Tipagem sanguínea e fator RH; Glicemia de jejum; Sorologias: HIV/sífilis/Hepatites B e C; EAS e urocultura; Uréia, sódio, potássio, creatinina e ácido úrico; Testosterona; PSA; TGO, TGP e GGT; Espermograma

12.11 Abordagem ao homem com disfunção erétil

A disfunção erétil acomete 52% dos homens adultos na faixa etária de 40-70 anos e aumenta com o avanço da idade. Nos EUA, estima-se que afete 18 milhões de homens com 20 anos ou mais e a projeção para 2025 é de que atinja cerca de 300 milhões de homens no mundo. Pode resultar de distúrbios psicológicos, neurológicos, hormonais, arterial ou local no seio cavernoso, ou, ainda, da associação desses fatores. Pesquisas sugerem que a disfunção erétil se relaciona ao risco de doença isquêmica do coração, AVC e todas as causas de mortalidade e concluem que poderia ter um papel aditivo na quantificação do risco cardiovascular com base nos tradicionais fatores de risco. Modificação do estilo de vida e drogas empregadas para o tratamento dos fatores de risco tradicionais são efetivas para melhorar a disfunção sexual nos homens. Todos os homens com disfunção erétil devem ser considerados potenciais candidatos a prevenção primária, ser submetidos a estratificação do risco cardiovascular e tratados conforme estimativa de risco observada.

12.12 Homem vítima de violência

- ✓ Acolher, intervir clinicamente e notificar.

12.13 Prevenção do uso de tabaco, álcool e outras drogas

- ✓ Acolher e proceder conforme protocolo específico.

12.14 Tumores específicos do homem

Na organização da assistência é preciso saber que os usuários devem ser conscientizados, de forma que os casos de homens com sinais e sintomas geniturinários devem ser atendidos na atenção primária para que o processo de investigação diagnóstica seja iniciado o mais breve possível. Além disso, é essencial assegurar a referência para unidades secundárias para confirmação diagnóstica dos casos suspeitos identificados na atenção primária

- ✓ **Hipertrofia prostática benigna (HBP):** atinge a maioria da população masculina após os 50 anos, produzindo diversos sintomas urinários com impacto bastante negativo sobre a qualidade de vida das pessoas. Há de se cuidar da qualidade de vida dos pacientes que sofreram prostatectomia, (sobretudo prostatectomia radical), cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária.
- ✓ **Câncer da próstata:**

tem evolução silenciosa. Muitos pacientes não apresentam nenhum sintoma ou, quando apresentam, são semelhantes aos do crescimento benigno da próstata (dificuldade de urinar, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite). Na fase avançada, pode provocar dor óssea, sintomas urinários ou, quando mais grave, infecção generalizada ou insuficiência renal. Com esses achados deverá ser procedida a investigação diagnóstica desse tipo de câncer, sabendo-se que a solicitação de PSA em conjunto ou não com o toque retal não deve servir de critério de rastreamento em casos assintomáticos de forma indiscriminada.

A Sociedade Brasileira de Urologia na Gestão de 2018/2019 elaborou um documento em que reforça a sua recomendação de que homens a partir de 50 anos devem procurar um profissional especializado para avaliação individualizada. Aqueles da raça negra ou com parentes de primeiro grau com a doença devem começar aos 45 anos. O rastreamento deverá ser realizado após ampla discussão de riscos e potenciais benefícios. Após 75 anos, deverá ser realizado apenas àqueles com expectativa de vida acima de 10 anos.

A partir dessa prerrogativa, quem decide sobre a sua condição de saúde é o próprio usuário orientado por um profissional de saúde, participando do processo de tomada de decisão, sabendo dos riscos e benefícios do rastreamento para os indivíduos

assintomáticos e a necessidade de solicitação dos exames específicos a partir das alterações clínicas correlatas.

- ✓ **Câncer de pênis:** tumor raro dentre as neoplasias malignas do aparelho urinário, que está relacionado com as baixas condições socioeconômicas e a má higiene íntima do homem, porém que apresenta um alto poder de cura com o tratamento, se diagnosticado em fases iniciais. Como prevenção é necessário orientar a limpeza diária com água e sabão, principalmente após as relações sexuais e a masturbação. É fundamental ensinar às crianças desde cedo os hábitos de higiene íntima, que devem ser praticados todos os dias. A cirurgia de fimose (circuncisão) é outro fator de prevenção e normalmente é realizada na infância. Tanto o homem circuncidado como o não-circuncidado reduzem as chances de desenvolver esse tipo de câncer se tiverem bons hábitos de higiene. A utilização do preservativo mais uma vez é incentivada, já que a prática com diferentes parceiros sem o uso de camisinha aumenta o risco de desenvolver a doença. Orientar a procura das unidades primárias de saúde, caso o homem detecte os seguintes sinais ao autoexame do pênis:

- perda de pigmentação ou manchas esbranquiçadas;
- feridas e caroços no pênis que não desapareceram após tratamento médico e apresentem secreções e mau cheiro;
- tumoração no pênis e/ou na virilha (íngua);
- inflamações de longo período com vermelhidão e coceira, principalmente nos portadores de fimose.

Nos casos em que esses sinais são observados, os usuários deverão ser avaliados nas Unidades de Referência para descartar outras IST e para solicitar biópsia da lesão para o diagnóstico final, se for o caso. O diagnóstico precoce é fundamental para evitar o crescimento desse tipo de câncer e a posterior amputação do pênis, que traz consequências físicas, sexuais e psicológicas ao homem.

- ✓ **Câncer de Testículo:** associado ao histórico familiar, lesões e traumas na bolsa escrotal e a criptorquidia (quando o testículo não desce para a bolsa escrotal). Como não há como

evitá-lo, recomenda-se o autoexame mensal dos testículos. Na infância, é importante o exame do pediatra para verificar se a descida dos testículos para a bolsa escrotal ocorreu normalmente.

12.15 Considerações finais

A consulta em andrologia na APS, constitui um importante fator de aproximação do homem com os serviços de saúde, refletindo na conscientização de sua vulnerabilidade social e em saúde, na adesão à terapêutica, no tempo de restabelecimento de sua saúde, na redução do custo final da assistência e, conseqüentemente, nos alarmantes índices epidemiológicos da população masculina.

O envelhecimento ativo e saudável é o principal foco no atendimento ao idoso. Considerando o conceito ampliado de saúde é necessária mudança no contexto atual no sentido de produzir um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa.

Assim, o objetivo desse protocolo é oferecer subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na APS.

13.1 Busca ativa

Realizar busca ativa nas visitas e atendimentos domiciliares pelos profissionais das equipes de saúde da família por usuários com 60 anos ou mais, mesmo aqueles que não apresentem qualquer patologia.

13.2 Acolhimento

Realizar escuta qualificada das demandas trazidas pelo idoso, buscando satisfazê-las com eficiência. Deve-se usar linguagem clara e objetiva, de forma que as perguntas sempre sejam feitas diretamente ao idoso e somente dirigir-se ao acompanhante caso não haja entendimento. Deve-se chamar a pessoa idosa pelo nome, evitando infantilizá-la e utilizar termos inapropriados tais como: “vovô”; “querido”. Ao final da orientação, certifique-se que o idoso entendeu bem a explicação, se houve alguma dúvida e caso necessário, repita a informação, quando esta for erroneamente interpretada, utilizando palavras diferentes e, de preferência, uma linguagem mais apropriada à sua compreensão.

13.3 Primeira consulta

Nesta etapa, estabelecer vínculo com o idoso é fundamental, mais do que solucionar todas as suas demandas. Sua avaliação deve ocorrer de forma multidimensional, de acordo com o fluxo a seguir.

- ✓ Pré-consulta: verificação de medidas antropométricas (peso; altura; IMC; circunferência abdominal), aferição da pressão arterial e teste glicêmico.
- ✓ Consulta médica ou de enfermagem: realização de anamnese, contendo identificação; história da doença pregressa e atual; histórico de imunização; avaliação nutricional; avaliação sensorial; questionamentos sobre atividades de lazer. Após a anamnese, deve-se seguir para o exame físico, não esquecendo a avaliação bucal e provável encaminhamento para o dentista, caso necessário;
- ✓ Exames laboratoriais: hemograma completo, glicose, lipidograma, sódio, potássio, cálcio, ácido úrico, ureia, creatinina, VHS, albumina, TSH, PSA, vitamina B12, ácido fólico, EAS e EPF.
- ✓ Plano de cuidado: traçado a partir do diagnóstico, levando em conta a avaliação funcional do idoso, ou seja, o nível de dependência deste. Para isto, deve-se aplicar a Escala de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) – vide anexos. As ABVD são aquelas que se referem ao cuidado com o corpo (vestir-se; alimentar-se; higiene, etc.); as AIVD estão relacionadas com atividades de cuidado com o ambiente (limpar casa; lavar roupa; preparar alimentos, etc.).

13.4 Atendimento domiciliar

- ✓ Enfatizar a autonomia do idoso e realçar suas habilidades funcionais dentro do seu próprio ambiente;
- ✓ Estabelecer junto aos familiares suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com os familiares e/ou cuidadores cada aspecto desse cuidado, orientando-os sobre os riscos domésticos para queda.

13.5 Consultas subsequentes

- ✓ Realizar anamnese direcionada a aspectos relevantes, considerando as particularidades de cada idoso;
- ✓ Realizar exame físico geral e específico;
- ✓ Avaliar cuidados prescritos e resultados obtidos;

- ✓ Avaliar resultados dos exames anteriores e solicitar anualmente: hemograma completo, glicose, lipidograma, TSH, PSA, EAS, EPF.
- ✓ Encaminhar para especialista, caso necessário.

13.6 Consulta odontológica

A promoção de saúde bucal em idosos busca garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da autoestima, melhorando a mastigação, a estética e a possibilidade de comunicação. O envolvimento familiar ou de cuidadores e a interação multidisciplinar com a equipe de saúde fazem parte do processo de atenção em saúde bucal do idoso. (BRASIL, 2006) A equipe de saúde deve ficar atenta para ocorrências de sinais e sintomas que podem indicar a necessidade de avaliação pela equipe de saúde bucal, tais como: (BRASIL, 2006)

- ✓ Dificuldade ao se alimentar, tanto durante a mastigação como ao engolir os alimentos.
- ✓ Queixa de dor ou desconforto.
- ✓ Costume ou mudança de hábitos alimentares, preferindo alimentos pastosos, líquidos ou tenros e refugando os que necessitam de mastigação.
- ✓ Queixas no momento da higiene oral ou da manipulação da sua boca.
- ✓ Resistência ou recusa à realização da sua higiene bucal.
- ✓ Mau hálito.
- ✓ Boca seca ou ardência bucal.
- ✓ Feridas na boca.
- ✓ Sangramento gengival.

13.7 Grupo de idosos

O trabalho em grupo possibilita a ampliação do vínculo entre os profissionais e a pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, além de troca de informações, orientação e de educação em saúde. Para tanto, é importante que alguns objetivos sejam traçados, como:

- ✓ Oportunizar formação e fortalecimento de amizades, e o desenvolvimento do companheirismo;
- ✓ Incentivar o compartilhamento e valorização de experiências vividas;
- ✓ Possibilitar o aprendizado de novas habilidades, ampliando o interesse pelo mundo à sua volta;
- ✓ Oferecer atualização de conhecimentos;
- ✓ Proporcionar momentos de reflexão a respeito do processo de envelhecimento;
- ✓ Oferecer capacitação física e recreativa através do lazer, atividades lúdicas, sociais e culturais;
- ✓ Desenvolver intercâmbio de gerações, favorecendo o convívio e troca de experiências com outras faixas etárias;
- ✓ Desenvolver ações que possibilitem uma melhor convivência familiar;
- ✓ Incentivar o exercício da cidadania e o acesso às políticas públicas, direitos, benefícios, voltados para o envelhecimento ativo;
- ✓ Informar sobre serviços destinados ao envelhecimento ativo.

Algumas estratégias para o sucesso do grupo podem ser utilizadas, como:

- ✓ Divulgação: utilização de cartazes, folhetos, convite durante as consultas ou visitas;
- ✓ Temas a serem abordados: as temáticas e atividades a serem propostas devem ser discutidas com os participantes de forma a estarem mais adequadas às demandas e a realidade local;
- ✓ Local para realização dos grupos: devem-se privilegiar locais próximos às moradias, como escolas, associações comunitárias, igrejas e a própria unidade de saúde, entre outros;
- ✓ Coordenador do grupo: pessoa responsável pelo grupo, que organiza o encontro a partir do planejamento da equipe e, quando necessário, convida alguém para discutir um assunto específico;
- ✓ Denominação/categorização de grupos (de acordo com o interesse comum e possibilidades da equipe):

- Interesse físico: caminhada, Tai Chi Chuan, Lian Gong, alongamento, etc.;
 - Interesse prático: tricô, crochê, fuxico, biscuit, culinária, jardinagem, etc.;
 - Interesse artístico: pintura em tecido, pintura em tela, mosaico, etc.;
 - Interesse intelectual: palestras sobre assuntos de interesse para faixa etária, coral, teatro, alfabetização para adultos, grupo de memória, etc.;
 - Interesse social: passeios, bailes, viagens, jogos recreativos etc.
- ✓ Dinâmicas: podem ser utilizados jogos, brincadeiras, dramatizações, técnicas participativas, oficinas vivenciais em um ambiente descontraído, discutir temas complexos, polêmicos e até estimular que sejam externados conflitos (do indivíduo e do grupo), buscando estimular os participantes a alcançar uma melhoria qualitativa na percepção de si mesmo e do mundo.

13.8 Caderneta de saúde da pessoa idosa

A Caderneta de saúde da pessoa idosa deve ser preenchida no momento do atendimento nas residências ou na unidade de saúde. É essencial para o planejamento das ações de promoção e prevenção de saúde, e para a otimização da assistência, uma vez que identifica as necessidades de saúde de cada idoso e seu potencial de risco e grau de fragilidade, importante para a elaboração do projeto terapêutico singular. Trata-se de um instrumento que auxilia na estratificação dos idosos de acordo com sua capacidade funcional.

A situação vacinal da pessoa idosa deve ser inquirida de forma sistemática, considerando as vacinas que se seguem:

- ✓ Vacina influenza: recomenda-se uma dose anual da vacina no outono.
- ✓ Vacina anti-pneumocócica: idosos com mais de 60 anos devem receber ao menos uma dose durante a vida. Os idosos institucionalizados e não vacinados deverão receber uma dose da vacina e outra após cinco anos da primeira, caso a indicação persista.
- ✓ Vacina dupla adulto (dT – contra difteria e tétano): deve ser administrada a cada dez anos podendo ser reforçada em cinco anos, em caso de ferimentos.

13.9 Prevenção de quedas

A queda representa um grande problema para as pessoas idosas dadas as suas consequências (injúria, incapacidade, institucionalização e morte) que são resultado da combinação de alta incidência com alta suscetibilidade a lesões (BRASIL, 2006). As causas mais comuns de quedas são relacionadas ao ambiente; aos distúrbios de equilíbrio e marcha; à redução da visão; à hipotensão ortostática; à lesão no SNC entre outros. Assim, o risco de quedas em idosos deve ser considerado e trabalhado em todas as oportunidades.

Fatores de risco domésticos mais comuns que devem ser objeto de atenção das equipes de Atenção Básica: (BRASIL, 2006)

- ✓ Presença de tapetes pequenos e capachos em superfícies lisas.
- ✓ Carpetes soltos ou com dobras.
- ✓ Bordas de tapetes dobradas.
- ✓ Pisos escorregadios (encerados ou molhados, por exemplo).
- ✓ Cordas, cordões e fios no chão (elétricos ou não).
- ✓ Ambientes desorganizados com móveis fora do lugar ou objetos deixados no chão (sapatos, roupas, brinquedos, etc).
- ✓ Móveis instáveis ou deslizantes.
- ✓ Escadas sem corrimão.
- ✓ Degraus da escada com altura ou largura irregulares.
- ✓ Escadas com piso muito desenhado (dificultando a visualização de cada degrau).
- ✓ Uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio.
- ✓ Roupas compridas, arrastando pelo chão.
- ✓ Má iluminação.
- ✓ Cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos.
- ✓ Cadeiras sem braços.
- ✓ Animais, entulhos e lixo em locais inapropriados.
- ✓ Objetos estocados em lugares altos ou de difícil acesso (sobe-se numa cadeira ou banco para alcançá-los).

➤ **Medidas práticas para minimizar as quedas e suas consequências entre as pessoas idosas:**

- ✓ Educação para o autocuidado (exemplo: uso de sapatos fechados com solado de borracha).
- ✓ Utilização de dispositivos de auxílio à marcha (quando necessário) como bengalas, andadores e cadeiras de rodas.
- ✓ Utilização criteriosa de medicamentos evitando, em especial, os que podem causar hipotensão postural.
- ✓ Adaptação do ambiente:
 - Acomodação de gêneros alimentícios e de outros objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, evitando, assim, a necessidade de uso de escadas e banquinhos.
 - Orientação para a reorganização do ambiente interno da residência (exemplos: evitar tapetes soltos, evitar encerar o piso, evitar interruptores distantes da entrada dos cômodos, manter uma luz acesa durante a noite).
 - Sugerir a colocação de corrimãos bilateral, diferenciador de degraus e iluminação adequada na escada. A retirada de tapetes no início e fim da escada também constitui medida de grande importância.
 - Colocação de pisos antiderrapantes e barras de apoio nos banheiros, evitar o uso de banheiras, orientar o banho sentado quando da instabilidade postural e orientar a não trancar o banheiro.

Para se estabelecer um ambiente mais seguro para pessoas idosas, não são necessários grandes gastos ou mudanças radicais no âmbito da família. Pequenas modificações podem ser bastante úteis de acordo com o Projeto Casa Segura desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e – para mais detalhes acesse www.casasegura.arq.br

13.10 ANEXOS

13.10.1 – ANEXO I – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD) de KATZ

O Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AIVD. Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes.

Objetivo: avaliar a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AIVD.

Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de seis funções a partir da utilização de um questionário padrão.

Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico específico.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (KATZ)

Nome:		Data da Avaliação:	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.			
Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro.			
()	()	()	
Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	Recebe assistência no banho somente uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo	
Vestir – pega a roupa do armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)			
()	()	()	
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido	
Ir ao banheiro – dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações			
()	()	()	
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar	
Transferência			
()	()	()	
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	Não sai da cama	
Continência			

() Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	() Tem “acidentes” * ocasionais *acidentes = perdas urinárias ou fecais	() Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
Alimentação		
() Alimenta-se sem assistência	() Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar ou passar manteiga no pão	() Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

Index de ABVD (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F.

Fonte: BRASIL, 2016

13.10.2 ANEXO II – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)

De acordo com o grau de limitação apresentado para o desempenho das AIVD é possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente.

Objetivo: avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilitam que a mesma mantenha uma vida independente.

Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções.

Avaliações dos resultados: para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico específico.

ESCALA DE LAWTON

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
Total:		Pontos:	

O objetivo deste protocolo é sistematizar a abordagem em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família (ESF) uma vez que ela possibilita o rastreamento e a identificação do indivíduo suscetível a sofrimento mental. O NasfAB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) tem grande importância nesse contexto uma vez que possibilita suporte ampliando a abrangência e o escopo de ações da APS, bem como sua resolutividade.

No atendimento em saúde mental as equipes de Saúde da Família devem trabalhar, preferencialmente, na lógica dos projetos terapêuticos singulares, que incluam a construção de trabalhos de inserção social, de treinamento de atividades diárias e suporte social, devendo ser combinada com adequada medicação e psicoterapia. Deve-se respeitar as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida.

14.1 Avaliação da saúde mental

A avaliação de pessoas com problemas mentais não é uma tarefa fácil, principalmente quando o objetivo é identificar se aquilo ao qual o indivíduo se refere é verdadeiramente uma doença mental. Desse modo, o profissional deverá estabelecer uma relação construtiva com a pessoa para permitir comunicação de forma efetiva e que sirva como base para qualquer relação terapêutica subsequente, avaliar as emoções e atitudes da pessoa, determinar se a pessoa tem um transtorno mental e, se for o caso, qual é ele, descobrir (quando possível) o que causou o transtorno e estabelecer como pode ser feito o tratamento. (PESSOA; SILVA; GARCIA, 2017)

14.2 Sinais e sintomas em saúde mental

✓ **Confusão aguda**

Condição vista com frequência na prática diária. Pode ocorrer repetidamente ou estar superposta à confusão crônica da demência causando piora súbita da cognição.

✓ **Ansiedade**

Só é considerada anormal quando ocorre na ausência de um evento estressante, prejudica o funcionamento físico, ocupacional ou social e/ou é excessivamente intensa ou prolongada.

✓ **Depressão**

Questionamentos para o rastreamento da depressão:

- Durante o mês que passou você se incomodou por sentir-se deprimido ou desesperançado?
- Durante o mês que passou você se incomodou por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?
- Se houver resposta positiva para alguma das questões, fazer avaliação minuciosa.

✓ **Crenças anormais**

Decidir quando uma crença é normal no contexto da pessoa. Se não for o caso, decidir se ela possui:

- Delírio, isto é, crença que não parece ter uma base racional e contra a qual não é possível argumentar.
- Ideia supervalorizada, isto é, uma crença que é estranha, mas é compreensível no ambiente da pessoa.

✓ **Compulsões**

Comportamentos forçados e repetidos apesar de serem inadequados, irracionais e associados a desconforto em resposta a uma obsessão. Podem ser incapacitantes, por exemplo, lavar as mãos e repetir o processo várias vezes ao longo do dia.

✓ **Percepções (anormais)**

- Ilusão: interpretações erradas de informações visuais ou de outro tipo, por exemplo, uma pessoa que vê a sombra de uma árvore se movendo ao vento pode interpretar como se fosse uma pessoa se mexendo. Isso pode acontecer em caso de diminuição do nível de consciência ou, algumas vezes, em caso de visão ruim.
- Alucinações: experiências sensoriais na ausência de estímulos. Podem ser visuais, auditivas, gustativas, olfativas ou táteis.

- Pseudoalucinações: percepção vivida que é reconhecida como não real.
- Despersonalização: sensação de ser irreal como um ator desempenhando o seu papel. Associa-se com ampla gama de doenças mentais.
- Desrealização: sensação de que tudo em volta é irreal, como se estivesse em um sonho. Costuma estar ligada à despersonalização: sensação de ser irreal como um ator desempenhando o seu papel. Associa-se com ampla gama de doenças mentais.

✓ **Transtornos do pensamento**

Considerar:

- Conteúdo:
 - Ideias de referência: a pessoa sente que é notada por todo mundo ao seu redor; o conteúdo de mídia, televisão ou rádio se refere a ela ou os outros estão pensando ou falando dela. Tornam-se delírios de referência quando o insight é perdido. Associam-se à esquizofrenia, estados depressivos e prejuízo cognitivo agudo e crônico.

 - Delírios: crenças que são inabaláveis, apesar de evidências contrárias disponíveis e inesperadas, considerando as circunstâncias e o ambiente. As crenças costumam ser (mas nem sempre são) falsas. Podem ser primários (crença completamente formada) e secundários (a crença surge com base na experiência).

- Fluxo:
 - Fuga de ideias: salta de uma ideia para outra. Sempre há alguma associação entre as ideias, mas ela pode parecer estranha. Associa-se a doenças maníacas.
 - Perseveração: persistência de um compromisso verbal ou de outro tipo além do que parece ser pretendido, esperado ou necessário. Associa-se com demência e lesão cerebral.

- Falta de associações: sequências de pensamentos que parecem muito pouco (ou nada) associados entre si. Associa-se à esquizofrenia.
- Bloqueio de pensamento: interrupção abrupta e completa da corrente de pensamento deixando a mente em branco. Associa-se à esquizofrenia.
- Forma:
 - Preocupação: a pessoa pensa sobre um tópico com frequência, mas pode terminar o pensamento de forma voluntária. Sintoma comum em estados de ansiedade. Perguntar sobre preocupação com suicídio em pessoas deprimidas.
 - Obsessão: o pensamento ou imagem se repete apesar de ser inadequado ou intrusivo e de estar associado com desconforto. O pensamento e os esforços para cessá-los podem ser incapacitantes.
- Possessão:
 - Inserção de pensamentos: pensamentos que não pertencem à pessoa, mas são plantados por alguém. Um dos principais sintomas de esquizofrenia.
 - Retirada de pensamentos: é o oposto da inserção. A pessoa percebe que está faltando um pensamento que foi retirado por alguém. Um dos principais sintomas de esquizofrenia.
 - Transmissão de pensamentos: a pessoa acredita que seus pensamentos podem ser ouvidos por outras pessoas, diretamente ou por meio de jornais, rádios etc. Associa-se à esquizofrenia.

Entenda mais sobre a política nacional de Saúde Mental e o acolhimento desses agravos na Atenção Básica. Acesse o Caderno de Atenção Básica 34.

14.3 Primeira consulta

- ✓ **Anamnese:** estabelecer um contato emocional e criar um clima favorável para a comunicação, com interesse preferencial pelas emoções e sentimentos do usuário. Recomenda-se o uso de questões abertas no início, ficando mais direto quando for necessário – esclarecer, refletir, facilitar, escutar. Perguntar sobre:
 - Ocupação – desemprego;
 - Felicidade no trabalho;
 - Situação domiciliar – habitação, relações, apoio social, dívidas etc.;
 - Queixa principal – ordem cronológica, história prévia de sintomas semelhantes. Perguntar diretamente sobre ideias suicidas e de automutilação;
 - História familiar – doença psiquiátrica, perda recente ou doença grave em membro da família, luto, depressão, suicídio ou tentativa de suicídio, psicose, alcoolismo, uso de drogas;
 - História pessoal – abuso (quando criança, violência doméstica), abuso de substâncias, doenças graves (incluindo história psiquiátrica prévia e doenças físicas importantes), eventos significativos recentes (por exemplo: nascimento de criança, mudança de casa etc.);
 - Atitudes e crenças – como a pessoa se enxerga? O que ela pensa que está errado? Como ela acha que as outras pessoas enxergam a situação? O que ela quer que você faça?

- ✓ **Exame do estado mental e exame físico (incluindo a avaliação bucal):** consiste na avaliação do paciente no momento do exame. Com relação ao funcionamento mental recomenda-se considerar: (SIMON; RAZEL; VAN DORP,2013)
 - Aparência e comportamento – sinais de autonegligência ou desnutrição, atitudes, movimentos, interação social;
 - Discurso – espontaneidade, frequência, quantidade, continuidade (fuga de ideias, falta de associações);

- Humor – deprimido ou alegre demais. Considerar o rastreamento para depressão;
- Pensamento – forma, conteúdo, fluxo, posse;
- Percepção – ilusões, alucinações, pseudoalucinações;
- Cognição – rastreamento cognitivo;
- Insight – compreensão da pessoa sobre sua doença, seus efeitos e sua necessidade de tratamento.

Deve-se realizar o exame físico cefalocaudal e proceder conforme os achados. Se após a entrevista, algumas questões não forem suficientemente esclarecidas, os profissionais podem recorrer às informações dos acompanhantes.

✓ **Diagnóstico sindrômico amplo:** realizado com base nos sintomas mentais e transtornos mentais, estilo de personalidade e transtornos de personalidade e do desenvolvimento, problemas de saúde em geral, avaliação de incapacidade e problemas sociais. Importante lembrar que em saúde mental os diagnósticos são temporários e que, mais importante do que acertar o código diagnóstico, é compreender a situação em seus vários aspectos. O profissional/equipe deve se perguntar se o quadro apresentado pelo paciente, independentemente de seu diagnóstico inicial, justifica seu encaminhamento para os serviços de saúde mental. Caso a decisão seja o encaminhamento, o profissional/equipe deve avaliar para que tipo de serviço esse paciente deve ser encaminhado e qual a urgência deste encaminhamento (se necessário, solicitar o suporte do NasfAB).

✓ **Intervenção:** para a produção do cuidado em saúde mental na APS, diferentes estratégias de intervenção podem ser aplicadas contemplando necessidades e demandas que surgem do território. O Caderno de Atenção básica nº 34 detalha diversas possibilidades terapêuticas que podem ser acessadas em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

14.4 Consultas subsequentes

Acompanhar e monitorar todos os casos, incluindo aqueles de maior complexidade, em articulação com o NASF-AB ou com os serviços especializados.

14.5 Ferramentas e recomendações na abordagem familiar

Segundo Souza (2011), em diversas sociedades, a família é o pilar fundamental do indivíduo. A construção da personalidade, do equilíbrio mental, do sucesso em enfrentar problemas tem como base importantes elementos do contexto familiar e ambiental, havendo assim a necessidade de incorporar esse conhecimento na assistência diária da equipe de Saúde da Família. Sendo assim, seus profissionais devem estar preparados para desenvolver as seguintes especificidades:

- ✓ Conceituar família e considerar sua complexidade.
- ✓ Cuidar com base na experiência da família ao longo do tempo, ou seja, sua história pregressa, atual e perspectivas futuras.
- ✓ Trabalhar com todos da família, tanto doentes como sadios.
- ✓ Reconhecer que a família, enquanto um sistema, é afetada pela mudança de qualquer um de seus membros.
- ✓ Reconhecer que a pessoa mais sintomática (doente) da família também pode mudar com o tempo.
- ✓ Promover apoio mútuo e compreensão entre os membros da família sempre que possível.
- ✓ Levar em conta o contexto social e cultural da família na facilitação de suas relações com a comunidade.

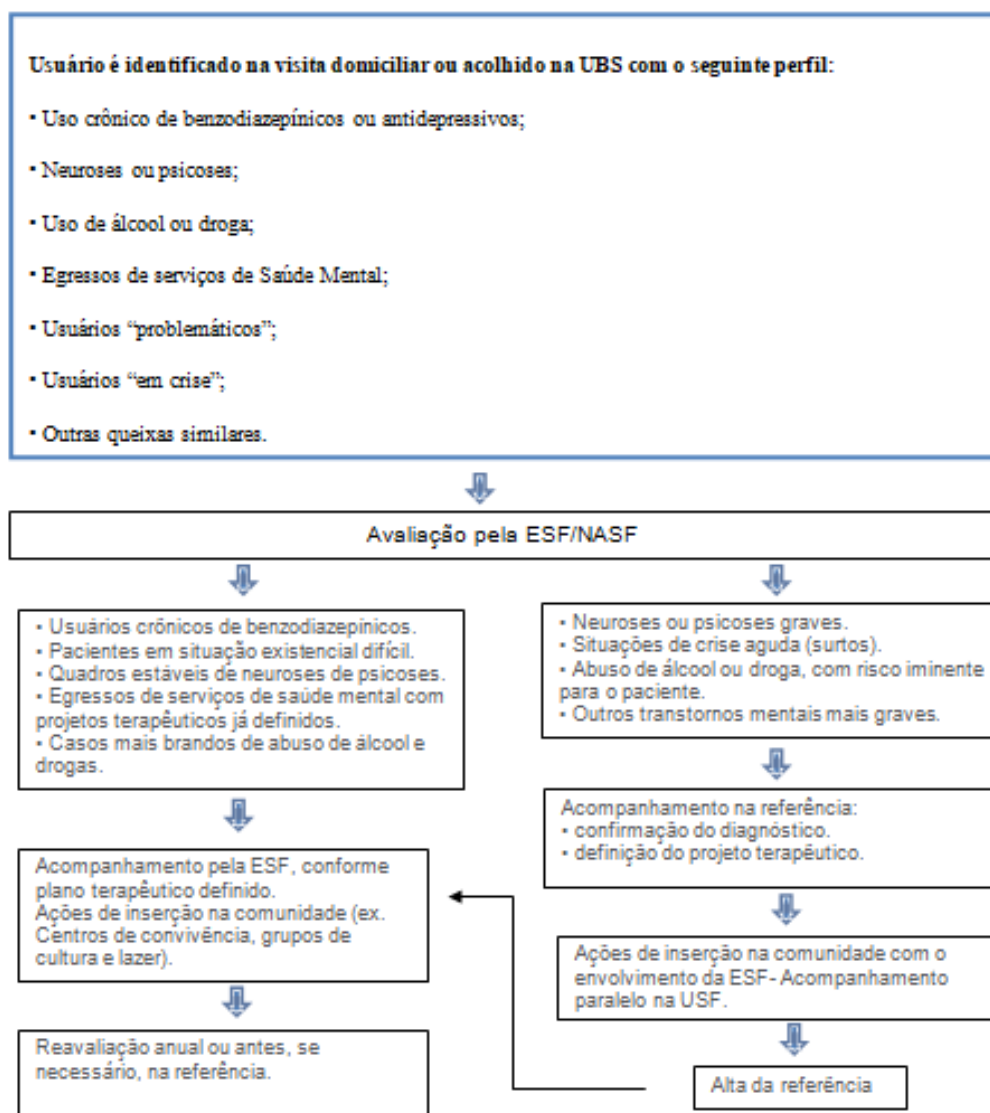
14.6 Oficinas terapêuticas e ações intersetoriais

As oficinas terapêuticas e as ações intersetoriais podem ser realizadas como estratégia de reabilitação psicossocial. Têm grande importância uma vez que possibilitam ampliar a atuação da equipe. Ressalta-se que o NASF-AB tem papel relevante no suporte ao planejamento e execução dessas ações.

14.7 Matriciamento

Articulação com o NASF-AB e/ou serviços de saúde mental com atendimentos compartilhados e corresponsabilização do cuidado. É importante frisar que mesmo quando o usuário é encaminhado para ser atendido pelos serviços de saúde mental ele continua vinculado à UAP, como qualquer outro usuário de sua área de abrangência. O contato entre as equipes da UAP e os serviços de saúde mental deve ser frequente e regular, com a finalidade de troca de informações, orientações, interconsultas, discussão de casos, etc.

14.8 FLUXOGRAMA I – Atenção em Saúde Mental



14.9 QUADRO I – ENCAMINHAMENTO

QUADRO CLÍNICO	FAIXA ETÁRIA	REFERÊNCIA
Emergência	Até 10 anos	Hospital Infantil Ismélia Silveira
	>10 anos (jovens e adultos)	HMMRC
Transtornos Mentais Graves	Até 18 anos	CAPSIJ
	>18 ANOS	CAPS II – Leslie Sanford Chavin CAPS Imbariê
Transtornos Mentais Leves e Moderados	Até 10 anos	UPH
	De 11 a 18 anos	CEATA
	>18 anos	UPH
Comprometimentos Graves Decorrentes do uso de álcool e drogas	Até 10 anos	CAPSIJ
	De 11 a 13 anos	CEATA
	>14 anos	CAPSAD
Reabilitação – Necessidades Especiais	Todas	CEAPD

14.10 Dispositivos disponíveis na rede

- AMBULATÓRIOS DE PSIQUIATRIA - atendem as pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses e neuroses de baixa severidade e comprometimento psíquico. Os usuários deverão levar: identidade; comprovante de residência; cartão do SUS e encaminhamento para triagem

14.10.1 QUADRO I – REFERÊNCIAS DE AMBULATÓRIOS

DISTRITOS	REFERÊNCIAS DE AMBULATÓRIOS
1º DISTRITO	<ul style="list-style-type: none">• CMSDC• POLICLÍNICA• HIIS
2º DISTRITO	<ul style="list-style-type: none">• UPH – PILAR• UPH – SARACURUNA• UPH - CAMPOS ELÍSEOS
3º DISTRITO	<ul style="list-style-type: none">• UPH – PARQUE EQUITATIVA• UPH – IMBARIÊ
4º DISTRITO	<ul style="list-style-type: none">• UPH – XERÉM

- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) - é um serviço de saúde de “porta aberta” destinado a acolher e tratar pessoas que sofram com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Atende adultos com transtorno mentais graves (autistas, psicóticos e outros casos). As atividades incluem atendimentos individuais, em grupo, aos familiares, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Funciona como pronto atendimento aos pacientes já inseridos no serviço.
 - CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial Leslie Sanford Chavin
 - CAPS IMBARIÊ – Centro de Atenção Psicossocial Imbariê
- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL (CAPSIJ) - serviço de atenção diária, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes, de 0 a 18 anos, gravemente comprometidos psiquicamente, incluindo os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Atende também crianças até 10

anos com comprometimento grave em razão do uso de álcool e outras drogas. As atividades incluem atendimentos individuais, em grupo, aos familiares, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSAD) - destina-se ao atendimento de adultos e adolescentes acima dos 14 anos cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas, através de um planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua, possibilitando intervenções precoces e limitando o estigma associado ao tratamento. Funciona em rede com os demais serviços de saúde no atendimento aos usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. As atividades incluem atendimentos individuais, em grupo, aos familiares, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.
- CENTRO DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA (CEAPD) - atendimento ambulatorial direcionado para a reabilitação de crianças, adolescentes e adultos com necessidades especiais (deficiência física e neurológica).
- CENTRO DE ATENÇÃO TOTAL AO ADOLESCENTE (CEATA) - ambulatório de Psiquiatria, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Assistência Social. Atendimento ambulatorial de pré-adolescentes e adolescentes de 11 a 18 anos, com transtornos mentais leves e moderados e, pré-adolescentes de 11 a 13 anos com comprometimentos graves em razão do uso de drogas e/ou álcool.
- HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO (HMMRC) - atende as situações de urgência e emergência em saúde mental e/ou aquelas decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e/ou outras drogas operando de forma articulada com os demais serviços de saúde mental do município, ou seja, compreende o atendimento a casos de crise, onde o usuário necessita de acompanhamento intensivo por no mínimo 24 horas. O objetivo da internação é estabilizá-lo com vistas à continuidade do tratamento. O Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) pode ser acionado em casos de urgência e emergência que necessitem de transporte especializado.

O tabagismo é considerado uma doença epidêmica decorrente da dependência à nicotina, classificada no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Além de ser uma doença, é fator causal de aproximadamente 50 outras doenças incapacitantes e fatais, como câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. (BRASIL 2020)

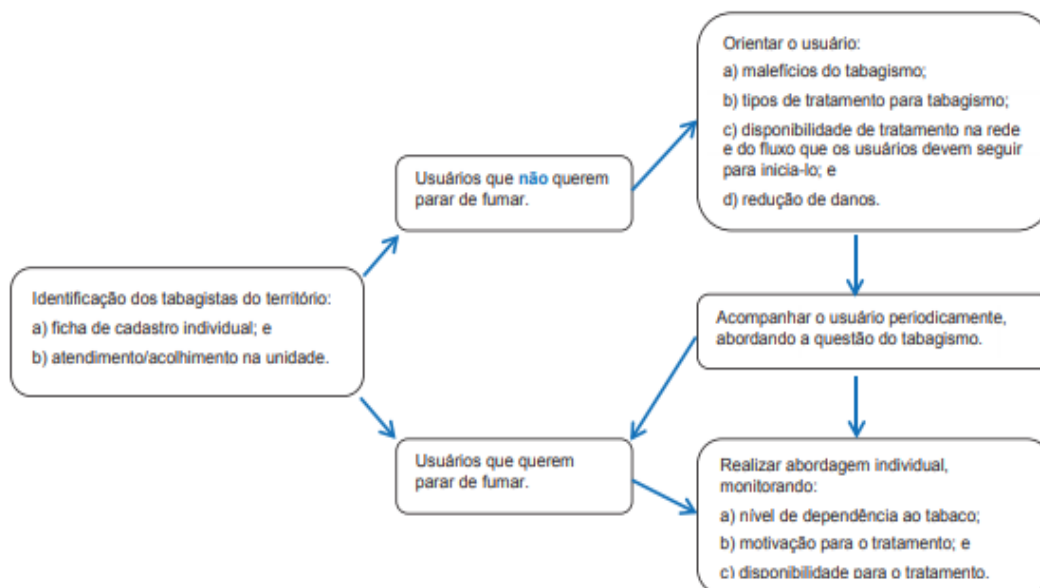
“O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, seguindo um modelo no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação de fumar e proteger dos riscos do tabagismo passivo, alcançando, assim, o objetivo proposto.” (BRASIL, 2020)

A adesão do município ao PNCT se reflete nas medidas de controle do tabagismo focadas em duas ações centrais: prevenir a iniciação e incentivar a cessação do tabagismo através do acesso aos métodos eficazes para tratamento da dependência à nicotina.

15.1 Rastreamento

O Fluxograma a seguir apresenta uma proposta de fluxo de identificação e abordagem à pessoa tabagista que é atendida pela equipe de saúde.

15.1.1 FLUXOGRAMA I – IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM DO TABAGISTA NO TERRITÓRIO



Fonte: BRASIL, 2015. p.48

15.2 Acolhimento

Todo profissional da ESF (Estratégia Saúde da Família), ao atender um usuário tabagista, deverá realizar uma escuta qualificada, que permita identificar suas necessidades e orientá-lo quanto aos malefícios do tabagismo; aos tipos de tratamento; à disponibilidade de tratamento na rede e ao fluxo que deve seguir para iniciá-lo; e às ações para redução de danos. (BRASIL, 2015)

Vale ressaltar a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas ações de combate ao tabagismo, uma vez que “sua atuação comprometida junto às famílias potencializa o alcance das ações do PNCT. Desta forma, o ACS também contribui para a redução da iniciação ao tabagismo e da sua aceitação social, além de apoiar as pessoas para que deixem de fumar”, (BRASIL, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), o ACS ao visitar uma família ou um espaço comunitário deverá:

- ✓ Realizar um levantamento do número de fumantes residentes no domicílio;
- ✓ Orientar os fumantes a não fumarem em ambientes fechados, evitando o tabagismo passivo e suas consequências para as pessoas que convivem com eles;
- ✓ Alertar os adultos para não fumarem na presença de crianças e não os estimularem a comprar cigarros;
- ✓ Enfatizar aos comerciantes que a venda de cigarros e outros produtos derivados do tabaco a menores de 18 anos de idade é proibida de acordo com a legislação federal (Lei nº 8.069/90);
- ✓ Aconselhar sempre os fumantes a deixarem de fumar, por meio de uma abordagem mínima ou breve (PAAP – Perguntar, Avaliar, Aconselhar e Preparar o fumante para a cessação, sem haver acompanhamento posterior. Duração de até 3 minutos), ou do encaminhamento para abordagem e tratamento do tabagismo na unidade de saúde;
- ✓ Motivar os fumantes que se encontram em tratamento para tabagismo na rede SUS que continuem frequentando as reuniões semanais, quinzenais e mensais na Unidade de Saúde.

15.3 Atividades Educativas

Para efetivar práticas de prevenção e promoção da saúde, a ESF atua realizando ações educativas nas escolas (Saber Saúde), salas de espera, palestras em grupos, além da abordagem educativa realizada nas consultas individuais e nas visitas/atendimentos domiciliares.

15.4 Etapas que antecedem à Abordagem Cognitivo-Comportamental

- ✓ Realização prévia de levantamento:
 - Captação de tabagistas no acolhimento, nas visitas domiciliares e no atendimento realizado por qualquer membro da equipe;
 - Estimativa do nº de tabagistas por equipe;
- ✓ Percentual de tabagistas dispostos a parar de fumar.

Observação: Quando a captação for realizada durante uma consulta, pode-se usar a abordagem básica (PAAPA – Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar o tabagista para que deixe de fumar. Duração de 3 a 5 minutos) e se não houver ficha de anamnese à disposição, incluir o Teste de Fagerström para fumantes no prontuário. Na primeira vez em que a abordagem cognitivo-comportamental for realizada em grupo, deve-se, antes da captação dos usuários, solicitar o material necessário.

- 1) Formação de um grupo superestimado de usuários, devido ao elevado percentual de desistência após a primeira reunião.
- 2) Realização de palestra informativa sobre cessação do hábito de fumar e consulta de avaliação clínica dos usuários por profissional(is) de saúde de nível superior capacitado(s).
- 3) Os usuários serão agendados para uma consulta odontológica, que deverá ser realizada, preferencialmente, antes da data programada para a primeira sessão da abordagem cognitivo-comportamental.

15.5 Tratamento

O tratamento para cessação do tabagismo no SUS consiste no aconselhamento terapêutico estruturado / abordagem intensiva (cognitivo-comportamental), acompanhado, salvo em situações especiais, pelo tratamento farmacológico. Este último é composto dos seguintes medicamentos: terapia de reposição de nicotina (adesivo, goma e pastilha) isolado ou em combinação; e cloridrato de bupropiona.

O tempo de tratamento total sugerido é de 12 meses e envolve as etapas de avaliação, intervenção e manutenção da abstinência.

15.5.1 Associação dos Tratamentos Não Farmacológicos e Farmacológicos

A associação entre o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva e a farmacoterapia é indicada para tratar a dependência à nicotina. A associação das duas formas de tratamento é mais eficaz do que somente o aconselhamento estruturado / abordagem intensiva ou a farmacoterapia isolada.

No entanto, o aconselhamento estruturado / abordagem intensiva isolada é, preferencialmente, preconizado em pacientes que apresentem uma ou mais das características abaixo:

- ✓ relato de ausência de sintomas de abstinência;
- ✓ nº de cigarros consumidos diariamente igual ou inferior a 5;
- ✓ consumo do primeiro cigarro do dia igual ou superior a 1 hora após acordar;
- ✓ pontuação no teste de Fagerström igual ou inferior a 4c.

15.5.2 Abordagem Cognitivo-Comportamental

Todos os indivíduos em tratamento para a cessação do tabagismo devem receber o aconselhamento terapêutico da dependência à nicotina envolve intervenção não farmacológica que visa o entendimento do problema e a melhora no manejo dos sintomas de abstinência.

O aconselhamento estruturado/abordagem intensiva consiste em sessões individuais ou em grupo de apoio, em torno de 8 a 15 participantes, coordenados por 1 a 2 profissionais de saúde de nível superior, capacitados pelo município, seguindo a sequência abaixo:

1) 4 sessões com periodicidade semanal, quais são abordados os seguintes conteúdos:

A cada sessão ocorrerá distribuição e a abordagem da cartilha específica.

- **Sessão 1: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde** – nesta sessão serão desenvolvidas orientações sobre os aspectos do tabagismo e métodos para deixar de fumar. Também serão abordadas tarefas para que o paciente: identifique e mensure sua dependência física e psicológica; pense numa data e o método que usará futuramente para deixar de fumar.

*Neste momento, deve ser feita a requisição dos insumos (cartilhas, fichas de anamnese e planilha municipal de tratamento do tabagismo), para repor o material utilizado

- **Sessão 2: Os primeiros dias sem fumar** – Nesta sessão serão conduzidas discussões sobre viver os primeiros dias sem fumar, síndrome de abstinência e estratégias para superá-la, exercícios de respiração e relaxamento. Haverá definição de assertividade

tarefas estimulando-o a efetivar a cessação na data e método escolhidos para deixar de fumar e trazer o resultado na próxima sessão.

Ao término da sessão, assim como das subsequentes, será possível liberar prescrições para os usuários que necessitem também de terapia medicamentosa.

**Importante destacar que a TRN (Terapia de Reposição de Nicotina), seja isolada ou em combinação, só deve ser iniciada na data em que o paciente deixar de fumar. A TRN não deve ser usada de forma concomitante com o cigarro ou outros derivados de tabaco.*

A prescrição na terapia de reposição de nicotina poderá ser feita pelo profissional de saúde de nível superior que tenha sido capacitado (Conforme normativa que rege a categoria a profissional). O cloridrato de bupropiona, no entanto, há a necessidade de prescrição médica

- **Sessão 3: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar –**

Nesta sessão o indivíduo será estimulado a identificar os benefícios físicos obtidos após parar de fumar, descrição das causas e estratégias para lidar com o ganho de peso que se segue ao parar de fumar, álcool e sua relação com o parar de fumar, importância do apoio interpessoal para continuar sem fumar.

Também serão apresentadas tarefas envolvendo leituras e estímulo à prática dos exercícios de relaxamento e dos procedimentos práticos para lidar com a fissura.

- **Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar –** Nesta sessão, o indivíduo é estimulado a apresentar alguns exemplos desses benefícios de parar de fumar. É abordado as principais armadilhas evitáveis para permanecer sem fumar, os benefícios a longo prazo obtidos com o parar de fumar, planos de acompanhamento para prevenção da recaída. Também faz parte dessa sessão a orientação aos que não conseguiram parar de fumar.

Brasil, 2020

2) **2 sessões quinzenais**, abertas a todos que já tenham realizado as 4 sessões iniciais.

O teor das sessões de manutenção não mais será estruturado, pois o objetivo fundamental é conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar e auxiliá-lo com orientações.

- 3) **1 reunião mensal aberta**, com a presença de todos que participaram das reuniões anteriores, para prevenção da recaída, até completar 1 ano.

Assim como nas sessões de manutenções quinzenais, as sessões de manutenção mensal não são estruturadas, e seu teor permanece conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar, orientar e fortalecer a decisão de permanecer sem fumar. (BRASIL, 2020)

15.6 Consulta de Avaliação Clínica do Usuário

Antes que se iniciem as sessões de abordagem cognitivo-comportamental, o usuário deverá passar por uma avaliação de profissional de saúde de nível superior capacitado, para que seja elaborado um plano de tratamento. Nessa avaliação, será preenchida a ficha de Anamnese Clínica para o Tratamento do Tabagismo (contém o Teste de *Fagerstrom*), modelo atualizado em 2020, com o intuito de mensurar os graus e tipos de dependências dos usuários e de verificar se, além da abordagem cognitivo-comportamental, há a indicação de apoio medicamentoso (BRASIL, 2020).

Neste momento, informar à coordenação do programa quantas anamneses foram realizadas e a data de início das sessões da abordagem cognitivo-comportamental individualmente ou em grupo, utilizando a Planilha de Acompanhamento Mensal dos Tabagistas.

15.7 Consultas Subsequentes

Todo usuário que tiver indicação de uso de qualquer tipo de apoio medicamentoso deverá ser acompanhado, em consultas individuais subsequentes, pelo profissional de saúde que realizou a prescrição (BRASIL, 2020).

“O profissional de saúde pode articular ações com os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFAB), que podem auxiliar no manejo de usuários com

comorbidades psiquiátricas ou que estejam com dificuldades em relação à nutrição para frear o ganho de peso, por exemplo” (BRASIL, 2015).

15.8 Avaliação Odontológica

Tem por finalidade esclarecer os benefícios da cessação do hábito de fumar para a saúde oral, ao realizar orientações preventivas e avaliação clínica do usuário. Confirmada a necessidade do tratamento clínico, o agendamento deverá ser feito de acordo com a disponibilidade da agenda local, respeitando os casos prioritários. Com esta abordagem, busca-se estimular a adesão dos usuários às sessões programadas em grupo.

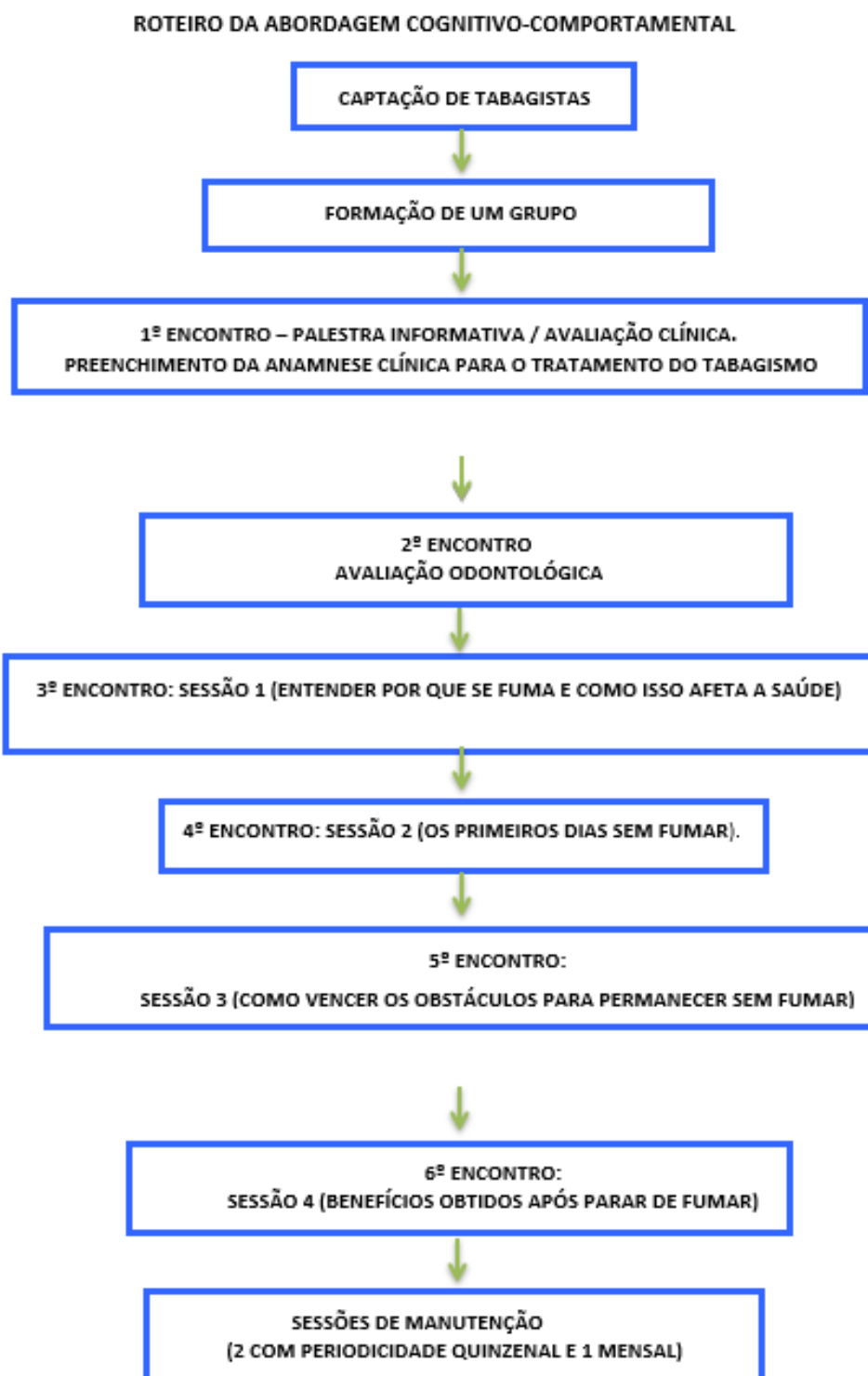
15.9 Monitoramento Municipal das Ações do Programa Nacional de Controle de Tabagismo

A Unidade de Saúde deverá quadrimestralmente encaminhar para a Coordenação Municipal do Programa de Tabagismo num prazo de 15 dias após o término do quadrimestre o consolidado dos atendimentos realizados (conforme modelo da Unidade de Saúde que poderá ser manual – impresso ou Eletrônico). As datas definidas são: 01 a 15 de janeiro; 01 a 15 de maio; e 01 a 15 de setembro.

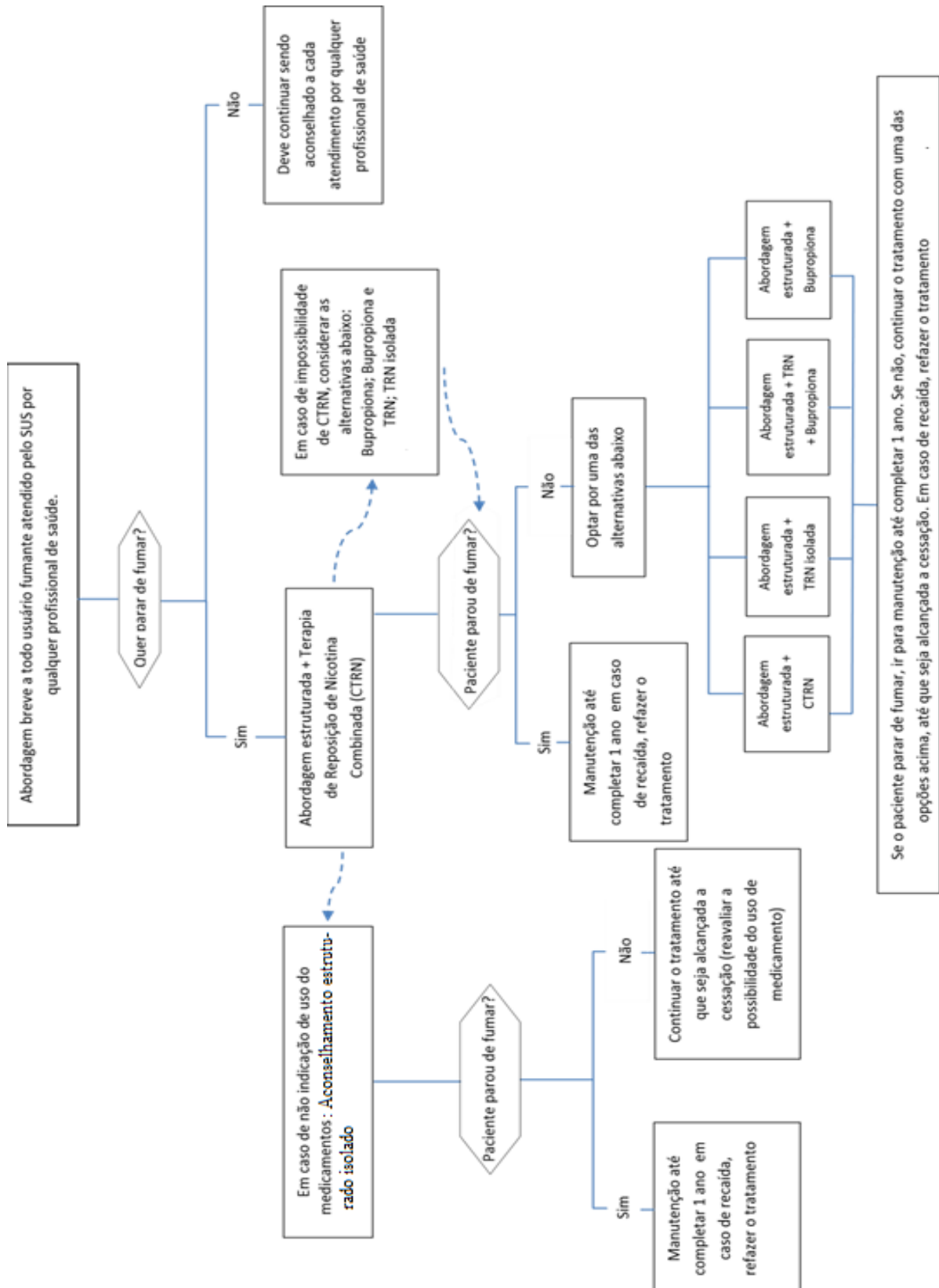
15.10 Códigos das Consultas

- ✓ Consulta para Avaliação Clínica do Fumante (Produção Ambulatorial) – Código: 030101009-9.
- ✓ Consultas subsequentes - Abordagem Cognitiva Comportamental do Fumante – Código: 030108001-1.

15.11 FLUXOGRAMA I – ROTEIRO DA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL



15.12 FLUXOGRAMA II – TRATAMENTO



16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

16.1 CAPÍTULO 02 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. I)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. 2. ed. revista e corrigida –Rio de Janeiro: SMSDC, COREN, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 2.1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 171 p.

16.2 CAPÍTULO 03 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde(Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 12 – Obesidade. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Diabetes Mellitus. Brasília, 2013.

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - Diretrizes 2019-2020 ed. Científica. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - Classificação etiológica do diabetes mellitus. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/pdf/diabetes-tipo-2/002-Diretrizes-SBD-Classificacao- pg5.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/pdf/diabetes-tipo-2/001-Diretrizes-SBD- Epidemiologia-pg1.pdf>

16.3 CAPÍTULO 04 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção

Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006(b). 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

GUIA DE REFERÊNCIA RÁPIDA. Hipertensão. Manejo clínico da hipertensão arterial em adultos. Versão PROFISSIONAIS. p. 14, 2013. 1ª edição.

Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3

16.4 CAPÍTULO 05 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Caderno de Atenção Básica nº 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

16.5 CAPÍTULO 06 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Guia para utilização de medicamentos e imunobiológicos na área de hanseníase. Brasília: 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância e Doenças Transmissíveis. Guia Prático sobre a Hanseníase. Brasília, Ministério da Saúde, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo ao mundo sem hanseníase. 2016

RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais. Gerência de Dermatologia Sanitária. Linha de cuidado da hanseníase. 2010

RIO DE JANEIRO. Protocolo de Enfermagem da Atenção Básica – Região Metropolitana 1- Rio de Janeiro 2016.

16.6 CAPÍTULO 07 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015. Link: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf

Brasil. Boletim Epidemiológico – Sífilis Ano IV- nº 1. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/_p_boletim_sifilis_2015_final_pdf_p__15727.pdf/

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de boas práticas para HIV/Aids na Atenção Básica. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Brasília, 2014. Link: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56264/_p_caderno_boas_praticas_pdf_p__32688.pdf 4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção 1, p. 37, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

Evangelista CB, Oliveira AMM, Ventura HN, Morais JMD, Freire MIGA. Abordagem Sindrômica das doenças Sexualmente Transmissíveis: Uma Pesquisa Documental. In: REFERENCES CONCLUSION Oliveira AWN, Galvão TRAF, Neves KTQ et al. Anais do 15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. 2012, Fortaleza, Brasil [Internet]. CBCENF, 2012 [cited 2014 May 19]. Disponível em: http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivos_Trabalhos/I35886_E10.T8038.D6AP.pdf

WHO. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. 1.Syphilis – transmission. 2.Syphilis – prevention and control. 3.Syphilis, Congenital. 4.Infectious Disease Transmission, Vertical. 5.Infant, Newborn, Diseases, 2012. ISBN 978 92 4 150434 8. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf

16.7 CAPÍTULO 08 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

16.8 CAPÍTULO 09 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.234 p.: il

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

16.9 CAPÍTULO 10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Diabetes – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e

Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm GESTANTE Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2023/2024. <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>

de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Korkes HA, Peraçoli JC, Ramos JGL, Sass N, Martins-Costa SH, de Oliveira LG, Costa ML, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta AM, Freire CHE, Poli-de-Figueiredo CE, Rocha Filho EAP, Cavalli RC. Hipertensão Arterial Crônica – Protocolo no. 01/2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023.

de Rossi P, et al. Joint report of SBI (Brazilian Society of Infectious Diseases), FEBRASGO (Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations), SBU (Brazilian Society of Urology) and SBPC/ML (Brazilian Society of Clinical Pathology/Laboratory Medicine): recommendations for the clinical management of lower urinary tract infections in pregnant and non-pregnant women. *Braz J Infect Dis.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.04.002>

Herrmann, Angelita. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016.

Peraçoli JC, Costa ML, Cavalli RC, de Oliveira LG, Korkes HA, Ramos JGL, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta AM, Freire CHE, Poli-de-Figueiredo CE, Rocha Filho EAP, Sass N. Pré-eclampsia – Protocolo 2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023.

Protocolo estadual de atenção ao pré-natal de risco habitual [livro eletrônico] / org. Raquel de Moraes Barbosa Caprio, Thais de Andrade Vindaurre Franco, Camila Cunha Souza Nóbrega; coord. Governo do Estado do Rio de Janeiro. 1. Ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde – SES, 2020.

Surita FG, Souza RT, Carrilho TR, Hsu LP, Mattar R, Kac G. Orientações sobre como monitorar o ganho de peso gestacional durante o pré-natal. FEMINA 2023;51(2):70-6.

16.10 CAPÍTULO 11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADPF nº 54e 147. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Disponível em <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2226954> em 22 de maio de 2023.

Fiocruz. Portal Boas Práticas. Principais Questões Sobre Aborto Legal. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-aborto-legal/> em 22 de maio de 2023.

Anis – Instituto de Bioética. Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS) : as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar / Anis – Instituto de Bioética, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. –Brasília: Letras Livres, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. : il. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe técnico para implantação da vacina adsorvida difteria, tétano e coqueluche (Pertussis Acelular) tipo adulto – dTpa. Brasília, 2014.

Prefeitura do Rio de Janeiro. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida. Atenção ao Pré-Natal**. Rotinas para gestantes de baixo risco 1ª edição 2013

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: Il-1. Atenção Básica. 2. Protocolos. 3. Saúde da Mulher. I. Título. II. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 124 p.: Il-1. Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2. Atenção Integral À Saúde. I. Título

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei. Protocolo Febrasgo-Ginecologia, n. 69. Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais. São Paulo: Febrasgo, 2021. pp. 13-14.

16.11 CAPÍTULO 12 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informativo detecção precoce: Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata, Boletim ano 5, n. 2, maio/ agosto 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária, n. 29 – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado de Goiás/organizadores Claci Fátima Weirich Rosso... [et. al.].- Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014.

Simão AF, Précoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. ArqBrasCardiol. 2013.

Protocolo de Enfermagem da Atenção Básica – Região Metropolitana 1 – RJ. 2016

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284

16.12 CAPÍTULO 13 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

16.13 CAPÍTULO 14 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 34).

SOUZA, D. M. M. e. A prática diária na estratégia Saúde da Família (Org.). Juiz de Fora: UFJF, 2011.

PESSOA, F. S.; SILVA, M. S.; GARCIA, P. T. Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde. UFMA- UNA-SUS. São Luis. Ed. EDUFMA, 2017.

16.14 CAPÍTULO 15 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo> Acesso em: 12 de setembro de 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. O agente comunitário de saúde e o controle do tabagismo no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância, Programa Nacional de Controle do Tabagismo; organização Valéria Cunha. – 2. ed. rev.– Rio de Janeiro: Inca, 2014.