

GPS

GUIA – PROTOCOLOS DE SAÚDE

- **ATENÇÃO BÁSICA**

VERSÃO PRELIMINAR

Novembro – 2005
Salvador - BA

PAULO GANEM SOUTO
Governador do Estado da Bahia

ERALDO TINOCO
Vice-Governador

JOSÉ ANTONIO RODRIGUES ALVES
Secretário de Saúde do Estado da Bahia

MARIA DO CARMO TAMBONE DE ALMEIDA
Superintendente de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde

EFIGENIA DE FÁTIMA CARDOSO
Diretora de Promoção à Saúde

Ficha Catalográfica

EQUIPE TÉCNICA – ORGANIZADORES

Flávio Gutzeit Will

Médico, Especialista em Clínica Médica e Saúde Coletiva. Consultor do Projeto Saúde Bahia

Gerusa Silva Santos

Enfermeira sanitária. Especialista em Medicina Social com ênfase em Saúde da Família ISC/UFBA. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) – Ministério da Saúde. Consultora da DPS/SURAPS/SESAB/Projeto Saúde Bahia.

COLABORADORES DAS ÁREAS TÉCNICAS

Ana Luiza Villasbôas – Médica da SESAB, Mestre em Saúde Comunitária, Coordenadora da Residência em Medicina Social, Formação Multiprofissional em Saúde da Família - ISC/UFBA.

Ana Luiza Fontes – Médica Ginecologista técnica do Centro de Saúde Reprodutiva – CRESAR/SESAB e membro da SOGIBA

Ana Maria L. Fontes – Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, professora/UESC-BA.

Ângela Mutti – Médica, dermatologista, mestre em medicina

Alessivania Mota – Assistente social, especialista em medicina Social com ênfase em Saúde da Família.

Alionete Gomes Sodré - Cirurgiã dentista, técnica da área de Saúde Bucal da SESAB.

Amandia Lúcia Gonçalves da Silva – Coordenadora do Programa de Hanseníase do Estado/BA

Augusto Mota – Médico oncologia clínica / CICAN

Achiléa Lisboa Bittencourt – médica, professora de Patologia da UFBA e pesquisadora do CNPQ

Balbina Lemos da Silva – Médica, Diretora do CRESAR/SESAB

Bruno Guimarães de Almeida – Enfermeiro residente em Saúde da Família ISC/UFBA

Célia Paim – Enfermeira, coordenadora do Programa Viva Mulher BA/ CICAN/SESAB/INCA

Claudine Telles de Araújo – Cirurgiã dentista. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Saúde da Família pela UEFS. Consultora da DPS/Projeto Saúde Bahia.

Claudia Montal – Nutricionista da Área Técnica de Alimentação e Nutrição da SESAB, Mestre em Nutrição /UFBA

Cynthia Rodamilans Serra Lorenzo – médica infecto pediatra do CREAIDS

Daniel Santos Rebouças – Médico toxicologista, coordenador técnico do Centro de Informações Antiveneno da Bahia – CIAVE

Delia Maria Rabelo dos Santos – Médica responsável pelo monitoramento externo de qualidade dos exames citopatológicos do CICAN

Déborah Daniela Madureira T. Carneiro – Médica veterinária técnica GT raiva DIVEP/SESAB

Evie Souto Miranda - Farmacêutica, especialista em medicina Social com ênfase em Saúde da Família

Edna Rezende – Enfermeira, técnica da coordenação de hipertensão do Estado - CEDEBA

Fabiana Bahia - Diretora do CREAIDS/BA

Françoise Elaine dos Santos Oliveira – Farmacêutica sanitária. Especialista em Medicina Social com ênfase em Saúde da Família. Consultora da DPS/SURAPS/SESAB/Projeto Saúde Bahia

Francisco Dantas – Oncologista Clínico – CICAN / SESAB

Helena Pataro Chagas de Oliveira – Coordenadora do Programa do Idoso – CREASI/BA.

Helena Pimentel - Médica Geneticista – Assessora Médica do SRTN – APAE/SSA e Assessora Técnica do Ministério da Saúde em Triagem Neonatal

Hélio Paulo de Matos Junior – Coordenador Estadual de Hepatites Virais/BA

Ignês Beatriz Oliveira Lopes - Fisioterapeuta especialista em Medicina Social: área de concentração em Saúde da Família; Professora do Curso de Fisioterapia da UCSal, FTC e FJA.

Ivone Ribeiro Torres – Enfermeira, instrutora da EFTS.

Isabela de Sena Brito – Técnica do Programa do Idoso – CREASI

Isa Menezes Lyra – Coordenadora do ambulatório de hematologia da Fundação HEMOBA; Professora do curso de medicina da FTC; Hematologista pediátrica da UFBA.

Isis Sacramento Ferreira – Médica residente em Saúde da Família ISC/UFBA

Jacqueline Dourado Fernandes da Silva – Cirurgiã dentista, especialista em periodontia pela UFRJ, técnica da área de Saúde Bucal da SESAB.

Jeane Meire Sales Macedo - Médica endocrinologista do CEDEBA

Jean Carla de Lima – consultora Estadual de Doenças Exantemáticas/BA

Jesuína do Socorro Mendes Castro – Coordenadora Estadual do Programa Nacional de Controle da Dengue da DIVEP/SESAB

Jorge Mendonça de Matos – Sanitarista, mestre em Saúde Coletiva, Epidemiologia em serviços de Saúde, Gerente Estadual do Programa de Controle da Doença de Chagas/BA

José David Alcântara Cruz Filho – Médico residente em Saúde da Família do ISC/UFBA

Josecy Peixoto – Médica geriatra do CREASI/BA

José Henrique Barreto – Médico oncologista pediátrico, Epidemiologista, DANT/DIVEP/SESAB

Joslene Lacerda Barreto – Farmacêutica, especialização em Assistência farmacêutica, técnica da CEAF/DIVISA/SESAB

Juliane Passos Avena – Farmacêutica, Coordenadora Estadual da Assistência Farmacêutica – CEAF/DIVISA/SESAB

Kleber Luz – Monitor de Capacitação em pacientes pediátricos com dengue da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Leonardo Kruschevsky – Médico cirurgião Cabeça e Pescoço – CICAN / SESAB

Lílian Carvalho – Médica, especialista em Medicina Social: área de concentração em Saúde da Família.

Lícia Maria Oliveira Moreira – médica, professora titular de neonatologia da UFBA, coordenadora do ambulatório de Infecções Congênitas do HUPES.

Luís André Souza Ferreira – Supervisor da RMS / ISC / UFBA

Luís Fernando Adan – Médico endocrinologista PHD/CEDEBA

Magnólia Carvalho – médica, professora de Neonatologia da Escola Medicina e Saúde Pública

Maria Izaura L. A. Brito - Nutricionista da Área Técnica de Alimentação e Nutrição da SESAB, Especialista em Nutrição Clínica/UFBa

Margareth Handan Melo Coelho – Médica pediatra, técnica da área de Saúde da criança DPS/SESAB

Maria Aparecida Araújo Figueiredo – Enfermeira, mestre em saúde pública, técnica da Coordenação de Agravos da DIVEP/SESAB

Maria Cristina de Camargo – Enfermeira obstétrica técnica do CRESAR, mestra em Saúde Coletiva – ISC/UFBa

Maria das Graças Gil – Médica dermatologista GT hanseníase SESAB/MS

Maria de Fátima Sá Guirra – Enfermeira responsável pela COPIM/SESAB.

Maria de Fátima Guimarães Varela - Cirurgiã dentista, técnica da área de Saúde Bucal da SESAB.

Maria das Graças Velanes de Faria – Enfermeira, sub-coordenadora de diabetes do CEDEBA

Maria do Carmo G. de Oliveira – Diretora do CESAT / SESAB

Maria Izabel Mota Xavier – Enfermeira, mestre em Saúde Pública, técnica da Coordenação de Agravos da DIVEP/ SESAB

Maria Mazarello Vilaça – Coordenadora Estadual do Programa de vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite

Maria Rosário Ribeiro Barreto – Médica pediatra, técnica da área de saúde da criança DPS/SESAB

Maria Salet Parise – Assessora Nacional do SUS-COVER

Maricélia Maia de Lima – Assessora do Ministério da Saúde

Marilandia Eufemia Marques – Gerente do controle de tracoma – DIVEP/SESAB

Marília Galeffi – Médica cardiologista da coordenação de hipertensão do Estado (CEDEBA)

Mirian Pinillos Marambaia – Médica especialista em medicina social ISC/UFBA, técnica da COAPRO/DPS/SESAB.

Mônica Gusmão – Enfermeira-Dant's - DIVEP/SESAB

Mônica Hupsel Frank – Diretora do CREASI/BA

Nádia Maria Simões Lopes Pires – Assistente Social, técnica dos recursos humanos pelo Programa de Educação em Saúde do CICAN

Odelisa Silva de Matos – Médica endocrinologista do CEDEBA

Olga Cristina Lima Sampaio – Enfermeira sanitária, coordenadora da COAGP/DPS/SESAB
Orgali Maria Gomes Soares Marques – Coordenadora do Programa de Meningite/SESAB.
Raimunda Maria Campos dos Santos – Coordenadora Estadual das Doenças Exantemáticas/SESAB.
Regina Marilu Meireles – Coordenadora técnica do CREASI/BA.
Reine Marie Chaves Fonseca – Médica endocrinologista, diretora da SESAB/CEDEBA
Roberto Fontes - Médico ginecologista e obstetra do Centro de Referência em DST/CTA- COAS/BA
Rosa Esther de Almeida Souza Magalhães – Cirurgiã dentista, especialista em Saúde Pública pela UNAERP. Técnica da área de Saúde Bucal da SESAB.
Rosan Barbosa de Matos – Farmacêutico, técnico da CEAF/DIVISA/SESAB
Rosane Maria M. Martins Will – Enfermeira, Mestre em Saúde coletiva GT Hanseníase/ SESAB/MS
Roseli Monteiro da Silva – Médica sanitária consultora do CICAN/BA
Roberta Ferracuti – Médica pediatra, especialista em Medicina Social: área de concentração em Saúde da Família.
Rúbia Fadul – Médica psiquiatra, técnica da Coordenação Estadual de Saúde Mental/SESAB.
Silvone Santa Bárbara da Silva Santos – Consultora Estadual das Doenças Exantemáticas
Shirlei Cristina Moreira - Médica dermatologista
Solange da Cruz Coelho – Enfermeira, técnica da área de saúde da criança DPS/SESAB
Sonia Cristina Sales Pereira Barreto – Enfermeira, especialista em médico cirúrgica, técnica da área de saúde da criança DPS/SESAB
Tatiana Maria Souza Santos - Farmacêutica sanitária. Especialista em Medicina Social com ênfase em Saúde da Família. Consultora da DPS/SURAPS/SESAB/Projeto Saúde Bahia
Telma Pereira de Santana Messeder – Odontóloga / CICAN / SESAB – Responsável pelo Programa de Atendimento/ Diagnóstico e Tratamento de lesões bucais
Virgínia Falcão – Bióloga sanitária- técnica do CRESAR/BA, membro do fórum comunitário de combate à violência.

APOIO TÉCNICO

Érika França Cardoso

Sandro Roberto Sousa Sampaio Tosta

APRESENTAÇÃO

A Atenção Básica congrega um conjunto de conhecimentos e práticas no primeiro nível de organização dos sistemas de saúde, sendo considerada a “porta de entrada” no sistema e o *locus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e população no decorrer do tempo.

A publicação deste **Guia – Protocolos de Saúde – Atenção Básica** expressa o reconhecimento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia da importância da atenção básica e a sua contribuição para a melhoria da saúde.

O Guia reflete as concepções e experiências dos profissionais de saúde das múltiplas áreas técnicas e pretende servir como fonte de informação e ferramenta de trabalho para aqueles que a praticamente desejam e uma base para pensar a respeito de suas abordagens, os pesquisadores que a estudam, os pacientes que a utilizam e desejam entendê-la e os formulados da política interessados em melhorá-la.

Considerando a complexidade da Atenção Básica, este Guia utilizou os eixos e temas voltados para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, tendo como base a Agenda Estadual de Saúde, Pactuação de Atenção Básica e a Norma Operacional de Assistência à Saúde.

O caminho percorrido pelo conjunto de profissionais responsáveis pelo seu conteúdo foi ao mesmo tempo contribuição e aprendizado. Ainda que haja espaços e lacunas quanto a precisão e desvios de conceitos e concepções, refletem a riqueza do processo em construção.

Os desafios para que a Atenção Básica se torne cada vez mais forte e conhecida como aspecto crítico dos sistemas de saúde exigem esforços conjuntos.

Se este Guia alcançar isso terá atingido seus objetivos.

JOSÉ ANTÔNIO RODRIGUES ALVES
SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

SUMÁRIO

EIXO 1. PROMOVENDO A QUALIDADE DE VIDA

| | |
|--|----|
| 1.1. Abordagem Coletiva: Articulando Ações Intersetoriais | 2 |
| Documentos de referência e eventos históricos para a ampliação conceitual da Promoção da Qualidade de Vida e Saúde----- | 2 |
| Áreas temáticas da Promoção da Qualidade de Vida----- | 3 |
| Propósitos e conceitos demandados nas ações intersetoriais (trans) para a Promoção da Qualidade de Vida e Saúde----- | 4 |
| Pressupostos e princípios das articulações intersetoriais (código de convivência) ----- | 5 |
| Componentes de uma Agenda Intersetorial de Promoção da Qualidade de Vida e Saúde----- | 6 |
| Em busca de instrumentos para o planejamento: | |
| – Uma proposta de Planejamento Estratégico Situacional----- | 7 |
| Perfil, habilidades e competências individuais requeridas para os empreendedores na Promoção da Qualidade de Vida e saúde – “Realizadores de sonhos” ----- | 9 |
| 1.2. Abordagem individual e de Grupos Específicos – Estimulando atitudes, hábitos, estilo de vida e comportamentos saudáveis | 13 |

EIXO 2. MANEJO INTEGRADO DE RISCOS E AGRAVOS

| | |
|--|----|
| 2.1. Reprodução humana | 17 |
| Planejamento reprodutivo / tecnologias e métodos da anticoncepção----- | 17 |
| Pré-natal ----- | 24 |
| Parto----- | 26 |
| Puerpério----- | 28 |
| Climatério----- | 29 |
| 2.2. Crescimento e desenvolvimento da criança | 31 |
| Status nutricional da criança e outros grupos populacionais----- | 34 |
| 2.3. Orientações pertinentes a Terceira Idade----- | 45 |
| 2.4. Situações de riscos e agravos não transmissíveis | 48 |
| Diabetes Mellitus----- | 48 |
| Hipertensão Arterial Sistêmica----- | 57 |
| Prevenção e detecção precoce de câncer: | |
| – Colo de útero----- | 65 |
| – Mama----- | 72 |
| – Pele----- | 74 |
| – Próstata----- | 76 |
| – Infantil----- | 78 |

| | |
|---|-----|
| Detecção de afecções congênitas | |
| – Anemia Falciforme----- | 82 |
| – Hipotireoidismo----- | 85 |
| Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT----- | |
| | 7 |
| Violência Intrafamiliar----- | 91 |
| Queimaduras----- | 95 |
| Ferimentos----- | 97 |
| Afogamento----- | 98 |
| Animais peçonhentos----- | 100 |
| | |
| 2.5. Situações de risco e agravos transmissíveis | 111 |
| 2.5.1. Doenças parasitárias: | 111 |
| Intestinais----- | 111 |
| Leishmaniose cutânea/mucosa/visceral----- | 113 |
| Doença de Chagas----- | 117 |
| Escabiose/pediculose----- | 119 |
| 2.5.2. Tétano----- | 120 |
| 2.5.3. Dengue----- | 122 |
| 2.5.4. Doenças infecto-contagiosas: | 126 |
| Hepatites----- | 126 |
| Raiva/mordedura----- | 130 |
| Rubéola----- | 132 |
| Sarampo----- | 133 |
| Tuberculose----- | 134 |
| DST/AIDS----- | 139 |
| Hanseníase/ reações hansênicas /reação adversa a poliquimioterapia - PQT----- | 151 |
| Imunoprevenção: Calendário vacinal/ reações vacinais----- | 158 |
| Leptospirose----- | 164 |
| Meningites----- | 167 |
| Infecções Congênitas e Perinatais----- | 169 |
| | |
| 2.6. Situações especiais | 175 |
| 2.6.1. Abordagem Síndrômica | 175 |
| Cefaléia----- | 175 |
| Infecção respiratória----- | 177 |
| Asma /Rinite----- | 183 |
| Crise convulsiva----- | 188 |
| Diarréia----- | 192 |

| | |
|---|-----|
| Dor abdominal----- | 194 |
| Dor torácica----- | 200 |
| Paralisia flácida aguda/Poliomielite----- | 204 |
| Cárie e outras afecções da cavidade oral----- | 206 |
| Tracoma----- | 213 |
| Intoxicação exógena----- | 216 |
| 2.6.2. Casos críticos----- | 217 |
| Insuficiência respiratória----- | 217 |
| Parada cardiorespiratória----- | 218 |

EIXO 3. REINTEGRAÇÃO E REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

| | |
|---|-----|
| Acompanhamento dos portadores de necessidades especiais/Saúde Mental----- | 222 |
| Drogas lícitas e ilícitas----- | 228 |
| Abordagem individual e familiar para acamados cronicamente----- | 234 |
| Cuidados complementares em afecções respiratórias----- | 235 |
| Prevenção e reabilitação das seqüelas da hanseníase----- | 236 |
| Cuidados posturais----- | 238 |
| Reabilitação e prevenção do desconforto no pré-natal e puerpério----- | 239 |

ANEXOS:

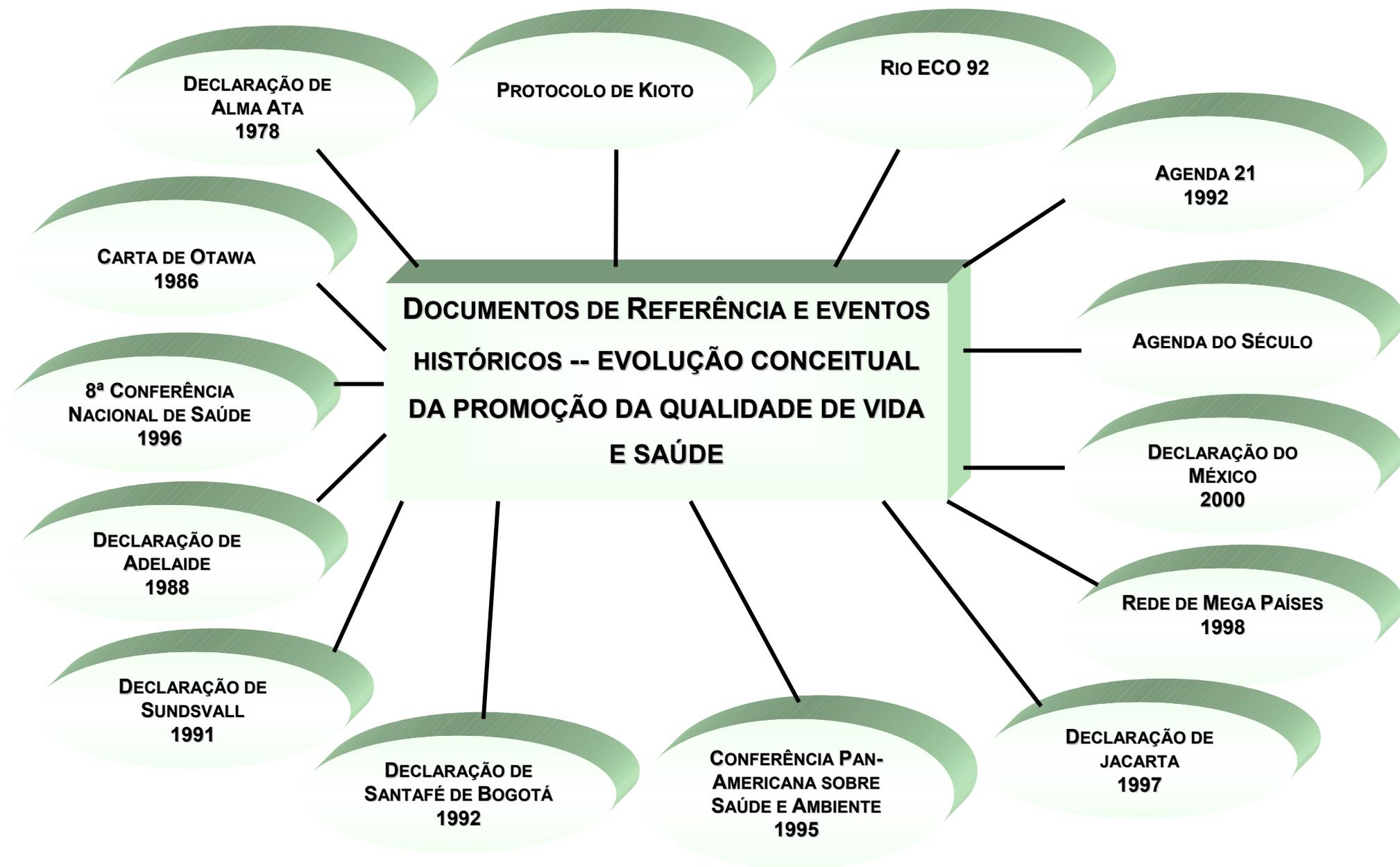
Abreviaturas e siglas;
Reações adversas aos medicamentos;
Anexo Terapêutico;

240

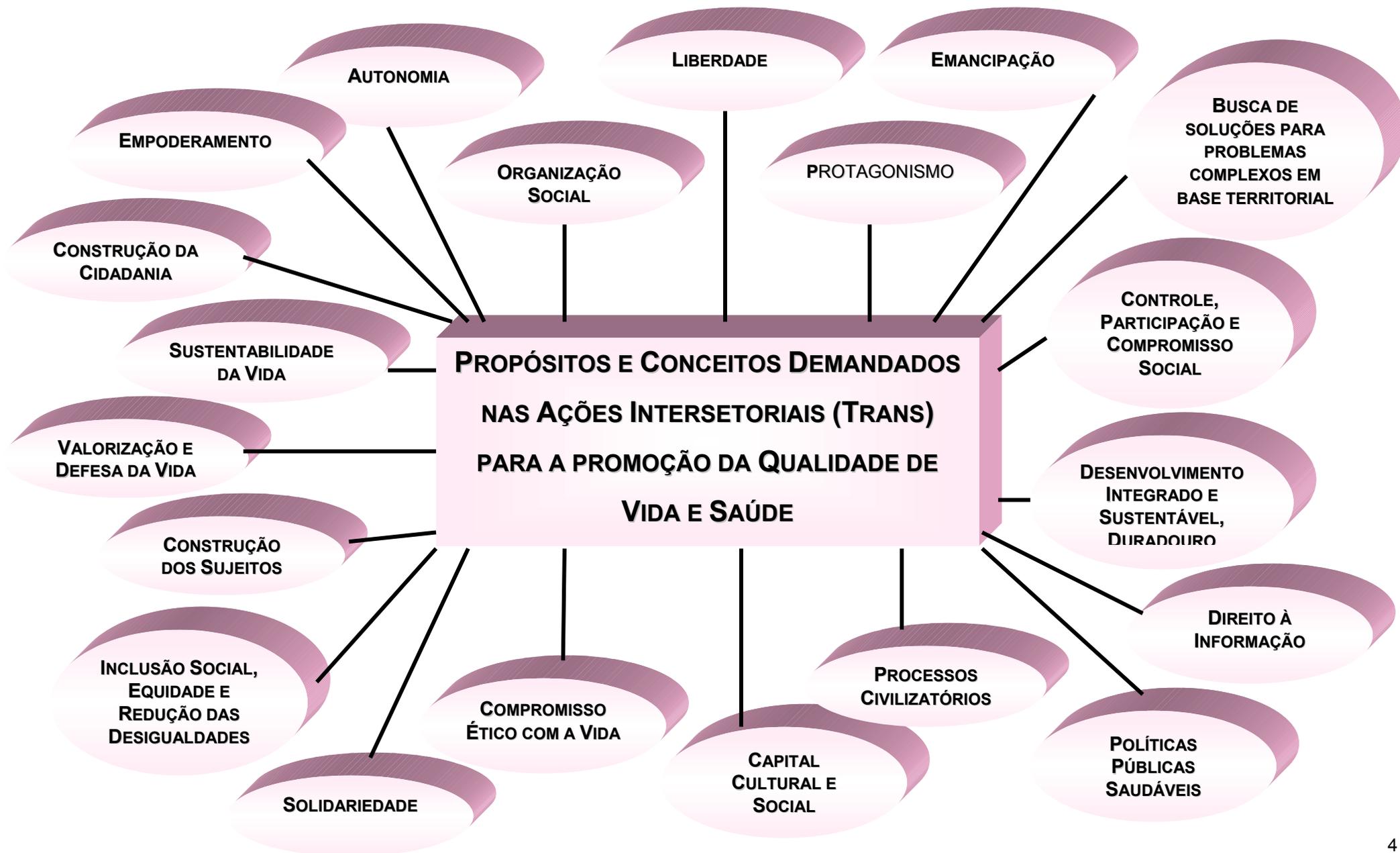
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

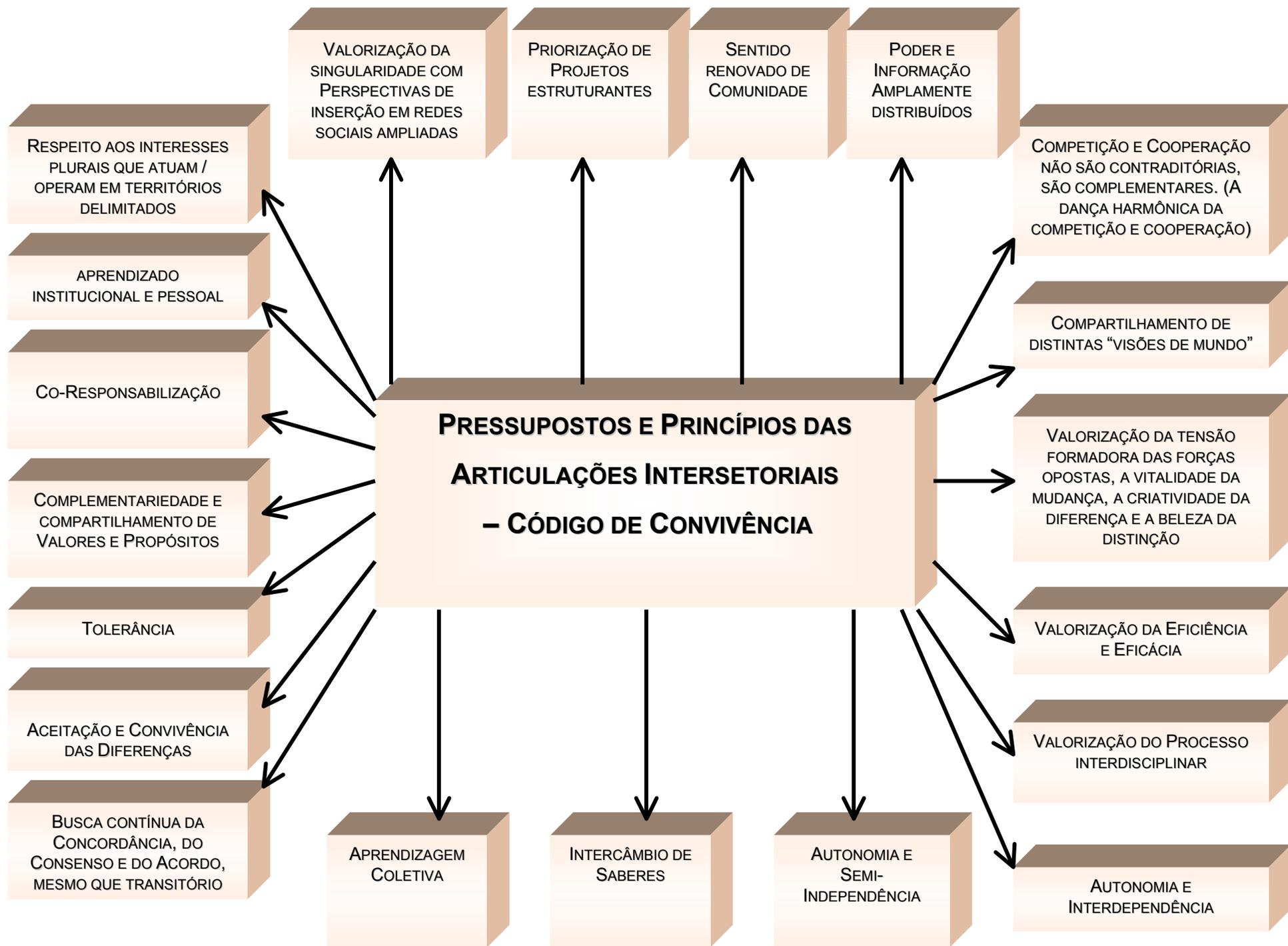
Eixo 1

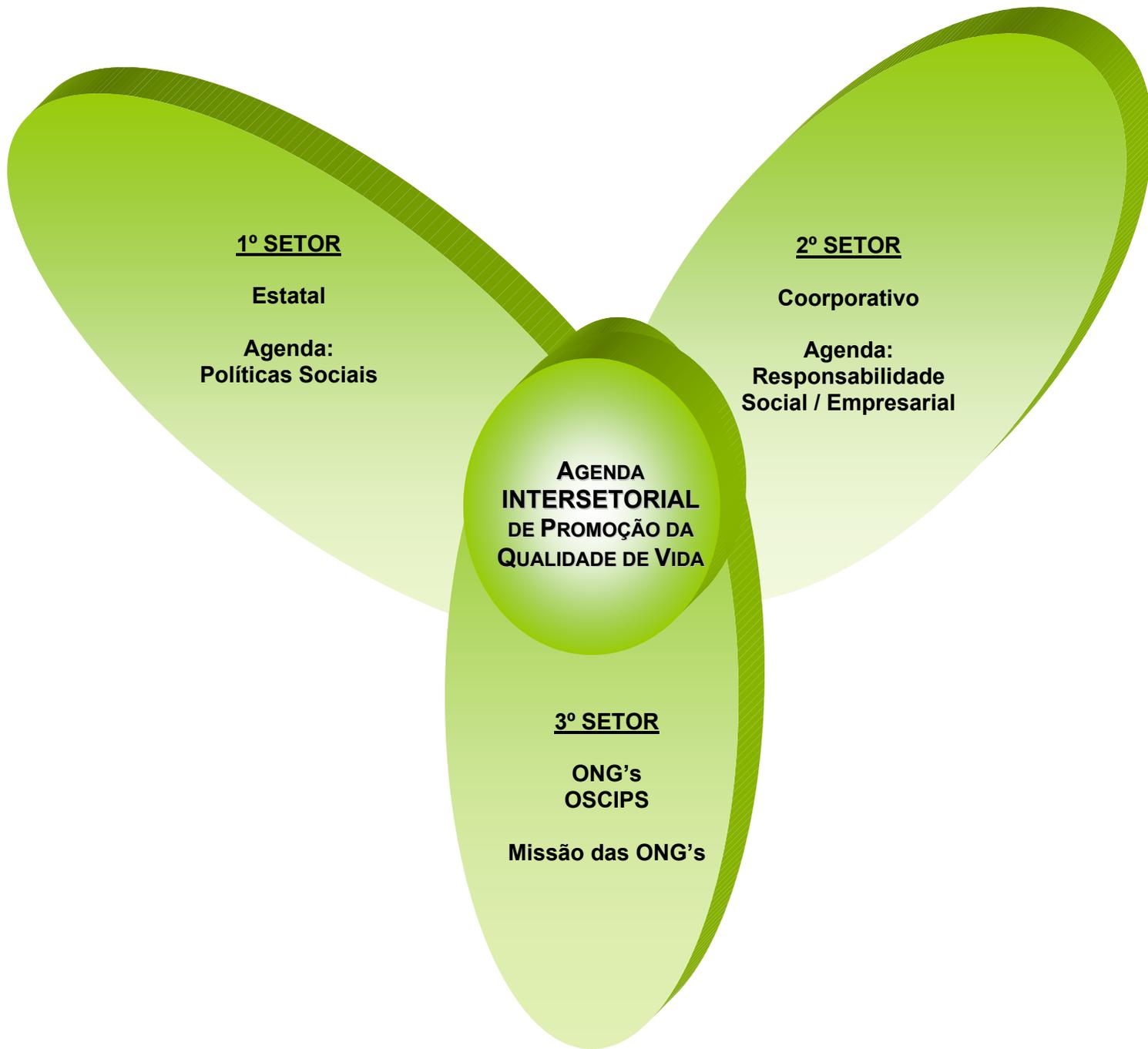
PROMOVENDO A QUALIDADE DE VIDA











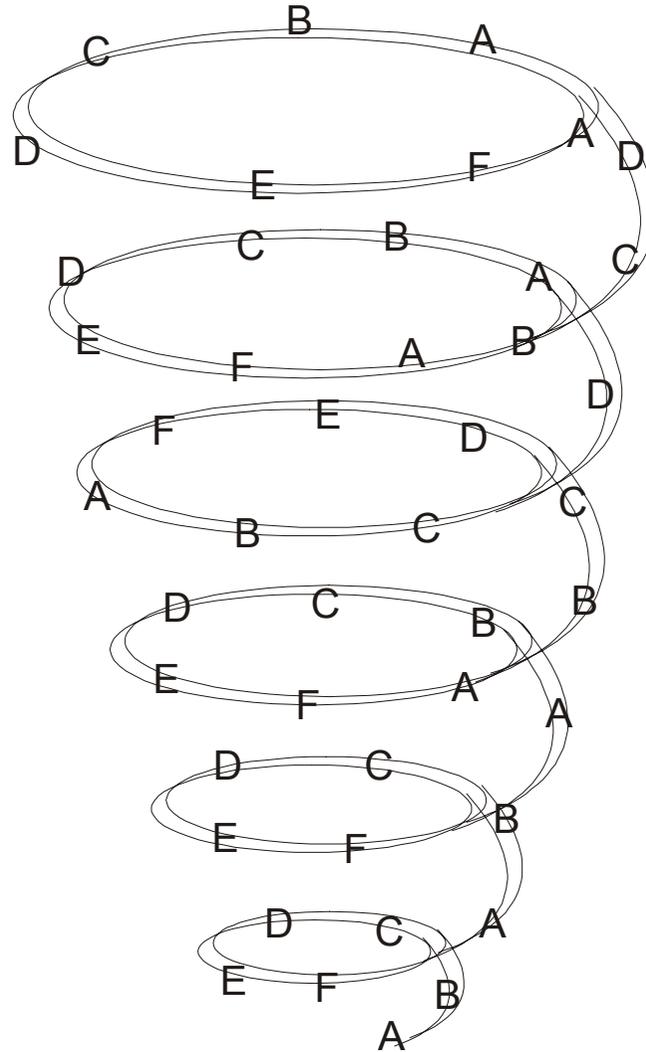
PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

PROPOSTA DE PLANEJAMENTO SITUACIONAL NAS ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS

-
- A** ✓ IDENTIFICANDO E PRIORIZANDO NECESSIDADES E PROBLEMAS COLETIVOS, AMPLIADORES DA VULNERABILIDADE DA VIDA E CONDICIONALIZADORES DA QUALIDADE DE VIDA.
- B** ✓ CONHECENDO OS FATORES E SUAS CORRELAÇÕES NA DETERMINAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL.
- C** ✓ DESENHANDO A SITUAÇÃO DESEJADA E CENÁRIOS FAVORECEDORES.
- D** ✓ DEFININDO O FOCO DA INTERVENÇÃO PLAUSÍVEL, COM NITIDEZ E PRECISÃO POSSÍVEL.
- E** ✓ CONSTRUINDO O PLANO, OS PROJETOS E AÇÕES A SEREM EXECUTADOS, ANALISANDO E CRIANDO VIABILIDADE POLÍTICA, TÉCNICA, ECONÔMICO-FINANCEIRA, DEFININDO METAS, PRAZOS, COMPROMISSOS E PAPÉIS, CO-RESPONSABILIZANDO ATORES E INSTITUIÇÕES.
- F** ✓ AVALIANDO DE FORMA CONTÍNUA E PROCESSUAL, PARTICIPATIVA, DOS INDICADORES E PARÂMETROS PARA UMA ANÁLISE DE IMPACTO – CONSIDERAR ELEMENTOS TANGÍVEIS – MENSURÁVEIS E ELEMENTOS INTAGÍVEIS – NÃO MENSURÁVEIS, VALORATIVOS E SIMBÓLICOS (AVALIAÇÃO QUALI-QUANTITATIVA).

PLANEJAMENTO

**“MODELO DOS NÍVEIS CONTÍNUOS ASCENDENTES E DAS DIMENSÕES MÚLTIPLAS”
BASEADO NO PENSAMENTO DE E MORIN. & FUNTOWICZ & RAVETZ**



**PERFIL, HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DOS
PROMOTORES DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE – REALIZADORES DE SONHOS**

DETERMINAÇÃO

Obstinação, tenacidade, perseverança, decisão, persistência, garra, teimosia, troca à estratégia se necessário e mantêm o sonho.

CRIATIVIDADE

Inventam novas soluções para velhos problemas.

Estimulam contextos que proporcionam a originalidade.

Favorecem o Clima de inovação

NÃO ACOMODAM

Vibram com as conquistas, mas não se acomodam.

Sede por informações novas e por diferentes perspectivas.

Tiram lição do erro e do acerto.

CORAGEM

Estão à frente do seu tempo.

Possuem senso de liberdade para escolher seu caminho (ousadia + coragem)

PAIXÃO

Apaixona-se por suas missões e tarefas.

O “negócio” vai para frente quando você usa a alma.

Mesclam objetividade e emoção ao tomar decisão.

OFERECEM CAUSAS

Explicita seu propósito, seu rumo e contagiam as pessoas.

Envolvem outros em sua missão e constroem uma visão compartilhada.

**PERFIL, HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DOS
PROMOTORES DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE – REALIZADORES DE SONHOS – CONTINUAÇÃO**

TÊM FOCO, FOCO, FOCO...

Apesar do dinamismo, não perdem o foco, não desperdiçam tempo nem energia com tarefas que não fazem parte do sonho.

Sabem que transformar a carga de trabalho em prazer é o grande segredo de realização de um sonho; este é o prazer de realização de um projeto de vida.

HIERARQUIZAM SONHOS

Definem prioridades, dão um passo de cada vez.

PLANEJAM COM DETALHE

Planejam e prevêm cada detalhe de sua ação.

Tiram sonhos da cabeça, coloca-os no papel e transformam em realidade.

Sabem trabalhar e reconhecem a importância do trabalho em equipe.

TRANSFORMAM SONHOS EM PROJETOS.

MOTIVAM PELOS VALORES

Os valores são muito mais abrangentes que os sonhos, precedem os sonhos, revelam a profundidade do sonho, a essência da vida de cada um.

Valores universais: Direito à vida, liberdade, o respeito ao próximo.

“Vendem” não apenas o “produto”, mas também um “conceito”.

O resultado de um sonho de muitos, uma paixão coletiva.

A trama da vida é muito mais fascinante e complexa do que possamos imaginar ou do que projetos individuais podem transmitir.

IDENTIFICAM TALENTOS

Não formam seguidores, mas líderes.

O talento alheio não os intimida porque sabem capitalizá-lo para seus projetos. Dão autonomia aos competentes.

**PERFIL, HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DOS
PROMOTORES DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE – REALIZADORES DE SONHOS – CONTINUAÇÃO**

VALORIZAM RELACIONAMENTOS

Sabem manter relacionamentos e consideram preciosas as relações humanas.

MONTAM PARCERIAS.

Sabem motivar pessoas e estabelecem relações de troca.

ARTICULAM RECURSOS E MEIOS.

Fazem os recursos e meios aparecerem.

Envolvem as pessoas e as motiva a sonhar juntas.

É um empreendedor social

SABEM CAVAR A SORTE.

Sabem que é preciso estar no lugar certo na hora certa.

Estão alerta e não deixam a oportunidade passar. São ágeis.

Têm fé em si mesmos, acreditam na intuição e que de fato têm boa sorte.

CONVERGEM NO ESSENCIAL

Capacidade de suportar adversidades.

Não se contagiam com a inveja ou a calúnia alheia.

Conseguem lidar com pessoas difíceis.

Não gastam tempo com questões menores.

Passam por cima de pequenas coisas para obter a união no que julgam essencial.

**PERFIL, HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DOS
PROMOTORES DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE – REALIZADORES DE SONHOS - CONTINUAÇÃO**

São generosos.

São empreendedores.

Equilíbrio entre razão e emoção.

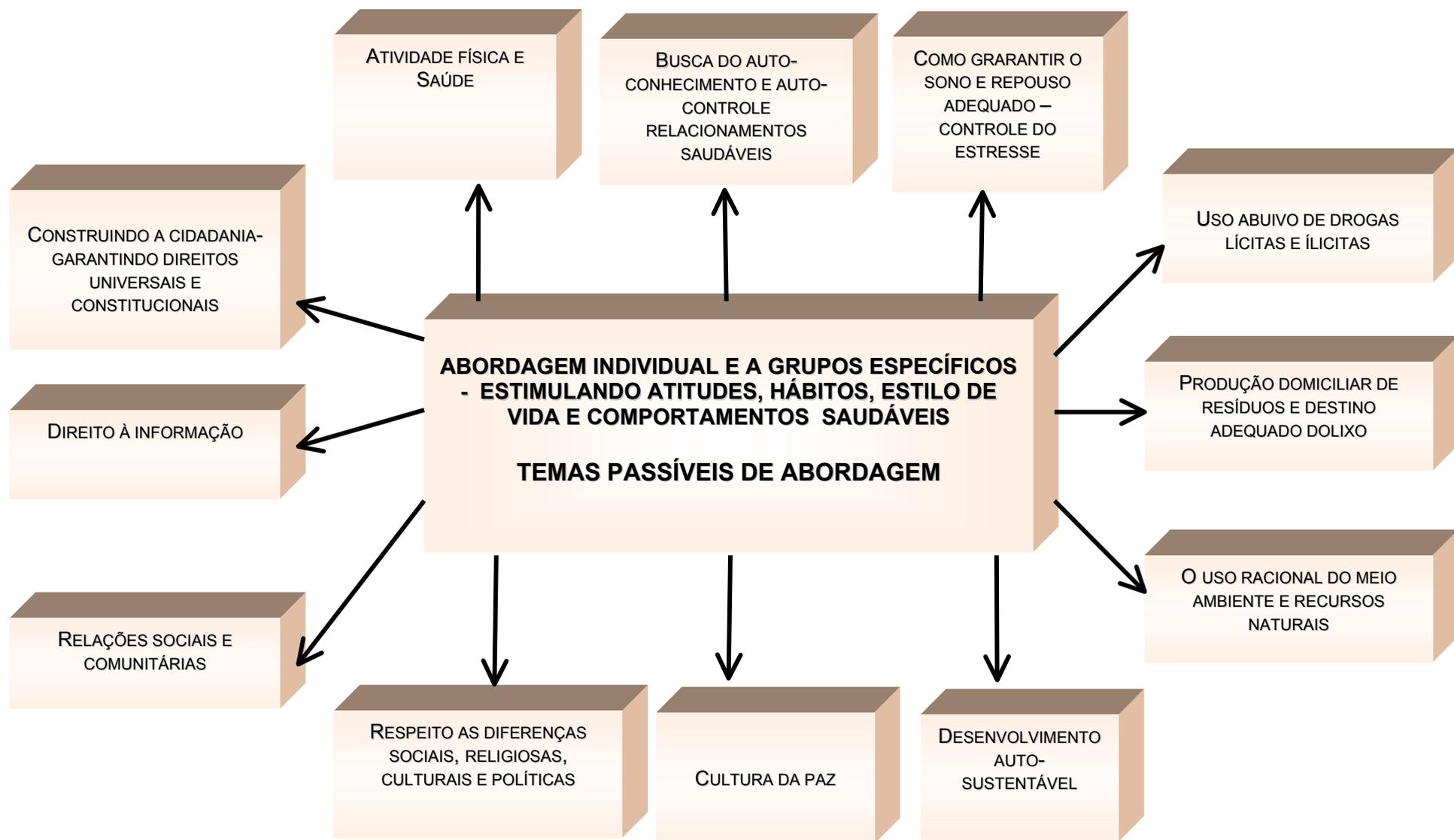
Encontram oportunidade de transformar: a si mesmos, aos outros e à comunidade.

Compartilham o desejo de fazer do mundo um lugar melhor.

1.2. ABORDAGEM INDIVIDUAL E A GRUPOS ESPECÍFICOS – ESTIMULANDO ATITUDES, HÁBITOS, ESTILO DE VIDA E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

DEFININDO ASPECTOS PEDAGÓGICOS E METODOLÓGICOS DA ABORDAGEM INDIVIDUAL E A GRUPOS ESPECÍFICOS

- **CONSIDERAR E RESPEITAR AS INDIVIDUALIDADES E SEUS MODOS ESPECÍFICOS DE VIDA;**
- **CONSIDERAR AS PESSOAS COMO SERES HISTÓRICOS E PORTADORES DE VALORES E VISÃO DE MUNDO PRÓPRIO;**
- **ADEQUAR A LINGUAGEM E OUTROS MEIOS DE COMUNICAÇÃO CONFORME AS ESPECIFICIDADES SÓCIO-CULTURAIS-RELIGIOSAS DAS PESSOAS;**
- **OBJETIVAR A SOCIALIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS, APRENDIZAGEM DE TÉCNICAS E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS E QUE OBJETIVEM A AMPLIAÇÃO DA AUTO-ESTIMA E AUTOCONHECIMENTO – INTERAÇÃO SOCIAL, CUIDADO CONSIGO MESMO E RESGATE DA AUTO-ESTIMA;**
- **ESTIMULAR O SENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO;**
- **UTILIZAR INFORMAÇÕES E DINÂMICAS DE GRUPO QUE AMPLIEM A PARTICIPAÇÃO;**
- **ADQUIRIR E CONSTRUIR CONHECIMENTOS;**
- **PROPICIAR ESTRATÉGIAS PARA QUE OS INTEGRANTES TORNEM-SE AGENTES MULTIPLICADORES;**
- **CONSTRUIR COLETIVAMENTE, APROPRIAR-SE E SOCIALIZAR O CONHECIMENTO;**
- **CONSTRUIR COM A COMUNIDADE NOVOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS SOLIDÁRIAS DE SAÚDE;**
- **CONTEXTUALIZAR O PROCESSO EDUCATIVO;**
- **RECONHECER CRITICAMENTE E CONSCIENTIZAR-SE DO SIGNIFICADO E IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, CONTRIBUINDO PARA PRÁXIS REFLEXIVAS E AÇÕES TRANSFORMADORAS;**
- **DEMOCRATIZAR O SABER ATRAVÉS DA DESCONSTRUÇÃO, CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DE UM NOVO SABER;**
- **FORTALECER LAÇOS DE CO-RESPONSABILIDADE;**
- **ENFATIZAR A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO E INTERCÂMBIO DE EXPERIÊNCIAS;**
- **VALORIZAR CADA PESSOA COMO SER SOCIAL POSSUIDOR DE DIREITO E CIDADANIA.**





Eixo 2

MANEJO INTEGRADO DE RISCOS E AGRAVOS

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

O **planejamento reprodutivo** é considerado pela Constituição Brasileira como direito de todo cidadão. Os serviços de saúde devem garantir atenção integral, para a concepção e contracepção, através de ações preventivas, educativas e assistenciais.

Cuidados pré-concepcionais:

- Escutar e esclarecer possíveis dúvidas;
- Orientar o registro do 1º dia dos ciclos menstruais;
- Aferir dados vitais e peso pré-gravídico;
- Realizar exame preventivo de CA do colo uterino caso seja necessário;
- Investigar patologias crônicas ou uso prolongado de medicamentos que possam comprometer a fertilidade, a concepção e/ou o feto;
- Adequar situação vacinal;
- Prescrever ácido fólico no momento que suspender o método contraceptivo para engravidar.
- Identificar fatores de risco genéticos - idade materna e/ou paterna avançada, filhos afetados em gestações anteriores, doença genética familiar, características étnicas especiais;
- Orientar sobre ambiente familiar, saúde reprodutiva, prevenção de DSTs e outras infecções, alimentação e hábitos saudáveis;
- Solicitar VDRL, HIV e sorologia para Hepatite B se não for imunizada.

Infertilidade conjugal é a ausência de gravidez em um casal com vida sexual ativa, com frequência de coito de pelo menos 2 vezes por semana e sem uso de medidas anticoncepcionais, em um período igual ou maior que um ano. Pode ser primária (ausência de gestação prévia) ou secundária (falha na concepção após uma ou mais gestações);

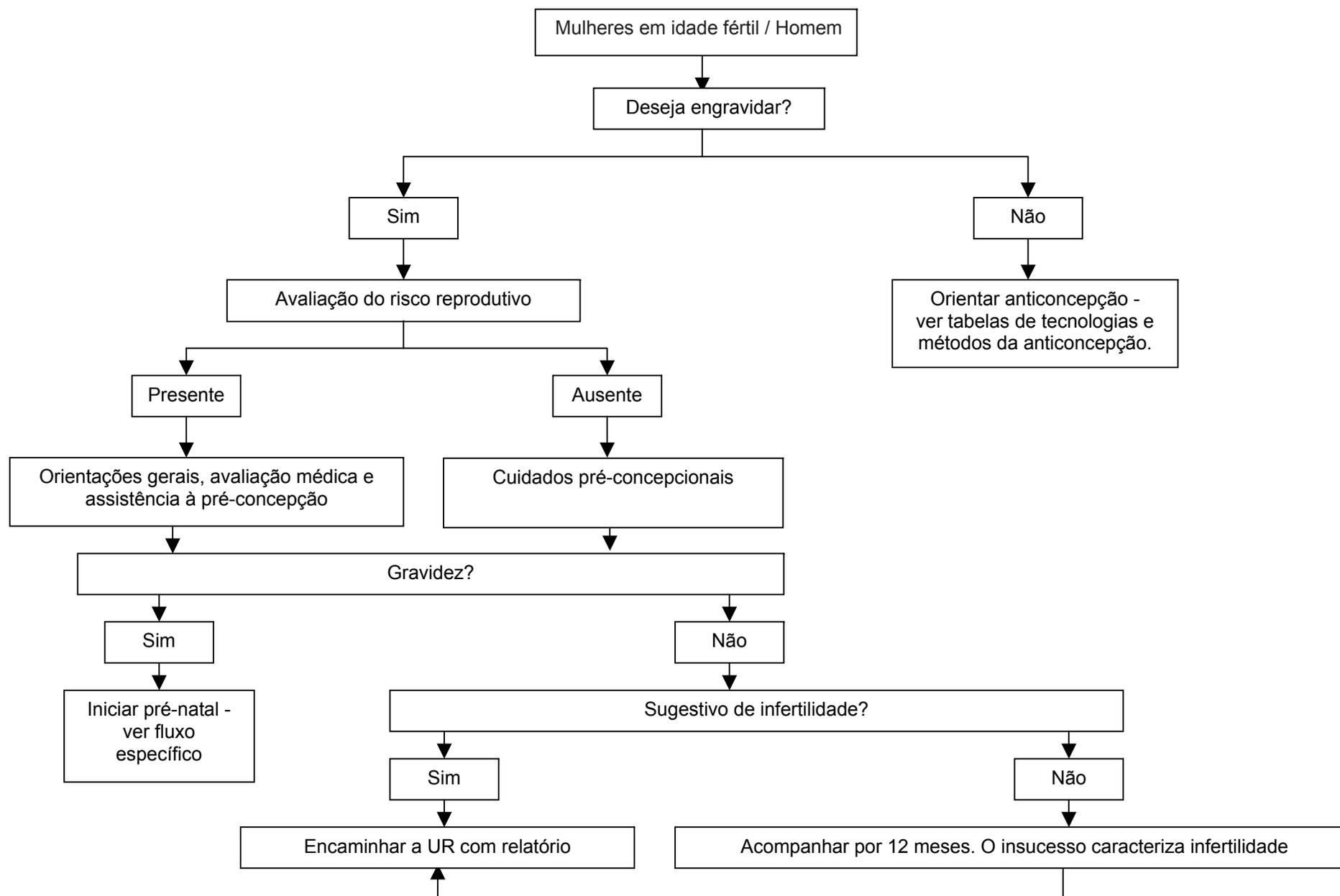
ABORDAGEM:

- Escutar e esclarecer possíveis dúvidas;
- Anamnese contendo: história do problema atual, história sexual, história menstrual, história obstétrica, história patológica pregressa e hábitos de vida do casal;
- Exame físico: Geral e ginecológico - incluir toque bimanual e coleta de material para preventivo;
- Solicitação de exames complementares: espermograma;
- Encaminhamento dos casos sugestivos de infertilidade para a Unidade de Referência;
- Orientação sobre cuidados que favoreçam a fecundação;
- Esterilidade é a incapacidade definitiva de gerar.

Assistência à anticoncepção:

- Escutar e esclarecer possíveis dúvidas;
- Avaliação clínica;
- Análise da escolha do método contraceptivo;
- Inserção em atividades educativas;
- Reavaliação periódica da indicação e aceitabilidade do método.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO / FLUXOGRAMA



TECNOLOGIAS E MÉTODOS DA ANTICONCEPÇÃO

| | TIPO | PONTOS-CHAVES | CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE | COMO FUNCIONA | APLICAÇÃO DO MÉTODO | CARACTERÍSTICAS |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|--|---|
| MÉTODOS COMPORTAMENTAIS | OGINO - KNAUS "TABELINHA" | - Saber identificar o período fértil e duração do ciclo menstrual; - Requer cooperação de ambos os parceiros; | - Ciclos menstruais regulares; - Ausência de comorbidades (AVC, doença hepática, disfunção tireoidiana, CA cervical); | O casal evita gravidez mudando o comportamento sexual, a partir do reconhecimento dos dias férteis. | Abstinência sexual durante período fértil, calculado subtraindo 18 do período mais curto e 11 do mais longo, a partir da observação do nº de dias dos últimos 6 ciclos. | <ul style="list-style-type: none"> - Custo baixo ou inexistente; - Média eficácia quando usados corretamente; - Pode ser usado pela maioria dos casais; - Taxa de falha de 9 a 20%, exceto muco cervical que varia de 3 a 20% e coito interrompido com 4 a 18%; - Resistência de alguns casais quanto à abstinência sexual; - Não protege DST/AIDS; - Possível dificuldade no reconhecimento do período fértil; - Estresse, febre, alcoolismo podem interferir no período fértil. |
| | TEMPERATURA CORPORAL BASAL | - Não tem efeitos colaterais; | - Ausência de DST, DIP e infecções vaginais; | | Abstinência sexual baseada na relação entre ovulação e aumento da temperatura corporal em repouso | |
| | MUCO CERVICAL | - Limitações de uso: pós-parto, amamentação, infecção. | - Bom nível de compreensão. | | Abstinência sexual a partir do aparecimento do muco cervical de consistência fluida e gelatinosa até o 4º dia do seu desaparecimento. | |
| | COITO INTERROMPIDO | - Não interfere na amamentação; - Pode causar ejaculação precoce. | O uso NÃO está indicado quando: - Homem com ejaculação precoce e com dificuldade de tirar o pênis da vagina antes da ejaculação. | Como a ejaculação ocorre fora do aparelho genital feminino, a fecundação não ocorre. | Ejaculação fora do aparelho genital feminino. | |
| MÉTODOS CIRÚRGICOS | LIGADURA TUBÁRIA | - Permanente; - Requer orientação e consentimento do cliente; - Requer avaliação pré-operatória | - Esterilização voluntária (homem e mulher) com capacidade civil plena e maior de 25 anos ou com 2 filhos vivos; | - Realização de pequena incisão no abdômen para ligar ou cortar as trompas de Falópio. | Após a realização do procedimento, a cliente deve ficar em repouso durante 2 ou 3 dias, podendo retomar as atividades sexuais após pelo menos 1 semana, caso não apresente dor. | <ul style="list-style-type: none"> - Muito eficaz: Taxa de falha da ligadura tubária 0,5% e da vasectomia é de 0,1 a 0,15%; - Simples e Seguro; - Sem efeitos colaterais em longo prazo; - Não afeta o desempenho no prazer sexual; - Não protege DST/AIDS; - O pós-cirúrgico da vasectomia pode apresentar inchaço excessivo, hematoma escrotal e infecção na incisão. |
| | VASECTOMIA | - Afecções do trato genito-urinário, e DST's devem ser tratadas antes da realização do procedimento. | - Ausência de câncer no trato geniturinário; - Para casais que têm certeza que não querem ter mais filhos. | - Realização de pequena incisão no saco escrotal para ligação dos canais deferentes. | Após a realização do procedimento, deve-se aguardar 3 meses ou as 20 primeiras ejaculações para que a vasectomia possa ser considerada eficaz. Durante esse período aconselha-se utilização de outro método. | |

TECNOLOGIAS E MÉTODOS DA ANTICONCEPÇÃO / CONTINUAÇÃO

| | TIPO | PONTOS-CHAVES | CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE | COMO FUNCIONA | APLICAÇÃO DO MÉTODO | CARACTERÍSTICAS |
|----------------------------|----------------------------|---|--|---|---|--|
| MÉTODOS DE BARREIRA | CAMISINHA MASCULINA | <ul style="list-style-type: none"> - Funcionam quando usados todas as vezes' - Alguns homens opõem-se ao uso do camisinha; - Necessário demonstrar o método; - Manipulação cuidadosa da camisinha, evitando contato com unhas longas; | <ul style="list-style-type: none"> - Ausência de alergia ao látex; - Ausência de má formação peniana; - Aceitação do Parceiro(a). | <p>Evita o acesso de espermatozóides e microorganismos causadores de infecção, DST,HIV/AIDS ao trato reprodutor feminino.</p> | <p>Desenrolar o preservativo sobre o pênis ereto, deixando a extremidade sem ar para o sêmen. Retirar ainda com o pênis ereto pressionando a borda durante a retirada. Produto de uso descartável.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Não interfere na amamentação - Prevenção de infecções ginecológicas e DST - Aumenta o envolvimento masculino ao planejamento e entrosamento do casal - Não apresenta efeitos colaterais sistêmicos - Mitos e tabus restringem a escolha do método - Pode causar constrangimento para adquirir e solicitar o uso pelo parceiro no caso do preservativo masculino; - Taxa de falha varia de 3%, quando usado corretamente em todas as relações, a 14% quando avaliado o uso habitual no caso da camisinha masculina e de 1,6% em uso correto, a 21% em uso habitual para a feminino. |
| | CAMISINHA FEMININA | | | | <p>O anel móvel deve ser apertado e introduzido na vagina com o dedo indicador e empurrado o mais profundo possível para alcançar o fundo do útero.</p> | |
| | DIAFRAGMA | <ul style="list-style-type: none"> - Métodos controlados pela mulher - Requer motivação contínua e uso em cada relação sexual - Dificuldade na aplicação do método | <p>O uso NÃO está indicado quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Configuração anormal da vagina - Pós-parto e aborto (6 a 12 semanas) - ITU de repetição - Cérvico-colpites agudas - Reação alérgica aos métodos - Bom nível de compreensão | <p>Anel flexível de látex em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino</p> | <p>A cliente aproxima as bordas opostas, dobrando o diafragma ao meio e o coloca o mais fundo possível no interior da vagina. Verificar com um dedo se está bem ajustado atrás do púbis, cobrindo o cérvix.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sem efeitos colaterais hormonais; - Não interfere na amamentação; - Oferece anticoncepção apenas quando necessário; - Espermicidas aumentam a lubrificação durante o ato sexual; - O diafragma pode ser inserido até 6 horas antes da relação. - Requer exame pélvico para colocação inicial e medição; - Pode ser responsável por infecções urinárias; - Requer suprimento do método; - Taxa de falha de 2,1 a 20% para o diafragma e 6 a 26% para o espermicidas); - Cuidados com a limpeza e conservação do diafragma. |
| | ESPERMICIDAS | <p>Substâncias químicas que formam uma película que recobre a vagina e o colo do útero, impedindo a penetração do espermatozóide no canal cervical.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - A cliente insere o espermicida com aplicador vaginal antes de cada relação sexual - Evitar duchas vaginais pelo menos 8 horas após o coito | | | |

TECNOLOGIAS E MÉTODOS DA ANTICONCEPÇÃO / CONTINUAÇÃO

| | TIPO | PONTOS-CHAVES | CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE | COMO FUNCIONA | APLICAÇÃO DO MÉTODO | CARACTERÍSTICAS |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|--|
| DISPOSITIVOS INTRA-UTERINOS | DIU HORMONAL | <ul style="list-style-type: none"> - Métodos muito efetivos, reversíveis e de longa duração; - A ação hormonal é variável e diminui com o tempo de uso; - Duração de 5 anos; - Não é um bom método para mulheres com alto risco para contrair DST. | <p>A paciente não deve utilizar quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suspeita de gestação - Pacientes nulíparas - Sangramento vaginal não diagnosticado - Neoplasia cervical - Múltiplos parceiros - DIP/aborto infectado nos últimos 3 meses | <p>Matriz de plástico em forma de T em cuja haste vertical foi adicionado um reservatório contendo levonogestrel. Interfere na fecundação através da alteração do muco cervical, inibição da ovulação, e diminuição da espessura do endométrio.</p> | <p>O momento habitual da inserção é durante ou logo após a menstruação (até o 5º dia do ciclo). No pós-parto a inserção é recomendável a partir de 6 semanas. A inserção deve ser realizada por profissional de saúde capacitado.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Eficaz, taxa de falha de TCU 380 0,6 - 0,8%; - Não interfere nas relações sexuais; - Os DIUs de cobre e os inertes (plástico) não apresentam os efeitos colaterais do uso de hormônios - Ajudam a prevenir gravidez ectópica - Imediatamente reversível após sua remoção - Os DIUs de cobre e os inertes não interferem na amamentação - Efeitos colaterais (comuns nos primeiros 3 meses): sangramento menstrual prolongado e volumoso; sangramento e manchas no intervalo entre as menstruações; cólicas de maior intensidade ou dor durante a menstruação. - Complicações menos comuns: cólicas severas de 3 a 5 dias após a inserção; perfuração uterina. - Não previne DST/HIV - Risco de deslocamento do DIU - A inserção do DIU requer procedimento médico e exame pélvico - O uso de DIU em pacientes que tiveram DST aumenta chance de DIP |
| | DIU COM REVESTIMENTO DE COBRE | <ul style="list-style-type: none"> - Método de longa duração (até 10 anos com DIU Tcu -380), eficaz e reversível; - Fluxo menstrual pode aumentar em volume e duração no início - Pode ser inserido após o parto - Não é um bom método para mulheres com alto risco para contrair DST | <ul style="list-style-type: none"> - Alterações da cavidade uterina - Infecção ativa do trato genital - Em caso de DIU hormonal, deve ser considerado como contra-indicação CA de mama e período da amamentação. | <ul style="list-style-type: none"> - Objeto pequeno de plástico flexível, com revestimento ou fios de cobre. - Dificulta a passagem do espermatozóide pelo trato reprodutivo feminino | | |
| | MÉTODO DA AMENORRÉIA LACTACIONAL (LAM) | <ul style="list-style-type: none"> - É baseado na amamentação | <ul style="list-style-type: none"> - Aleitamento exclusivo nos 6 primeiros meses e ausência de lactação. | <p>Interrompe a ovulação, porque a amamentação altera taxa de secreção dos hormônios naturais.</p> | <p>Amamentação de 8 a 10 vezes ao dia, inclusive durante a noite.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Estímulo à amamentação - Não produz custo de planejamento familiar e alimentação do bebê, suprimindo-o com melhor tipo de alimento. - Taxa de falha de 0,5 a 2% - Não protege contra DST/AIDS - Inconveniente para mulheres que trabalham |

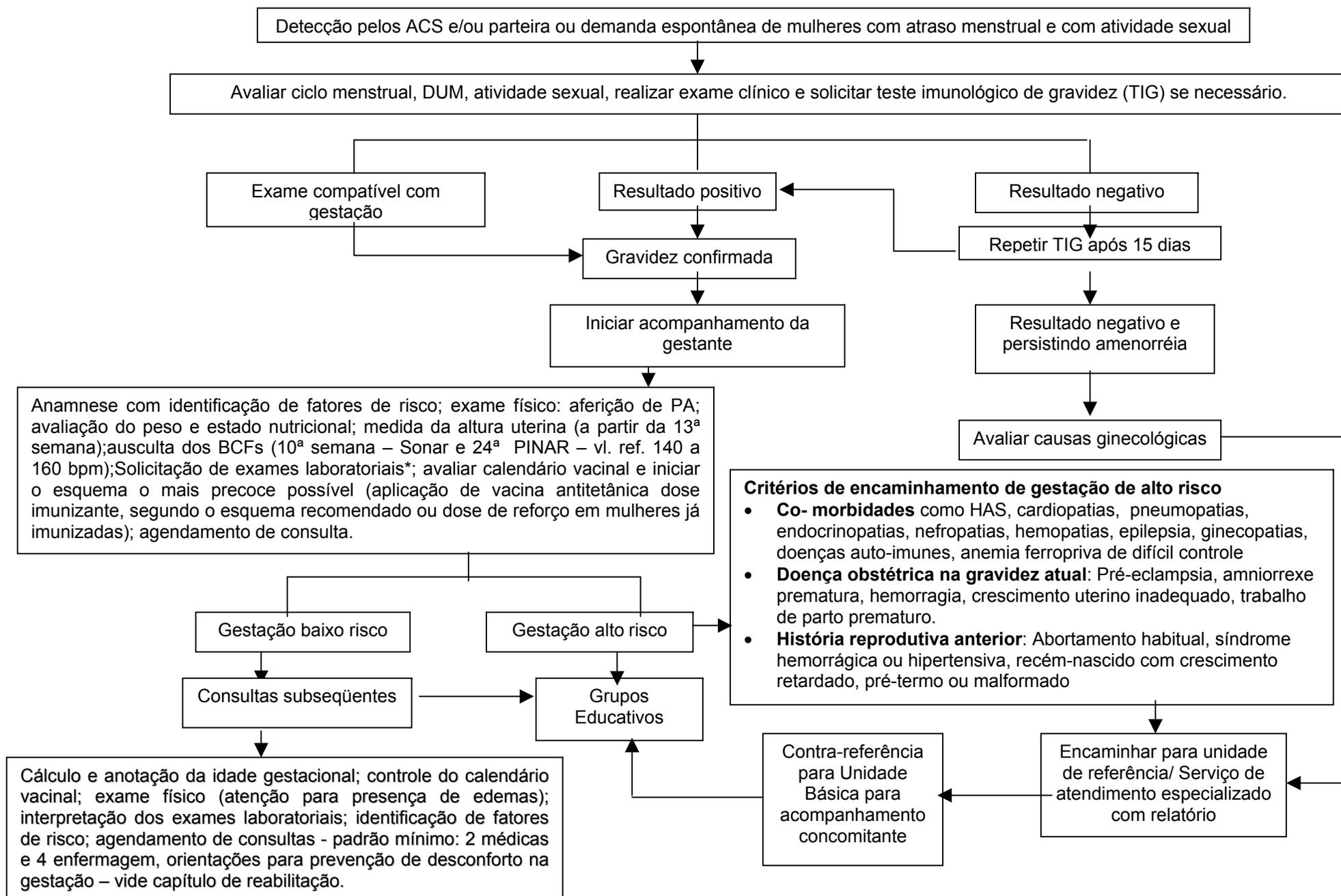
TECNOLOGIAS E MÉTODOS DA ANTICONCEPÇÃO / CONTINUAÇÃO

| | TIPO | PONTOS-CHAVES | CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE | COMO FUNCIONA | APLICAÇÃO DO MÉTODO | CARACTERÍSTICAS | |
|-------------------|--|---|--|---|---|--|--|
| MÉTODOS HORMONAIS | ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINA-DOS DE BAIXA DOSAGEM | <ul style="list-style-type: none"> -Métodos eficazes e reversíveis -Os anticoncepcionais orais devem ser tomados diariamente para serem eficazes -Podem ser iniciados a qualquer momento desde que se tenha certeza de não gravidez | <p>NÃO SE INDICA O USO DOS MÉTODOS HORMONAIS NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fumantes (principalmente com mais de 35 anos) - HAS grave e moderada - Doenças cardiovasculares - Hemorragia genital de causa indeterminada | Inibem a ovulação e espessam o muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozoides | Iniciar preferencialmente no 1º dia do ciclo menstrual; no pós-parto se não estiver amamentando, indicar após 4 a 6 semanas e em caso de aborto após sete dias; Usar 21 comprimidos e reiniciar nova cartela após 7 dias de intervalo. Em caso de esquecimento de uma pílula, tomar uma no momento e continuar o uso normalmente. Se for duas ou mais continuar usando durante 7 dias e evitar ter relações ou usar método de barreira. | <ul style="list-style-type: none"> - Taxa de falha de 0,1 a 8%(ACO), 0,3%(injetável trimestral) 0,1 a 0,6% (injetável mensal) e 0,5 a 1% (minipílula) se usado corretamente. A taxa de falha no 1º ano pode chegar a 20% - Ciclos menstruais tendem a se regularizar (exceto os injetáveis trimestrais) - Ajudam a prevenir gravidez ectópica, CA de endométrio, CA de ovário, cistos de ovário, DIP e afecções benignas da mama. - Podem ser usados por mulheres com ou sem filhos - Os AC injetáveis mantêm a privacidade de uso e a cliente não tem preocupação de usar a pílula. - Efeitos colaterais comuns: náusea, mancha ou sangramentos intermenstruais, cefaléias leves, sensibilidade nos seios, amenorréia, leve ganho ponderal (não contra-indica o seu uso). - Os ACOs e as minipílulas somente são eficazes se tomados diariamente e de preferência no mesmo horário. - Novas cartelas devem estar disponíveis a cada 28 dias - O injetável trimestral requer nova injeção a cada 3 meses com tolerância de mais ou menos 15 dias. - (Não recomendado para lactantes (exceto minipílula e o injetável trimestral)). - Pode causar alterações do humor, depressão e menor interesse sexual. - Aumentam o risco para acidentes vasculares, trombozes profundas nas pernas, ataques cardíacos principalmente em mulheres com mais de 35 anos e/ou tabagistas. - Não protegem contra DST/AIDS | |
| | ANTICONCEPCIONAIS ORAIS APENAS DE PROGESTÉ-ONIO (MINIPÍLULA) | <ul style="list-style-type: none"> -Não são recomendados para lactantes (exceto a minipílula e injetável trimestral) -Podem ser usados para anticoncepção de emergência, depois de uma relação sexual desprotegida. -As minipílulas e o injetável trimestral são uma boa escolha para lactantes, não alteram a produção de leite e não possuem os efeitos colaterais dos estrógenos. | <ul style="list-style-type: none"> - Varizes com tromboflebite - Dislipidemias severas - Diabetes com mais de 20 anos de evolução - Adolescentes com <16 anos não podem fazer uso de injetável trimestral - Amamentação para combinados - CA de mama - Doenças hepáticas - Enxaquecas (com distúrbios de visão) - Uso de anticonvulsivantes, grisefulvina ou rifampicina. - Doença da vesícula biliar - Icterícia com uso dos AOCs - Suspeita de gravidez | | As minipílulas são tomadas diariamente, de preferência no mesmo horário. Não há intervalo entre as cartelas. A lactante deve iniciar o uso 6 semanas após o parto Se o atraso na ingestão da pílula for maior que 3 horas em mulheres que não estejam amamentando ou nas que estão, a menstruação tenha retornado deve usar método de barreira por 2 dias. Tomar a pílula esquecida assim que possível e continuar a seqüência normalmente | | Para a aplicação do injetável trimestral a cliente pode vir 15 dias mais cedo (não é o ideal).Se houver atraso maior que 15 dias, aguardar a próxima menstruação, utilizando o método de barreira. |
| | ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL TRIMESTRAL | <ul style="list-style-type: none"> - Ao se interromper o uso dos anticoncepcionais injetáveis trimestrais, a fertilidade retorna em média após 6 meses. -Os anticoncepcionais injetáveis trimestrais são seguros na amamentação. | <ul style="list-style-type: none"> - Doenças hepáticas - Enxaquecas (com distúrbios de visão) - Uso de anticonvulsivantes, grisefulvina ou rifampicina. - Doença da vesícula biliar - Icterícia com uso dos AOCs - Suspeita de gravidez | | Os anticoncepcionais injetáveis mensais devem ser aplicados até o 5º dia do início da menstruação. As aplicações subseqüentes devem ocorrer a cada 30 dias, mais ou menos três dias independente da menstruação. Se houver atraso de três ou mais dias para nova injeção deve ser utilizado outro método até a próxima injeção. A primeira opção deve recair sobre os que contenham 5 mg de estrogênio. | | |
| | INJETÁVEL MENSAL | | | | | | |

TECNOLOGIAS E MÉTODOS DA ANTICONCEPÇÃO / CONTINUAÇÃO

| | TIPO | PONTOS-CHAVES | CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE | COMO FUNCIONA | APLICAÇÃO DO MÉTODO | CARACTERÍSTICAS |
|-----------------|---|---|--|---|--|--|
| MÉTODO HORMONAL | ANTICONCEPÇÃO ORAL DE EMERGÊNCIA | <ul style="list-style-type: none"> - Pode prevenir uma gravidez após uma relação sexual sem proteção anticoncepcional em até 80%. É também chamada de anticoncepção pós-coital. - Este método não deve ser utilizado como substituto dos demais métodos de planejamento familiar nem garante a proteção contra as DSTs; - Avaliar com cuidado a possibilidade de gravidez. Se a mulher estiver grávida, não prescrever o método. - Sinais de alerta para retornar ao profissional de saúde, especialmente se a menstruação: <ul style="list-style-type: none"> • For escassa e isso não for usual; • Não ocorrer dentro de 4 semanas (suspeita de gravidez); • Dolorosa (possibilidade de gravidez ectópica) • Estar atento para sinais de DST: corrimento vaginal fora do usual, ardor miccional, etc. | <p style="text-align: center;">Seu uso está indicado quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A cliente teve uma relação sexual contra sua vontade (estupro); - Um condom rompeu; - Houve deslocamento do DIU; - A cliente teve uma relação sexual sem proteção anticoncepcional e deseja evitar uma gravidez. | <p>Atua basicamente inibindo ou adiando a ovulação, interferindo na capacidade espermática e possivelmente na maturação do ovócito. Além disso, pode interferir na produção hormonal normal após a ovulação, mas é possível que atue de outras formas. A anticoncepção oral de emergência não tem nenhum efeito após a implantação ter se completado. Não interrompe uma gravidez em andamento.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar o esquema até 72 horas após uma relação sexual desprotegida, mas quanto mais precoce a administração, maior a eficácia - Esquema: Anticoncepcionais orais apenas de progestogênio: Levonogestrel 0,75 mg (Postinor-2, Norlevo, Pozato e Pilem) – 1 pílula até 72h pós-coito e 1 pílula 12 horas após a 1ª tomada; ou ACO combinados de baixa dosagem: 0,15 mg de levonogestrel e 0,03 mg de etinilestradiol – Microvilar, Nordette - 4 pílulas até 72 horas pós-coito e 4 pílulas 12 horas após a 1ª tomada; ou ACO combinados na dose padrão: 0,25 mg de levonogestrel e 0,05 mg de etinilestradiol – Evanol, Neovlar - 2 pílulas até 72 horas pós-coito e 2 pílulas 12 horas após a 1ª tomada | <ul style="list-style-type: none"> - Previne a gravidez em pelo menos 75% dos casos que, de outra maneira ocorreriam (a probabilidade média de ocorrer uma gravidez após uma única relação sexual desprotegida na 2ª ou 3ª semana do ciclo menstrual é 8%. Com a anticoncepção de emergência, esta taxa cai para 1-2%). - Efeitos colaterais: náuseas (recomende alimentar-se logo após ingerir as pílulas; antieméticos podem ser usados meia hora antes do uso da pílula), vômitos (se ocorrer nas primeiras duas horas após ingestão das pílulas, ela deve tomar nova dosagem), irregularidade menstrual (pode vir um pouco antes ou após da data habitual). |

PRÉ-NATAL / FLUXOGRAMA



PRÉ-NATAL / CONTINUAÇÃO

Rotina de exames laboratoriais solicitados no pré-natal

1. ABO-Rh: primeira consulta;
2. VDRL: primeira consulta e 30ª semana;
3. Urina: primeira consulta e 30ª semana;
4. Glicemia de jejum: primeira consulta e 30ª semana;
5. HB/Ht: primeira consulta;
6. Parasitológico de fezes:
7. Oferta de Testagem anti-HIV 1.2 : primeira consulta.
8. Sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, AgHbs: 1ª consulta.

Ganho ponderal esperado durante a gestação:

Varia de acordo com o índice de massa corpórea no início da gestação (IMC)

IMC menor que 19,8: 12,5 a 18 kg

IMC entre 19,8 e 26: 11,5 a 16 Kg

IMC entre 26 e 29: 7 a 11,5 kg

IMC maior que 29: < 6,8 kg

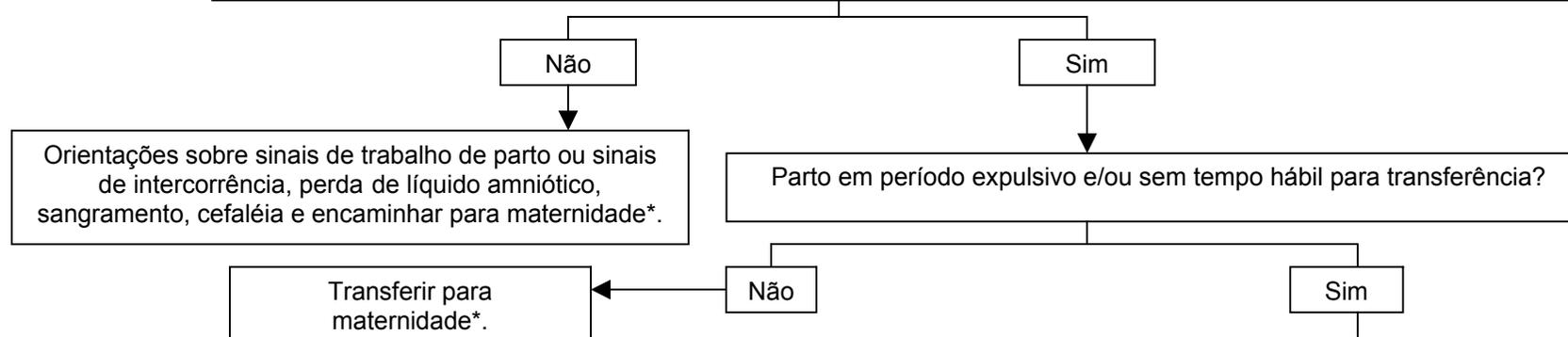
$$\text{IMC} = \text{PESO} / \text{ALTURA}^2$$

FONTE: IOM, 1992, adaptado / Manual Técnico Gestação de Alto Risco – MS/2000.

PARTO

Sinais de trabalho de parto

Contrações rítmicas e dolorosas com duração de 50 a 60 segundos e frequência mínima de 2 contrações a cada 10 minutos.
Dilatação cervical acima de 3 cm
Realizar manobra de Leopold para reconhecer apresentação fetal :cefálica, pélvica ou transversa.
Eliminação vaginal do tampão mucoso: muco espesso com rajadas de sangue.
Bolsa rota



*CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA MATERNIDADE

- Perda de líquido amniótico;
- Trabalho de parto com tempo hábil para transferência;
- Ameaça ou parto prematuro - menor que 37 semanas;
- Posição cefálica pélvica (principalmente em primigestas) e posição transversa;
- Elevação da pressão arterial materna acima de 140 x 90 mmHg ou aumento da pressão sistólica maior ou igual a 30mmHg e/ou da PA diastólica maior ou igual a 15 mmHg confirmados em duas tomadas com a gestante em repouso (pode ser sinal de pré-eclampsia);
- Convulsão materna – eclampsia;
- Sinais de sofrimento fetal (batimentos cardíacos < 120 bpm ou > 160 bpm ou presença de líquido amniótico meconal).

Preparar material necessário para realização do parto: luvas, kit com tesoura, duas pinças hemostáticas ou barbantes;
Posicionar a mulher em decúbito dorsal com flexão máxima das coxas sobre o abdômen e abdução dos joelhos;
Realizar ausculta fetal;
Assepsia perineal;
No momento do desprendimento da cabeça, proteger o períneo posterior com compressa para proteção do local (evitar rupturas);
Limpeza da face e vias aéreas superiores após saída da cabeça;
Após desprendimento do pólo cefálico, aguardar que se complete a rotação fetal e auxiliar o desprendimento do ombro abaixando a cabeça para a saída do ombro anterior e elevação do pólo cefálico para a saída do ombro posterior;
Clampeadura e corte do cordão umbilical;
A expulsão da placenta dura, normalmente, de 10 a 20 minutos. Pode ser auxiliada com expressão do fundo uterino e torção da placenta durante a sua saída. Não se deve forçar a saída da placenta para evitar retenção placentária;
Realizar a revisão do colo uterino.

CUIDADO NO PÓS-PARTO IMEDIATO

- **Em caso de parto domiciliar** : Checar delivramento placentário;Fazer revisão de colo de uterino.
- Verificar estado hemodinâmico da paciente (pulsos, PA, coloração das mucosas), presença de hemorragia , hipotonia uterina. **Se houver qualquer alteração destes itens prestar atendimento inicial com oxigenoterapia - se necessário, acesso venoso calibroso, reposição volêmica com cristalóides e encaminhar para serviço de referência.**
- Sempre no período pós-parto imediato (domiciliar ou na unidade básica) a paciente deverá ser encaminhada para maternidade de referência.

CUIDADOS COM O RN:

- Manter o RN seco e aquecido.
- Limpar vias aéreas
- Checar presença de sinais de alerta: **hipoatividade, cianose, desconforto respiratório (batimento de asa de nariz, tiragens), batimentos cardíacos abaixo de 100 por minuto (bradicardia fetal)**. Se tiver somente desconforto respiratório, porém com bom estado geral, mantê-lo com oxigênio inalatório (3 a 5 l/min) e encaminhar para unidade de referência. Se apresentar os sinais de gravidade acima citados, fazer ventilação com pressão positiva (ambu) após limpeza de vias aéreas, acesso venoso com infusão de 20 ml/kg de soro fisiológico e encaminhar o mais rapidamente para unidade de referência (com relatório).
- Se RN saudável: Deve estar o mais precocemente com a mãe com estímulo ao aleitamento materno.

PUERPÉRIO / FLUXOGRAMA

Visita domiciliar ACS/ parteira ou demanda espontânea

Revisão puerperal precoce na U.B.S. 7 a 10 dias pós

- Esclarecer dúvidas da puérpera
- Anamnese (questionar sobre febre e dor local da ferida operatória; avaliação do estado emocional da puérpera – risco para depressão; avaliar condições de aleitamento materno e cuidados com RN; investigar sobre atividade sexual e anticoncepção; controle do calendário de vacinação)
- Proceder a exame físico geral e ginecológico (verificar coloração das mucosas, palidez cutânea, amplitude dos pulsos, mensuração de temperatura e PA, estado nutricional, exame clínico das mamas, palpação abdominal (globo de segurança de Pinard, pesquisa das características dos lóquios e checar ferida operatória, avaliar necessidade de toque vaginal e pesquisar edemas para afastar trombose)
- Oferecer atestado para licença maternidade, se necessário.

Nenhuma alteração na história clínica e no exame físico

Marcar consulta de retorno entre 30 a 42 dias pós parto

Iniciar o planejamento reprodutivo

- Esclarecer dúvidas da puérpera e orientar sobre problemas que tenham surgido, aleitamento materno, possíveis sugestões de terceiros e orientações específicas a puérpera HIV positivo.
- Completar imunização contra tétano, hepatite B, rubéola e suplementação de vitamina A, se necessário
- Realização de exame preventivo para CA cervical, caso não tenha feito e orientar sobre retorno das atividades sexuais e métodos anticoncepcionais.
- Liberação para realização de exercícios físicos, caso se sinta bem e não apresente complicações;
- Orientar para prevenção de desconfortos no puerpério – vide capítulo de reabilitação.

Presença de alterações clínicas

Sinais de infecção

Oferecer atendimento inicial - vide fluxograma de urgência e emergência

Sinais e sintomas de depressão ou alterações do humor: irritabilidade, labilidade emocional, choro fácil, indisposição que estejam interferindo nas atividades e relações interpessoais da puérpera

Puérpera portadora do HIV segue a mesma rotina de avaliação puerperal (8º e 42º dia) exceto em casos de complicações

Encaminhar para unidade de referência/ Maternidade com relatório

CLIMATÉRIO

Conceitos:

Climatério: Corresponde a fase de transição da vida reprodutiva a não reprodutiva. Segundo a Organização Mundial de Saúde, varia dos 40 aos 65 anos . É um fenômeno fisiológico, com repercussões sistêmicas e sobre o aparelho uro-genital.

Menopausa: É um período dentro do climatério e inicia com a última menstruação da vida da mulher, confirmada após um ano de ausência dos ciclos menstruais.

Alterações funcionais no climatério:

1. Redução dos folículos ovarianos com a idade;
2. Queda na produção de estrógeno;
3. Irregularidade na liberação dos óvulos;
4. Queda na produção de progesterona;
5. Alterações menstruais até o fim da menstruação.

Características das mulheres de risco para osteoporose

Primárias ou idiopáticas

Inevitáveis: Raça branca ou oriental, história familiar, menopausa natural ou cirúrgica, fenótipo (baixa estatura, magra)

Aceleradores: Fatores nutricionais (dieta pobre em cálcio e ingestão de “roubadores de cálcio” como a cafeína, alimentos ácidos, sal, álcool), inatividade física e tabagismo.

Secundárias

Condições patológicas: Insuficiência renal crônica, gastrectomias e anastomoses intestinais, síndrome de má absorção, endocrinopatias, hiperparatireoidismo, diabetes.

Medicações: Anticonvulsivantes, antiácidos (com alumínio) e hormônios da tireóide.

CLIMATÉRIO / FLUXOGRAMA

Deteccão pelo ACS ou demanda espontânea

Mulheres na faixa etária entre 40 a 60

Rotina de consulta

Anamnese: Investigar antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes patológicos, hábitos de vida, vida sexual e conjugal.

Exame físico: Geral, exame das mamas, e anualmente ou quando necessário fazer o exame ginecológico.

Solicitação de exames: citopatológico cervico-vaginal, perfil lipídico, glicemia, mamografia, USG transvaginal a critério clínico.

Orientações sobre climatério e hábitos de vida saudáveis; Avaliar risco para osteoporose.

Indicação para hormonoterapia: mulheres sintomáticas e que tenham condições de terem acompanhamento clínico e laboratorial periódico. Neste caso, a avaliação deverá ser individualizada, com preferência para hormônios de baixa dosagem e sempre associar medidas preventivas -combate ao sedentarismo, sobrepeso, alimentação saudável.

Sintomáticas

Sintomas vasomotores: Ondas de calor, sudorese, cefaléia, tontura, insônia Alterações menstruais

Alterações psicogênicas: ansiedade, irritabilidade, depressão, diminuição da libido, medo, pânico, dificuldade de concentração, falta de memória, falta de energia, palpitações.

Atrofia do tecido conjuntivo:dispareunia, prurido vulvar, pele ressecada, urgência miccional, cistite, osteoporose.

Assintomáticas

GRUPOS EDUCATIVOS/ Esclarecimentos sobre climatério

Medidas preventivas:

Exercícios físicos, exposição ao sol no início da manhã ou final da tarde, alimentação adequada, prevenção de quedas, suporte psicológico - orientação, diálogo e apoio.

Pré-menopausa

Irregularidade menstrual:

Progesterona na 2ª metade do ciclo por 12 a 14 dias.

Demais Sintomas:

Esquema cíclico: Estrógeno contínuo e progestágeno 10 a 12 dias ao mês, para evitar fenômeno proliferativo endometrial.

Pós-menopausa

Em mulheres com útero: administrar estrogênio e progestágeno em regime combinado ou cíclico

Em mulheres histerectomizadas administrar estrogênio em regime contínuo

Motivos para descontinuidade do uso da hormonoterapia:

Imobilização prolongada;
Cirurgias de médio e grande porte: devem ser suspensos os hormônios 15 dias do procedimento e retorno somente após mobilização;
Suspeita de neoplasia de mama e útero.

CONTRA-INDICAÇÕES DA HORMONOTERAPIA (TH)

Sangramento genital não diagnosticado;

Câncer de endométrio ou mamas;

Distúrbios tromboflebíticos ou tromboembólicos passado ou atual;

Hepatopatia em curso;

Tabagistas.

PRECAUÇÃO NO USO (encaminhar para unidade de referência):

Diabetes Mellitus;

Mioma ou miomatose uterina;

Passado de endometriose;

Antecedentes de doença hepática;

Hipertensão Arterial;

Distúrbios convulsivos;

Antecedentes familiares de câncer de mama ou endométrio;

Obesidade.

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Conceitos:

- **Crescimento** – é um processo biológico, de multiplicação e aumento do tamanho celular, expresso pelo aumento do tamanho corporal.
- **Desenvolvimento** – é um conceito amplo que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais.
- **Desenvolvimento psicossocial** – é o processo de humanização que inter-relaciona aspectos biológicos, psíquicos, cognitivos, ambientais, socioeconômicos e culturais, mediante o qual a criança vai adquirindo maior capacidade para mover-se, coordenar, sentir, pensar e interagir com os outros e o meio em que vive.

Fatores que influenciam o crescimento e desenvolvimento da criança:

- **Intrínsecos** – genéticos, metabólico e malformações;
- **Extrínsecos** – alimentação, saúde, higiene, lazer, educação, habitação e cuidados gerais com a criança; relações intrafamiliares.

Uso da caderneta da criança:

Toda criança até **10** anos deve possuir a caderneta que deverá ser entregue à sua mãe na maternidade. Se isso não ocorreu, entregar quando for a Unidade Básica de Saúde ou a Unidade de Saúde da Família.

Parâmetros de crescimento esperados:

▪ **Peso:**

Nos primeiros dias de vida, a criança pode perder até 10% de seu peso de nascimento, pela eliminação de mecônio, de urina, e diminuição do edema. Aos 10 dias de vida, a maioria dos recém nascidos recuperam o peso de nascimento. A média de ganho de peso nos primeiros três meses de vida é de 20 a 30 g por dia. A criança dobra o seu peso de nascimento aos cinco meses, e o triplica com um ano de idade. **Crianças amamentadas exclusivamente ao seio ganham em média 500g/mês.** No período pré-escolar (2 a 6 anos) ganha em média 2 kg/ano. O escolar aumenta 3,5 kg/ano.

▪ **Comprimento:**

A criança ganha, em seu comprimento, cerca de 15 cm no primeiro semestre e 10 cm no segundo semestre de vida. No período pré-escolar aumenta 6 a 8 cm/ano. O escolar ganha 6 cm ano até chegar a puberdade, que acontece ao redor dos 10 anos para as meninas e 12 anos para os meninos. A velocidade de crescimento pode alcançar aproximadamente 10 centímetros por ano no sexo masculino e de 8 a 9 centímetros no sexo feminino. A duração dessa fase de “estirão” é de aproximadamente 36 meses.

Perímetro cefálico:

O perímetro cefálico, que indica o crescimento cerebral, e por isto é tão importante nos três primeiros anos de vida, é uma das medidas de menor variabilidade nas diversas idades, e **nos primeiros 12 meses cresce em média 1 a 2 cm por mês.** Aos 5 anos mede em torno de 51 cm, atingindo 53 ou 54 cm aos 12 anos de idade.

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA / CONTINUAÇÃO

Papel da equipe de saúde: conhecer os aspectos mais relevantes do desenvolvimento e estar preparada para fazer intervenções, se necessário, mas principalmente identificar com clareza aquelas crianças que devem ser referidas para outros níveis de atenção.

Desenvolvimento neuropsicomotor

1 a 2 meses: Alguns dos reflexos involuntários desaparecem como o tônico cervical (2 meses); reflexo de Moro (4-6 meses) e o de Babinsk (quando bilateral é normal até os 18 meses) e só reaparecem em condições patológicas. Desde o nascimento é capaz de reconhecer sons familiares. O bebê gosta de ver a mãe e olhar em seus olhos. Gosta também que brinquem e conversem com ele. Segue a luz e objetos. Responde ao sorriso.

3 a 4 meses: Sorri, balbucia, sustenta a cabeça; olha para as mãos e as coloca na boca; busca direção dos sons. Agarra objetos; rola na cama (cuidado com quedas). Quando colocado de bruços, levanta a cabeça e ombros.

5 a 6 meses: Conversar com a criança ajuda a aprender a falar; senta com apoio coloca os pés na boca; deve ser colocado no chão para movimentar-se sem perigo; pode aparecer o primeiro dentinho; vira a cabeça em direção de vozes e outros sons.

7 a 9 meses: Mesmo mamando, já come outros alimentos; senta sem apoio; começa arrastar-se, engatinhar, até mesmo tentar ficar em pé; Muito cuidado com acidentes; gosta de ficar com quem conhece e pode estranhar algumas pessoas; gosta de brincar com objetos que são dados a ele.

10 a 12 meses: Gostar de imitar os pais, dar tchau, bater palmas; pode falar do seu jeito algumas palavras; pode andar com apoio; já come comida de casa, mas precisa comer mais vezes que o adulto; atende quando chamado pelo nome.

13 a 18 meses: A criança está cada vez mais independente: quer comer sozinha e se reconhece no espelho; fala algumas palavras e as vezes frases curtas; é capaz de andar sem ajuda, mas busca olhar dos pais ou familiares.

19 meses a 2 anos: Brinca perto de outras crianças; anda com segurança e dá pequenas corridas; sobe e desce degraus baixos; demonstra ter vontade própria e fala muito a palavra não.

2 a 3 anos: Dá nome a abjetos, diz que tudo é seu e demonstra suas alegrias, tristezas e raivas; é hora de começar aos poucos a tirar a fralda e ensinar usar o penico; gosta de ouvir histórias.

3 a 4 anos: Veste-se e calça sapatos com ajuda; gosta de brincar com outras crianças; chama atenção dos adultos; brinca de faz-de-conta.

4 a 6 anos: Participa de jogos; toma banho e veste-se sozinha, escolhendo suas roupas; escolhe seus amigos e o que quer comer; gosta de ouvir canções, contar e ouvir histórias, usa lápis e outros objetos para desenhar, olhar livros e revistas; em torno dos 6 anos, cai o primeiro dente.

6 a 8 anos: Surgem os primeiros dentes permanentes; começa ler e escrever; Fala o que quer e sente; Freqüenta escola, onde aprende, forma seu grupo de amigos; gosta de mostrar o que aprendeu, mas sofre quando encontra dificuldades; começa a ler e escrever;

8 a 10 anos: Surgem os primeiros sinais de puberdade; tem interesse por grupo de amigos e por situações independentes da família.

Etapas do Desenvolvimento – alguns aspectos relevantes

- O bebê começa a formar a imagem do seu corpo, a partir das atividades exploratórias de seu próprio corpo e também da comparação com a pessoa mais próxima, geralmente a mãe. Assim, nesse mundo a dois, vai constituir a noção de si mesmo.
- Ao brincar, a criança transforma, de forma criativa, aquilo que lhe é estranho e inesperado em experiências que podem ser utilizadas por ela para construir de modo singular o seu mundo e suas relações.
- A linguagem da mãe desempenha papel fundamental no desenvolvimento do bebê, pois propicia a primeira vinculação psíquica do bebê com um outro, nesse caso com a mãe.
- Na fase pré-escolar (2 a 6 anos), estabelece-se o campo das diferenças. A criança começa a perceber o que é o “eu” e o “outro”.
- Em torno dos 6 anos, a criança consegue adiar a realização de um desejo em virtude da aceitação e compreensão das proibições, como também levar em consideração o outro, suas próprias limitações e possibilidades.

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA / FLUXOGRAMA

PRIMEIRA AVALIAÇÃO 3 a 7 dias de vida

Exame clínico completo com ênfase para observação da atividade do bebê, coloração da pele (cianose, icterícia), padrão respiratório, ausculta cardíaca (verificar presença de sopros); exame de genitália e ânus; manobra de Ortolani para verificar luxação de quadril; enfatizar o aleitamento materno exclusivo; imunização (BCG e hepatite B, caso não tenha feito na maternidade); avaliar o equilíbrio psicoafetivo mãe-bebê; rever sumário de alta e atentar para cuidados especiais; colher teste do pezinho; avaliar **situações de risco***.

PRESENÇA DE SINAIS DE ALERTA

Febre ou hipotermia, mudança da coloração da pele (cianose, pele marmórea, palidez intensa, icterícia), pausas respiratórias, desconforto respiratório, hipoatividade, irritação intensa, regurgitação freqüente, distensão abdominal, vômitos, diminuição ou recusa alimentar, ganho ponderal insuficiente ou perda de peso.

Sim

Encaminhar para maternidade
no período neonatal (até os 28
dias), com relatório

Não

Marcação de consultas
subseqüentes

Grupos
educativos

Calendário mínimo de consultas

1º ano de vida: 15 dias, 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º meses.
2º ano de vida: semestralmente
3º ao 10º ano de vida: anualmente
Crianças de risco deverão ter acompanhamento individualizado

***Situações de risco:** prematuridade, baixo peso ao nascer, asfixia ao nascimento, pais com condições precárias de moradia e renda, mães com baixa instrução, filhos de adolescentes, antecedente familiar de morte antes de 5 anos.

Conduas

- Pesar a criança e registrar o peso na Caderneta da Criança que fica em posse da mãe ou responsável e também anotar no prontuário. Medir também a estatura e perímetro cefálico até 1 ano;
- Verificar e orientar quanto ao calendário de vacinação, vitamina A, sulfato ferroso, saúde bucal, alimentação; cuidados gerais e de higiene;
- Acompanhar o desenvolvimento psicomotor e social da criança;
- Se houver intercorrências patológicas ou eventos de saúde importantes ocorridos com a criança, anotar na caderneta da criança (no espaço destinado para tal finalidade);
- Estimular o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida. Após os 6 meses continuar amamentando e orientar a alimentação complementar apropriada;
- Verificar e estimular a atividade física regular, principalmente para crianças acima de 4 anos;
- Avaliação oftalmológica antes de ir à escola, sempre que possível;
- Prevenção de acidentes.

STATUS NUTRICIONAL DA CRIANÇA E OUTROS GRUPOS POPULACIONAIS

ANAMNESE NUTRICIONAL:

- Avaliar ingestão dos alimentos consumidos das últimas 24 horas caracterizando o perfil dos alimentos consumidos e sua frequência habitual de consumo, com observação da quantidade e qualidade, introdução, variedade dos alimentos, consistência e horários das refeições;
- Dentição, mastigação, deglutição, ritmo intestinal, qualificação do apetite - intensidade e horários;
- Alergias, intolerâncias, aversões e preferências alimentares.

ANAMNESE CLÍNICA:

- Alterações de peso e ingestão da dieta;
- Sinais e sintomas gastrointestinais;
- Atividade física / profissional;
- Relação entre doenças e necessidades nutricionais.

EXAME FÍSICO:

Distúrbios na boca, dentes e gengivas; observar mastigação e deglutição; alterações ósseas, cutâneas e mucosas; modificações no tecido gorduroso subcutâneo e muscular, edemas e ascite.

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso corpóreo, comprimento (até 24 meses) ou altura (após 24 meses), perímetro cefálico.

Circunferência do quadril e cintura, índice de massa corpórea - correlacionar com sexo e idade.

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EM CRIANÇAS:

P/I (peso/idade): Reflete a situação global; não diferencia comprometimentos nutricionais agudos dos crônicos;

A/I (altura/idade): Examina o crescimento linear, sendo afetado por agravos ao crescimento de caráter crônico, de longa duração;

P/A (peso/altura): Indica o peso apropriado para a altura atual, mesmo em pacientes com desnutrição crônica.

STATUS NUTRICIONAL DA CRIANÇA E OUTROS GRUPOS POPULACIONAIS – CONTINUAÇÃO

A referência recomendada pela OMS e adotada pelo Ministério da Saúde é do National Center for Health and Statistics - NCHS

CRIANÇAS (menores de 7 anos)

| PERCENTIL | DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL |
|---------------------------------|-------------------------------|
| ≤ Percentil 0,1 | Peso muito baixo para a idade |
| ≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3 | Peso baixo para a idade |
| ≥ Percentil 3 e < Percentil 10 | Risco nutricional |
| ≥ Percentil 10 e < Percentil 97 | Adequado ou eutrófico |
| ≥ Percentil 97 | Risco de sobrepeso |

ADOLESCENTES (≥ 10 anos e < 20 anos)

| PERCENTIL DO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA - IMC | DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL |
|---|-------------------------|
| < Percentil 5 | Baixo peso |
| ≥ Percentil 5 e < Percentil 85 | Adequado ou eutrófico |
| ≥ Percentil 85 | Sobrepeso |

ADULTOS (≥ 20 anos e < 60 anos)

| IMC | DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL |
|---------------|-------------------------|
| ≤ 18,5 | Baixo peso |
| ≥ 18,5 e < 25 | Adequado ou eutrófico |
| ≥ 25 e < 30 | Sobrepeso |
| ≥ 30 | Obesidade |

IDOSOS (≥ 60 anos)

| IMC | DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL |
|-------------|-------------------------|
| ≤ 22 | Baixo peso |
| > 22 e < 27 | Adequado ou eutrófico |
| ≥ 27 | Sobrepeso |

STATUS NUTRICIONAL DA CRIANÇA E OUTROS GRUPOS POPULACIONAIS – CONTINUAÇÃO

RECOMENDAÇÕES PARA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA:

Até 6 meses: Orientar **amamentação materna exclusiva** sempre que a criança quiser. Explicar que não é necessário dar outra comida ou líquidos (chá, água, suco). Desestimular o uso de mamadeiras e chupeta.

6 a 7 meses: Estimular a mãe a continuar a amamentar. Iniciar aos poucos, purês e papas de frutas e legumes amassados com garfo (com caldo de carne). Introduzir as frutas e legumes gradualmente (um de cada vez), para verificar possíveis alergias alimentares.

8 a 11 meses: Estimular a mãe a continuar a amamentar. Complementar com papas e purês acrescentando carne, frango, peixe ou miúdos desfiados ou bem picados. A comida servida aos outros membros da família pode ser oferecida, desde que amassada com garfo. Dê 3 vezes ao dia se estiver amamentando ou 5 vezes ao dia se não estiver mais no peito. Orientar a mãe a separar um prato só para criança e ajudá-la a comer.

12 a 23 meses: Estimular a mãe a continuar a amamentar. Orientar para mãe dar a mesma comida servida à família, distribuída em 5 porções diárias.

2 anos ou mais: Orientar a seguir a alimentação da família 3 vezes ao dia e acrescentar 2 lanches como frutas, biscoitos e sucos. Mesmo que faça sujeira, ela deve comer sozinha e mexer nos alimentos do seu prato para aprender. A mãe deve estar presente ajudando a criança comer o suficiente.

Em caso de doença: Orientar a mãe a manter o peito se estiver amamentando. Fazer as comidas preferidas e dar mais vezes ao dia. Aumentar pelo menos uma refeição até o final da doença.

Outros esclarecimentos veja site: www.saude.gov.br/alimentacao.

ORIENTAÇÕES SOBRE ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO NA ATENÇÃO BÁSICA:

Classificação (peso de nascimento): Muito baixo peso (<1500g); Baixo peso (1500-2500g); Peso insuficiente (2500-2999g); Peso adequado (3000-3999g); Macrossomia (>4000g);

Proposta de ações:

Visitas domiciliares: na primeira semana após alta hospitalar; Dar orientações gerais e marcar 1ª consulta.

Agendamento das consultas: 1ª consulta na primeira semana após alta hospitalar; consulta semanal até atingir 2500g; consulta quinzenal até atingir 3000g; a partir de então marcar consultas mensais.

Educação para a saúde junto às mães

Observações:

A alternância de mamas na mesma mamada está desaconselhada, pois não possibilita que a criança receba o leite posterior, que contém maior teor de gordura;

O ganho ponderal esperado é em torno de 25 a 30 g/dia no 1º trimestre (700g/mês); 20g/dia no 2º trimestre (600g/mês); 15g/dia no 3º trimestre (500g/mês); 10g/dia no 4º trimestre (400g/mês).

A suplementação de ferro deve ser realizada com 2 mg de ferro elementar/kg/dia, durante 2 meses, a partir dos 30 dias de vida (dose profilática). Após introdução de outros alimentos, manter 1 mg de ferro elementar/kg/dia até os 24 meses. A suplementação vitamínica deve ser introduzida a partir da 3ª semana de vida e mantida até o final do 1º ano de vida (prematuros).

STATUS NUTRICIONAL DA CRIANÇA E OUTROS GRUPOS POPULACIONAIS - DESNUTRIÇÃO

EPIDEMIOLOGIA:

Os resultados obtidos com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, indicam que 31% das crianças brasileiras menores de 5 anos são desnutridas. Nos seis primeiros meses de vida, a ocorrência da desnutrição já é alta (21,8%). Isso acontece, em muitos casos, porque as mães acabam não amamentando os filhos até o sexto mês. A prevalência de desnutrição é maior na zona rural do que urbana com 49.4% e 29.5%, respectivamente

CAUSAS:

Baixo nível sócio-econômico, abandono precoce do aleitamento materno, saneamento básico ausente ou inadequado, desajuste familiar, fraco vínculo mãe-filho, baixa escolaridade, baixa estimulação, baixo peso ao nascimento.

CONSEQÜÊNCIAS: Grande perda muscular e dos depósitos de gordura, provocando debilidade física; interrupção ou involução do crescimento; alterações psíquicas e psicológicas; alterações de cabelo e de pele; alterações sangüíneas (anemia); Alterações ósseas, como a má formação; alterações no sistema nervoso (depressão, apatia), alterações nos demais órgãos e sistemas respiratório, imunológico, renal, cardíaco, hepático, intestinal.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO:

Existem diversos métodos de diagnosticar a desnutrição. Eles vão desde uma avaliação clínica - observação de características como peso, altura, sexo e idade - até uma completa avaliação do estado nutricional do paciente, incluindo, além da análise clínica, dados sobre alimentação, avaliação bioquímica e imunológica, avaliação metabólica e diagnóstico nutricional.

DIETA E EDUCAÇÃO ALIMENTAR:

A dieta deve possibilitar a reposição, manutenção e reserva adequada de nutrientes no organismo. Havendo necessidade de elaboração de dieta individualizada específica encaminhar, se possível, para nutricionista com relatório. Manter acompanhamento concomitante na UBS.

SUGESTÕES PARA MELHOR APROVEITAMENTO DOS ALIMENTOS:

Orientar:

- Consumir frutas e verduras frescas, da época e regionais, pois os nutrientes vão se perdendo com o amadurecimento e com o tempo de armazenamento;
- Evitar bater esses alimentos no liquidificador para não perder algumas vitaminas, como a vitamina C;
- Os vegetais não devem ser cozidos demais;
- Aproveitar a água que sobrou do cozimento para preparar outro alimento, como sopas e cozidos;
- Não colocar nenhuma substância para ressaltar a cor dos vegetais (como bicarbonato de sódio), pois as vitaminas se perdem.
- Atentar para a importância da conservação, proteção dos alimentos e dos hábitos de higiene.

É importante dar orientações sobre a melhor forma de ter uma alimentação equilibrada, levando em consideração a realidade socioeconômica e cultural da população.

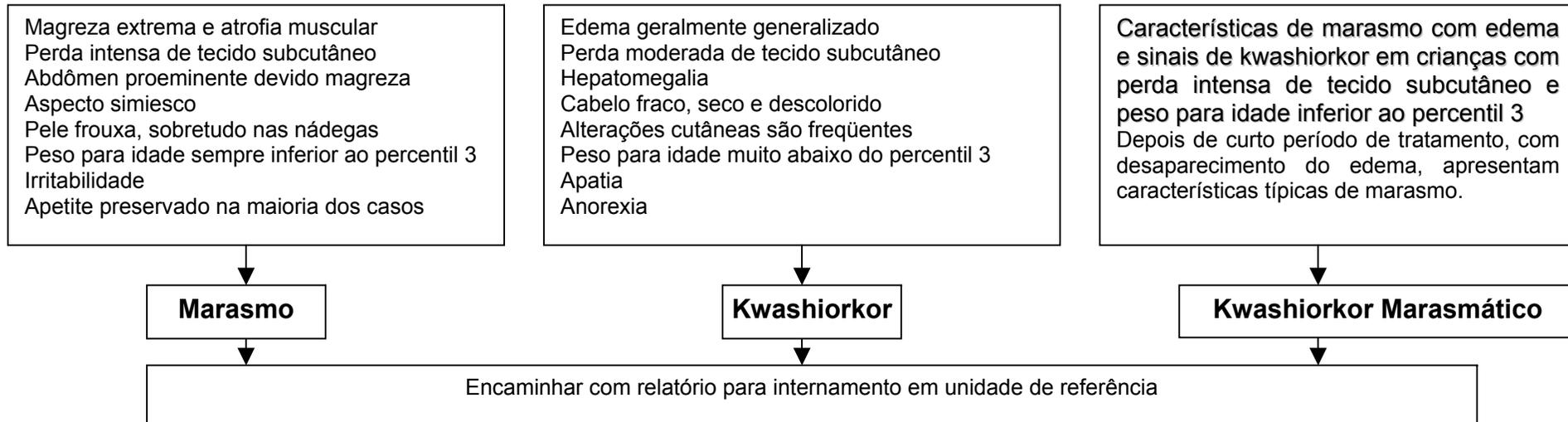
Higiene alimentar e pessoal

Combater as parasitoses intestinais, fator predisponente à desnutrição, devido diminuição da capacidade de absorção de nutrientes, hemorragias ocultas e diarreias.

Participação familiar e comunitária

Toda a família deve participar do processo de educação alimentar e das orientações sobre higiene, especialmente quando se trata de mudar ou de formar os hábitos das crianças. É bom lembrar que as crianças se espelham nos adultos e que o exemplo dos familiares, professores e amigos é muito importante.

SINAIS CLÍNICOS GRAVES DE DESNUTRIÇÃO / FLUXOGRAMA



CONDUTAS NA ATENÇÃO BÁSICA PARA ALGUMAS SITUAÇÕES DE CRESCIMENTO EM CRIANÇAS COM ATÉ 6 ANOS:

- **Percentil entre 97 e 10 (curva descendente):** Investigar possíveis intercorrências que justifiquem a diminuição da velocidade de crescimento. Tratar intercorrências presentes e retorno com 30 dias.
- **Percentil entre 10 e 3 (curva ascendente):** Investigar possíveis causas com atenção para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado com a criança e afeto, informar a mãe. Tratar intercorrências presentes e retorno com 30 dias.
- **Percentil entre 10 e 3 (curva descendente):** Investigar possíveis causas com atenção para o desmame, alimentação, intercorrências infecciosas, formas de cuidado com a criança e afeto, higiene e informar a mãe. Tratar intercorrências presentes. Encaminhar para o serviço social e nutricionista, se disponível. Realizar nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.
- **Percentil entre 3 e 0,1 (peso baixo):** Orientar mãe sobre alimentação complementar adequada para idade (menores de 2 anos). Investigar possíveis causas com atenção para o desmame, alimentação, intercorrências infecciosas, formas de cuidado com a criança e afeto, higiene e informar a mãe. Tratar intercorrências clínicas. Encaminhar para serviço social e nutricionista, se disponível. Realizar nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.
- **Abaixo de percentil 0,1 sem sinais clínicos de desnutrição (peso muito baixo):** Investigar possíveis causas com atenção para o desmame, alimentação, intercorrências infecciosas, formas de cuidado com a criança e afeto, higiene e informar a mãe. Tratar intercorrências clínicas. Encaminhar para serviço social e nutricionista, se disponível. Realizar nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.

STATUS NUTRICIONAL DA CRIANÇA E OUTROS GRUPOS POPULACIONAIS – DESNUTRIÇÃO / CONTINUAÇÃO

FONTES DE NUTRIENTES:

Vitamina A: Leite materno, fígado, ovos, óleo de peixe, vegetais folhosos, legumes e frutas amareladas e/ou verdes escuros.

Vitamina D: Fígado, leite, óleo de peixe, sardinha, atum, salmão.

Vitamina E: Óleos vegetais, manteigas, gema de ovo.

Vitamina K: Fígado, gema de ovo, óleos vegetais, leite de vaca, vegetais folhosos verde-escuros.

Complexo B: Carnes vermelhas, fígado, legumes, levedo de cerveja, cereais integrais, leite de vaca, gema de ovo, queijo, germe de trigo, miúdos, brócolis, batata, couve-flor, tomate, amendoim.

Vitamina C: Frutas (acerola, goiaba, laranja, maracujá, abacaxi, tomate, limão), batata, pimentão, vegetais folhosos.

Cálcio: leite, iogurte, queijo, ovos, brócolis, couve.

Fósforo: Carnes vermelhas, aves e peixe, ovos, leguminosas, nozes e amêndoas, castanhas.

Potássio: Frutas (banana, laranja, maçã, melão), verduras de folha, batata.

Cloro: Carnes vermelhas, aves e peixe, espinafre, cenoura, sal de cozinha.

Magnésio: Vegetais folhosos verde-escuros e legumes, frutas (figo e maçã), cereais integrais, nozes e amendoim.

Ferro: Carnes vermelhas, fígado, miúdos, gema de ovo, leguminosas, vegetais folhosos verde-escuros, frutas secas.

Zinco: Carnes vermelhas, aves e peixe, fígado, frutos do mar, ovos, cereais integrais, lentilha e germe de trigo.

STATUS NUTRICIONAL DA CRIANÇA E OUTROS GRUPOS POPULACIONAIS - OBESIDADE

EPIDEMIOLOGIA:

No Brasil, estima-se que 20% das crianças sejam obesas e que cerca de 32% da população adulta apresentem algum grau de excesso de peso, sendo 25% casos mais graves. A obesidade é um problema sério em todas as regiões do país, mas a situação é ainda mais crítica no Sul. De acordo com dados da PNSN de 1989, a prevalência de obesidade em brasileiros com mais de 18 anos de idade é de 28%, no caso dos homens, e de 38% no caso das mulheres.

CAUSAS:

Fatores genéticos, endocrinopatias, sedentarismo, dieta excessiva e desequilibrada.

CONSEQÜÊNCIAS:

Apnéia do sono, acidente vascular cerebral, fertilidade reduzida em homens e mulheres, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, doenças cardiovasculares, cálculo biliar, aterosclerose, vários tipos de câncer, como o de mama, útero, próstata e intestino; doenças pulmonares, problemas ortopédicos e gota.

CLASSIFICAÇÃO

Existem diversas maneiras de classificar e diagnosticar a obesidade. Uma das mais utilizadas atualmente baseia-se na gravidade do excesso de peso, o que se faz através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC ou Índice de Quetelet), utilizando-se a seguinte fórmula: **IMC = Peso atual (kg) / altura² (m²)**

O IMC não é indicado crianças e adolescentes porque passam por rápidas alterações corporais decorrentes do crescimento. A rede pública de saúde usa o “cartão da criança” para verificar a adequação da altura e do peso até os 5 anos de idade. A classificação a seguir mostra os diferentes graus de obesidade em adultos:

CLASSIFICAÇÃO IMC

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Baixo peso | Menor que 18,5 |
| Normal sobrepeso maior que 25 | 18,5 – 24,9 |
| Pré-obeso | 25 – 29,9 |
| Obeso I | 30 – 34,9 |
| Obeso II | 35 – 39,9 |
| Obeso III | Maior que 40 |

RELAÇÃO CINTURA/QUADRIL (RCQ) – Este indicador afere a localização da gordura corporal. Em adultos, o padrão de distribuição do tecido adiposo tem relação direta com o risco de morbi-mortalidade.

RELAÇÃO CINTURA/QUADRIL

RCQ > 1
RCQ >0,85

RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Para homens
Para mulheres

STATUS NUTRICIONAL DA CRIANÇA E OUTROS GRUPOS POPULACIONAIS – OBESIDADE

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OBESIDADE:

O usuário deve ser orientado a preferir uma dieta pobre em gordura e em colesterol e rica em frutas e verduras; Moderar as quantidades de açúcares e sal;

Beber, no mínimo, oito copos de água por dia entre as refeições; Estabelecer horários fixos para se alimentar; Dividir a alimentação em cinco ou seis refeições, reduzindo a quantidade consumida em cada uma delas; Preparar o prato com toda a quantidade de alimentos a ser consumida, para ter o controle da quantidade que vai comer.

Toda a família deve participar do processo de educação alimentar. A recomendação vale, especialmente quando se trata de mudar os hábitos das crianças, pois elas se espelham nos adultos. Convém prestar atenção nos produtos vendidos nas lanchonetes das escolas, pois a maioria não apresenta valor nutritivo, sendo apenas fonte de gorduras e calorias extras.

Atividade física é a melhor maneira de controlar o peso é a combinação de dieta com exercícios físicos e não apenas um ou outro. O ideal é fazer um pouco de atividade física todos os dias, ou pelo menos três vezes por semana. Recomenda-se avaliação clínica antes do início da programação das atividades físicas.

Encaminhar para os centros de referência os casos de obesidade mórbida – obeso III (IMC > 40)

AÇÕES INTERSETORIAIS:

- Articular a participação de outros setores municipais em projetos que tenham como principal objetivo de promover à saúde e prevenir a obesidade;
- Utilizar meios de comunicação disponíveis para facilitar o acesso de todas as camadas sociais às informações sobre alimentação saudável.

AMAMENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida com manutenção até 02 anos de idade ou mais e introdução de alimentação complementar oportuna a partir do 6º mês de vida.

PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE:

Orientar a gestante e familiares sobre a importância do aleitamento materno e suas repercussões positivas durante toda a gravidez e após o nascimento do bebê, ajudando a família diante das dificuldades que venham surgir.

ASPECTOS RELEVANTES DA AMAMENTAÇÃO:

Início precoce da amamentação, esvaziamento da glândula mamária para evitar ingurgitamento mamário e mastite, estimular o bebê a ser amamentado sempre que tiver vontade. Orientar sobre o posicionamento correto do bebê a fim de evitar fissuras. Contra-indicar o aleitamento materno no caso de mãe HIV + e/ou HTLV +, e aleitamento materno cruzado.

PRINCIPAIS INFORMAÇÕES SOBRE CUIDADOS COM A MAMA:

O uso de cremes, sabão e pomada estão proscritos. Em caso de mamilo plano ou invertido, orientar sobre manobras que tornam o mamilo mais saliente (massagear o bico para fora, uso da seringa de 20 ml para sucção do mamilo). Após o nascimento do bebê, se for necessário lembrar que o bebê mama na aréola e não no mamilo. Durante o pré-natal apenas examine as mamas se a mãe pedir. Os exercícios de Hoffman estão contra-indicados pois, além de não serem eficazes, podem desencadear parto prematuro pela liberação de ocitocina.

Após o nascimento:

- Lave as mamas apenas com água durante o banho;
- Não use sabonetes ou loções no mamilo;
- Não limpe os mamilos antes das mamadas;
- Aplique pequena quantidade de leite materno ao final da mamada se os mamilos estiverem doloridos;
- O ar e o sol são benéficos, mas não indispensáveis;
- Sutiãs não são obrigatórios. Use aqueles confortáveis que não apertem as mamas.

AMAMENTAÇÃO / CONTINUAÇÃO

CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS DO ALEITAMENTO MATERNO:

- Mães portadoras do HIV;
- Mães portadores de HTLV;
- Mães que fazem uso de anti-neoplásicos, iodo radioativo, propiltiuracil (tratamento de hipertireoidismo), lítio;
- Mães com herpes mamilar (enquanto durarem as lesões).

Situações especiais:

- Criança com fenilcetonúria ou galactosemia podem ser amamentadas caso tenham acompanhamento regular e façam dosagens de fenilalanina e galactose rotineiramente, pelo Centro de Referência de Triagem Neonatal/ APAE;
- Mães com tuberculose bacilífera: não tratadas ou com tempo de tratamento inferior a três meses; amamentar com máscara; lavar as mãos antes de manipular o bebê; reduzir tempo de contato com o RN.
- Mães com hanseníase: não contra-indica a amamentação, mesmo com uso de poliquimioterápicos; pode ocorrer uma hiperpigmentação da pele, porém reversível após a suspensão da poliquimioterapia;
- Mães portadoras de vírus Varicela Zoster: contra indicado temporariamente quando as lesões sugirem 5 dias antes ou até 2 dias após o parto – solicitar orientação do Centro de Referência.

INTERCORRÊNCIAS DA AMAMENTAÇÃO:

mamilos sensíveis e doloridos, fissuras, ingurgitamento, mastites, abscessos e diminuição temporária de leite.

FATORES ASSOCIADOS:

ansiedade da mãe e da família, técnica de amamentação inadequada, com sucção por tempo insuficiente, interferindo na produção de leite; falta de preparo no pré-natal, uso de medicamentos que podem interferir na produção de leite (anticoncepcionais estrogênicos e diuréticos), introdução precoce de mamadeira, chupeta, chá, água e alimentação mista.

CONDUTA:

- Ganho de peso inadequado: estimular o esvaziamento completo das mamas; aumentar o nº de mamadas; complementar com o próprio leite ordenhado e oferecer em copinho, colher pequena ou técnica de relactação;
- Fissuras: se a fissura for muito grande, suspender a sucção no local por 24 a 48 horas, sempre esvaziando a mama; expor aos raios solares antes das 10 e após às 16 horas por 15 minutos; evitar uso de cremes e pomadas; verificar pega, posição e presença de infecção do mamilo;
- Ingurgitamento mamário: diminuir o intervalo das mamadas; massagear as mamas antes da mamada e ordenhá-las após seu término;
- Mastites e abscessos: encaminhar para maternidade para drenagem se necessário; uso de analgésicos, antiinflamatório, antibiótico . Manter a amamentação, se possível ordenhar a mama até a cura

AMAMENTAÇÃO / CONTINUAÇÃO

TÉCNICAS DE AMAMENTAÇÃO:

- Lavar as mãos antes e após as mamadas;;
- Acomodar-se em posição confortável, preferencialmente apoiando os pés, com as costas apoiadas;
- Massagear as mamas com movimentos circulares pequenos para facilitar a descida do leite;
- Fazer a expressão da areola para certificar-se da presença do leite e se necessário ordenhar um pouco para areola ficar macia e flexível e facilitar a pega adequada;
- Oferecer o seio à criança e verificar a posição do bebê e a pega estão corretos:
 - a) O abdômen do bebê deve estar em contato com o abdômen da mãe;
 - b) A cabeça do bebê deve estar mais elevada que o tórax a fim de evitar refluxo do leite par trompa de Eustaquio, prevenindo assim otites;
 - c) A criança deve abocanhar a maior parte da aréola, ficando mais areóla fora acima do que abaixo da boca do bebê;
 - d) A borda do lábio inferior deve estar virada para fora e o seu queixo deve encostar-se ao peito da mãe (boca de peixinho).
 - e) Deve-se evitar a posição dos dedos em tesoura sobre a mama para evitar a obstrução da passagem do leite;
 - f) Oferecer as duas mamas alternadamente, iniciando pela última ofertada na mamada anterior;
 - g) Se necessário interromper a mamada, colocar o dedo mínimo no canto da boca do bebê, afastando e liberando o mamilo da pressão da sucção;
 - h) Deixar o bebê no colo, em pé, por alguns minutos, para facilitar a eructação e evitar broncoaspiração.

ORIENTAÇÕES À TERCEIRA IDADE

DESFAÇA OS MITOS SOBRE A VELHICE – NÃO SÃO PRÓPRIOS DA VELHICE E MERECEM INVESTIGAÇÃO

- INCONTINÊNCIA URINÁRIA OU FECAL
- PERDA DA MEMÓRIA
- ALTERAÇÕES NA SEXUALIDADE
- PERDA DO EQUILÍBRIO
- PERDAS SENSORIAIS
- TRISTEZA E APATIA
- TONTURAS E DESEQUILÍBRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- É IMPOSSÍVEL PARAR OU RETARDAR O ENVELHECIMENTO
- ATIVIDADE FÍSICA DEVE SER INSTITUÍDA
- SÓ DEVE HAVER RESTRIÇÕES NA DIETA SE HOVER ALGUMA DOENÇA
- PROCEDIMENTOS E HOSPITALIZAÇÃO DEVEM SER REALIZADOS CASO HAJA NECESSIDADE
- A CAPACIDADE DE DECISÃO SÓ ESTÁ PREJUDICADA SE HOVER ALGUMA DOENÇA COGNITIVA

ORIENTAÇÕES À TERCEIRA IDADE / CONTINUAÇÃO

ATIVIDADE FÍSICA:

É importante que o idoso escolha a atividade de que mais gosta. É preciso que ele tenha prazer. Ao fazer algo que não gosta, o idoso pára após alguns meses do início dos exercícios, por isso vale experimentar várias atividades físicas até encontrar a que melhor se adapta ao seu perfil. Entre as atividades que trabalham o sistema cardiovascular estão as caminhadas regulares. É imprescindível que antes do início de qualquer atividade física o idoso passe por uma avaliação clínica.

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA:

- Melhora da qualidade da marcha;
- **Melhora da funcionalidade;**
- **Melhora do funcionamento intestinal;**
- **Contribui para a manutenção e/ou aumento da densidade óssea;**
- **Auxilia no controle do diabetes, da artrite, das doenças cardíacas, da dislipidemia e da hipertensão;**
- **Melhora da qualidade do sono;**
- **Melhora do humor e auto-estima;**
- Reduz os sintomas depressivos;
- **Reduz a ocorrência de acidentes;**
- **Permite a socialização.**

ORIENTAÇÕES GERAIS DIRECIONADAS A ATIVIDADE FÍSICA:

Orientar a:

- **evitar fazer exercícios físicos sob o sol forte;**
- **tomar água moderadamente antes, durante e depois da atividade física;**
- **usar de roupas leves, claras e ventiladas;**
- **evitar fazer exercícios em jejum e evitar comer demais antes da atividade física;**
- **priorizar atividades físicas de baixo impacto;**
- **usar tênis.**

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA UMA BOA NOITE DE SONO:

Orientar a:

- deixar o quarto escuro e silencioso, porém com uma luz de referência;
- **evitar fazer exercícios físicos antes de dormir.**
- tomar **banho morno antes de se deitar pode estimular o sono;**
- **usar roupas leves e confortáveis;**
- **escolher o colchão certo para o corpo, não pode ser nem muito duro e nem muito mole;**
- **evitar o consumo excessivo de líquidos depois das 18 horas;**
- **evitar assistir televisão na cama;**
- **evitar as bebidas alcoólicas e o cigarro horas antes de dormir;**
- **evitar uso de remédios para dormir por conta própria.**

ORIENTAÇÕES À TERCEIRA IDADE / CONTINUAÇÃO

SEXUALIDADE:

A lubrificação vaginal diminui, causando às vezes dor no ato sexual e dificultando o orgasmo. Maior atenção às preliminares e às carícias por parte do companheiro pode contribuir com o aumento do prazer sexual da idosa. Lembrar à idosa a possibilidade das práticas masturbatórias. Observar a necessidade de reposição hormonal. Um dos problemas vividos pelos homens é a dificuldade de ter e manter a ereção. A disfunção erétil pode estar associada a doenças como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas. Várias medicações podem interferir no desejo sexual. Nessa faixa etária, o homem demora mais para ter a ereção, a rigidez do pênis também não é a mesma da juventude, o volume de esperma pode ser menor e o período entre a ereção e a ejaculação também é reduzido ou prolongado. No entanto, esses problemas podem ser contornados com medicação (no caso da disfunção erétil) ou por estimulação erótica antes do ato sexual.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA EVITAR ACIDENTES DOMÉSTICOS:

Orientar o idoso a:

- Evitar andar em pisos molhados;
- Evitar sapatos abertos ou que não tenham parte traseira;
- Evitar tapetes nos quartos, banheiros ou outros cômodos;
- Manter uma boa iluminação na casa;
- Evitar fios elétricos e de telefone desprotegidos;
- Evitar roupas muito compridas e folgadas;
- Evitar cama baixa;
- Evitar prateleiras, armários muito altos ou baixos;
- Evitar prateleiras de vidro e superfície cortantes;
- Se for possível, utilizar barras de apoio no banheiro no local para banho e próximo ao vaso sanitário;
- Se possível instalar o botijão de gás fora da cozinha;
- Atentar para animais domésticos e brinquedos soltos na casa.

DOENÇAS DE MAIOR PREVALENCIA:

- | | |
|--|---------------------|
| - Cardiovasculares (infarto, angina, insuficiência cardíaca, hipertensão); | - Depressão; |
| - Acidente vascular cerebral; | - Mal de Parkinson; |
| - Infecção urinária; | - Demências ; |
| - Diabetes; | - Catarata; |
| - Obstipação; | - Glaucoma. |
| - Osteoporose | - Osteartrose; |

DIABETES MELLITUS

Epidemiologia:

O diabetes mellitus vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência. Calcula-se que, em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no país, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos atuais 5 milhões de diabéticos, no ano 2000. No Brasil, os dados do estudo multicêntrico sobre a prevalência de diabetes (1987/89) demonstraram uma prevalência de 7,6% na população de 30 a 69 anos. Na Bahia, segundo dados do HIPERDIA, em 2004, constam 35717 diabéticos, sendo em torno de 80% diabetes tipo 2. Outro dado importante é que 46,5% dos diagnosticados desconheciam o fato de ser portadores de diabetes. A prevalência de complicações crônicas em diabetes são de 52% de doenças cardiovasculares, 40% evoluem para nefropatia e 40% desenvolvem retinopatia, sendo esta a principal causa de cegueira entre 25 a 74 anos. As amputações são cem vezes mais frequentes em diabéticos. Isto demonstra a importância do controle rigoroso da doença, para prevenção ou diminuição desses agravos.

Conceito:

Síndrome de etiologia múltipla, decorrente da resistência insulínica com progressiva incapacidade da insulina em exercer seus efeitos e/ ou falta de insulina.

Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial.

Conseqüências a longo prazo: alterações macro e microvasculares causando doenças cerebrovasculares (IAM, AVE), nefropatia, retinopatia, neuropatia com risco de úlceras nos pés, amputações, artropatia e disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual.

CLASSIFICAÇÃO

Tipo 1: Destruição de células beta, geralmente ocasionando deficiência absoluta de insulina, de natureza auto-imune ou idiopática.

Tipo 2: Nos estágios iniciais há uma predominância de resistência insulínica, seguida de hiperinsulinemia e tardiamente exaustão das células beta pancreáticas e deficiência na produção de insulina. A principal causa de resistência insulínica é a obesidade.

Outros tipos específicos: Doenças do pâncreas exócrino (p.ex. pancreatite), endocrinopatias, induzidos por drogas em indivíduos com resistência insulínica (glicocorticóides, tiazídicos), entre outros.

Diabetes gestacional: Definido como identificação do diabetes durante a gestação.

Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2

- Idade maior que 45 anos
- História familiar de diabetes mellitus (pais, filhos e irmãos)
- Excesso de peso (IMC maior ou igual a 25 kg/m².)
- Sedentarismo
- HDL baixo ou triglicérides elevados
- Hipertensão arterial
- DM gestacional prévio
- Macrossomia ou história de abortos de repetição ou mortalidade perinatal.
- Uso de medicações hiperglicemiantes (corticosteróides, tiazídicos).

DIABETES MELLITUS / CONTINUAÇÃO

Detecção precoce e rastreamento para diabetes mellitus tipo 2:

- O rastreamento mais freqüente ou mais precoce está indicado quando houver dois ou mais componentes da síndrome plurimetabólica - excesso de peso, colesterol alto, HDL baixo, triglicérides elevados, hipertensão, circunferência abdominal elevada e doença cardiovascular, ou além da idade, a presença adicional de dois ou mais fatores de risco e diabetes gestacional prévio.
- Crianças acima de dez anos e adolescentes: rastreamento a cada dois anos se estiver acima do percentil 95 para peso.

Valores de glicemia capilar para rastreamento de Diabetes Mellitus (Esse teste não faz diagnóstico definitivo)

| Especificação | Resultado | Interpretação | Conduta |
|--|-----------------------|-------------------------|--|
| Glicemia capilar ao acaso (em qualquer hora do dia) | Menor que 140mg/dl | Normal | - Repetir com 3 a 5 anos para indivíduos \geq 45 anos; - Repetir de 1 a 3 anos quando há história de DM gestacional, presença de 1 ou 2 fatores de risco. |
| | Entre 141 e 199 mg/dl | Duvidoso | Realizar glicemia sérica de jejum |
| | Entre 200 e 270 mg/dl | Provável diabetes | Realizar glicemia sérica de jejum |
| | \geq que 270 mg/dl | Muito provável diabetes | Realizar glicemia sérica de jejum |

Diagnóstico:

Glicemia plasmática de jejum (no mínimo 8 horas)

Normal : 70 a 100mg/dl

Glicemia de jejum alterada Entre 100-125 mg/dl: (solicitar teste de tolerância à glicose)

Diabetes mellitus: Duas medidas de glicemia de jejum \geq 126 mg/dl ou uma glicemia acima de 200 mg/dl ocasional associado a sintomas do diabetes como poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada.

Teste de tolerância à glicose: Medição da glicose plasmática **após 2 horas de ingesta de 75g de glicose** precedido de no mínimo 8 horas de jejum.

Normal: menor que 140 mg/dl

Intolerância à glicose: entre 140 a 199 mg/dl

Diabetes mellitus: Acima de 200 mg/dl

A glicemia capilar não deve ser utilizada para diagnostico, apenas para rastreamento e acompanhamento.

DIABETES MELLITUS / CONTINUAÇÃO

Características clínicas do diabetes mellitus tipo 1

- Maior incidência em crianças, adolescentes e adultos jovens (< 30 anos);
- Início abrupto dos sintomas;
- Pacientes magros (IMC < 20);
- Facilidade para cetose e grandes flutuações da glicemia;
- Pouca influência hereditária;
- Deterioração clínica, se não tratada imediatamente com insulina, podendo até evoluir para o coma (cetoacidose);
- Sintomas mais freqüentes: Perda de peso, fadiga, poliúria, sede excessiva;
- Sinais: desidratação, hálito cetótico, taquipnéia.

| Objetivos do tratamento para diabetes mellitus tipo 2 | |
|---|---------------------------|
| Glicose plasmática (mg/dl) | |
| ▪ Jejum | ≤ 100 |
| ▪ 2 horas pós-prandiais | ≤ 140 |
| Glico-hemoglobina (%) | Limite superior do método |
| Colesterol (mg/dl) | |
| ▪ Total | <200 |
| ▪ HDL | >45 |
| ▪ LDL | <100 |
| ▪ Se outro fator de risco associado | < 70 |
| Triglicérides (mg/dl) | <150 |
| Pressão arterial (mmHg) | |
| ▪ Sistólica | <130 |
| ▪ Diastólica | <85 |
| Índice de massa corporal (kg/m²) | 20-24,9 |
| Circunferência abdominal(cm) | Mulher: 88 / homem: 102 |

Acompanhamento clínico e laboratorial:

Pacientes estáveis:

- Avaliação com equipe multidisciplinar a cada três ou quatro meses (verificar PA, peso, circunferência abdominal e **exame dos pés**).
- Glicemia em jejum e pós –prandial a cada consulta.
- Glico-hemoglobina a depender da pactuação do município
- Solicitar anualmente sumário de urina com medida de microalbuminúria, perfil lipídico, potássio, creatinina , ECG e consulta com oftalmologista para realização de fundoscopia (sob dilatação da pupila).
- Pacientes em uso de metformina deverão realizar avaliação da função hepática semestralmente.

Critérios de encaminhamento para Unidade de Referência:

- Diabetes gestacional ou diabética gestante
- Diabetes tipo 2 com doença cardiovascular, nefropatia com creatinina maior que 2mg/dl , retinopatia.
- Diabetes mellitus tipo 1

DIABETES MELLITUS / CONTINUAÇÃO

Fatores de descompensação dos níveis glicêmicos:

- Infecções (urinária, respiratória, boca, dentes, pele);
- Estresse agudo;
- Atividade física de forma irregular;
- Ingesta aumentada de carboidratos;
- Uso irregular ou inadequado da insulina;
- Inadequação na conservação e aplicação da insulina (agulha inadequada).

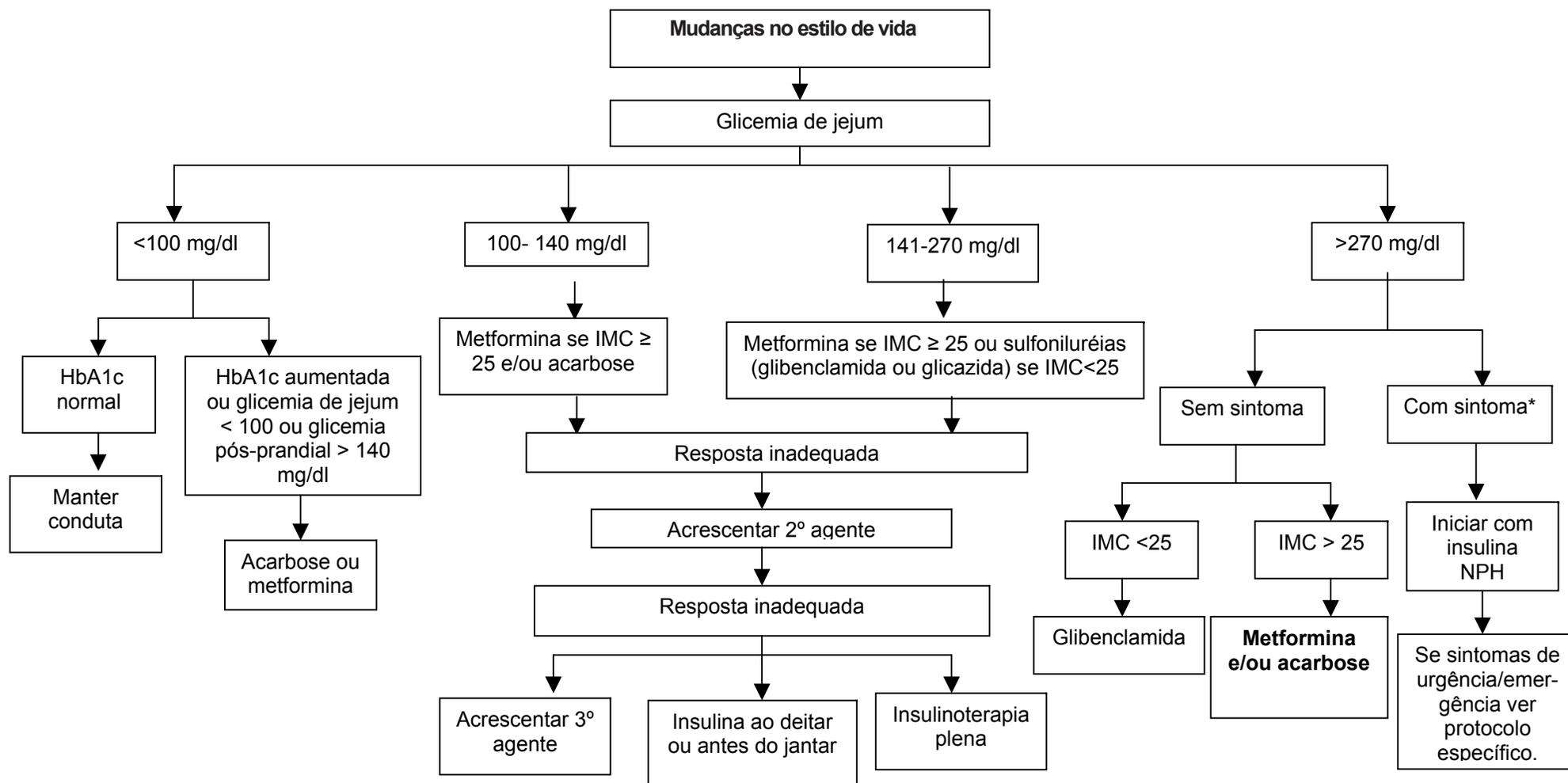
Conduta para diabetes melitus tipo 1

- Considerar a fase de crescimento e desenvolvimento em que o paciente se encontra, a fase da doença, o estilo de vida e a atividade diária.
- As necessidades diárias de insulina desses pacientes variam de 0,5 a 1,0 U/kg/dia. **Na puberdade ou na vigência de infecções, essas necessidades podem chegar a 1,5 U/kg/dia. Na prática de atividades físicas regulares pode ser necessária a diminuição da dose habitual.**
- Quando o paciente necessitar dose superior a 2 U/kg/dia de insulina e mantém glicemia acima de 250 mg/dl, deve-se pensar em situação de resistência insulínica, na ausência de fatores outros de descompensação (infecção, não adesão ao tratamento).
- O esquema terapêutico mais freqüente é o de 2 doses de insulina de ação intermediária, aplicando-se 2/3 da dose, pela manhã, no desjejum, e 1/3 da dose, no jantar ou deitar. Quando a glicemia de jejum estiver elevada, aumentar a insulina da noite e para hiperglicemia, antes do jantar, aumentar a insulina da manhã. A dose poderá ser reajustada a cada 3-5 dias.
- Para o alcance dos objetivos terapêuticos, algumas vezes faz-se necessário a associação de insulina regular, antes do café, almoço e do jantar (neste caso encaminhar para unidade de referência).
- O tratamento do paciente com diabetes tipo 1 deve ser realizado preferencialmente em unidade de referência.

Estratégias na abordagem do Diabetes mellitus:

Educação em saúde com abordagem de modificação dos hábitos de vida, que incluem suspensão do fumo, aumento da atividade física e reorganização dos hábitos alimentares. Para uma efetiva mudança de hábitos de vida, é fundamental uma abordagem psicossocial. Além do atendimento clínico habitual, técnicas de relaxamento e grupos de orientação e reflexão com trocas de experiências entre os membros do grupo, podem exercer considerável efeito terapêutico sobre os mesmos.

TRATAMENTO E SEGUIMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 (CASOS CONFIRMADOS) /FLUXOGRAMA



A presença de obesidade, hipertrigliceridemia, HDL-colesterol baixo e hipertensão arterial, entre outros estigmas observados na síndrome metabólica, indica a ocorrência de resistência à insulina, e, neste caso, a metformina seria o medicamento preferido, com base nos resultados do UKPDS(3)A. A perda de peso associada aos sintomas do diabetes (polis) com glicemia entre 140mg/dl e 270mg/dl indica secreção deficiente de insulina, e, neste caso, uma sulfoniluréia seria a melhor indicação.

DIABETES MELLITUS / CONTINUAÇÃO

Cuidados com o pé do portador de diabetes – Orientar o paciente a:

- Examinar os pés diariamente: se for necessária peça ajuda a um familiar ou use um espelho.
- Avisar se tiver calos, rachaduras, alterações de cor ou ferimentos.
- Vestir sempre meias limpas e folgadas preferentemente de lã ou de algodão (conforme clima local).
- Calçar apenas sapatos ajustados ao pé (nem folgados, nem apertados), preferencialmente de couro e sem costuras internas. Usar sapatos sempre com meias.
- Examinar os calçados antes de usá-los;
- Sapatos novos devem ser usados aos poucos. Usá-los nos primeiros dias apenas em casa por no máximo duas horas.
- Andar sempre calçado, mesmo em casa.
- Lavar os pés diariamente, com água morna e sabão neutro. Evitar água quente. Secar bem os pés, especialmente entre os dedos;
- Usar um hidratante a base de lanolina após lavar e secar os pés (exceto entre os dedos);
- Cortar as unhas de forma retas, horizontalmente, com tesoura com ponta grossa. De preferência use lixa;
- Apresentando calos ou unhas encravadas remover com procedimento específico;
- Evitar escalda-pés (água muito quente);
- Realizar inspeção dos pés a cada consulta utilizando o monofilamento (10grs), vide procedimento abaixo.

OBS: Existe um risco maior para ulceração quando o paciente apresenta úlcera prévia, neuropatia, doença vascular periférica, alterações anatômicas, calos, micose, outras alterações de pele e distúrbios na marcha. Durante a consulta (avaliação) devem ser observados o aspecto das unhas (encravadas e/ou deformadas), presença de deformidades dos dedos e arco plantar, áreas de calosidade, rachaduras, fissuras e bolhas, úlceras e intertrigo micótico e exame com monofilamento.

Uso do monofilamento 10 grs

- 1- Mantenha o paciente calmo e tranqüilo;
- 2- Mostre o filamento ao paciente e aplique-o em sua mão para que ele possa reconhecer o tipo de estímulo e não tenha medo;
- 3- Peça que o paciente não olhe para o local que estará sendo testado;
- 4- Solicite que o paciente preste atenção e responda sim quando sentir o filamento, não perguntar se ele sente ou não para evitar induzir a resposta;
- 5- Ao aplicar o filamento, mantenha-o perpendicular à superfície testada, a distância de 1-2 cm; com movimento suave, faça-o curvar-se sobre a pele e retire-o num tempo de 1 segundo e meio;
- 6- Não use movimentos bruscos na aplicação, se o filamento escorregar pelo lado, desconsidere a eventual resposta do paciente e teste o mesmo local novamente, mais tarde;
- 7- Use uma seqüência ao acaso nos locais de teste, para não induzir o paciente a prever o local seguinte onde o filamento será aplicado;
- 8- Havendo áreas ulceradas, necróticas, cicatriciais ou hiperqueratóticas, realize o teste em local próximo, dentro da mesma área específica e não sobre a lesão;
- 9- Se o paciente não responder à aplicação do filamento num determinado local, continue a seqüência randômica e volte posteriormente àquele local, para confirmar;
- 10- Anote apenas os resultados segundo a percepção do filamento em cada região testada;
- 11- O filamento deve ser limpo sempre com água e sabão.

Leitura do resultado:

(+) com sensibilidade;

(-) sem sensibilidade: perda de sensação protetora para o pé, ainda podendo sentir pressão profunda e dor.

DIABETES GESTACIONAL

Epidemiologia: No Brasil, a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no SUS é de 7,6% (OMS), 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída a glicose e 6% hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez.

Conceito: é definido como a intolerância a glicose de graus variados com início ou primeiro diagnóstico durante o segundo ou terceiro trimestre da gestação, podendo ou não persistir após o parto.

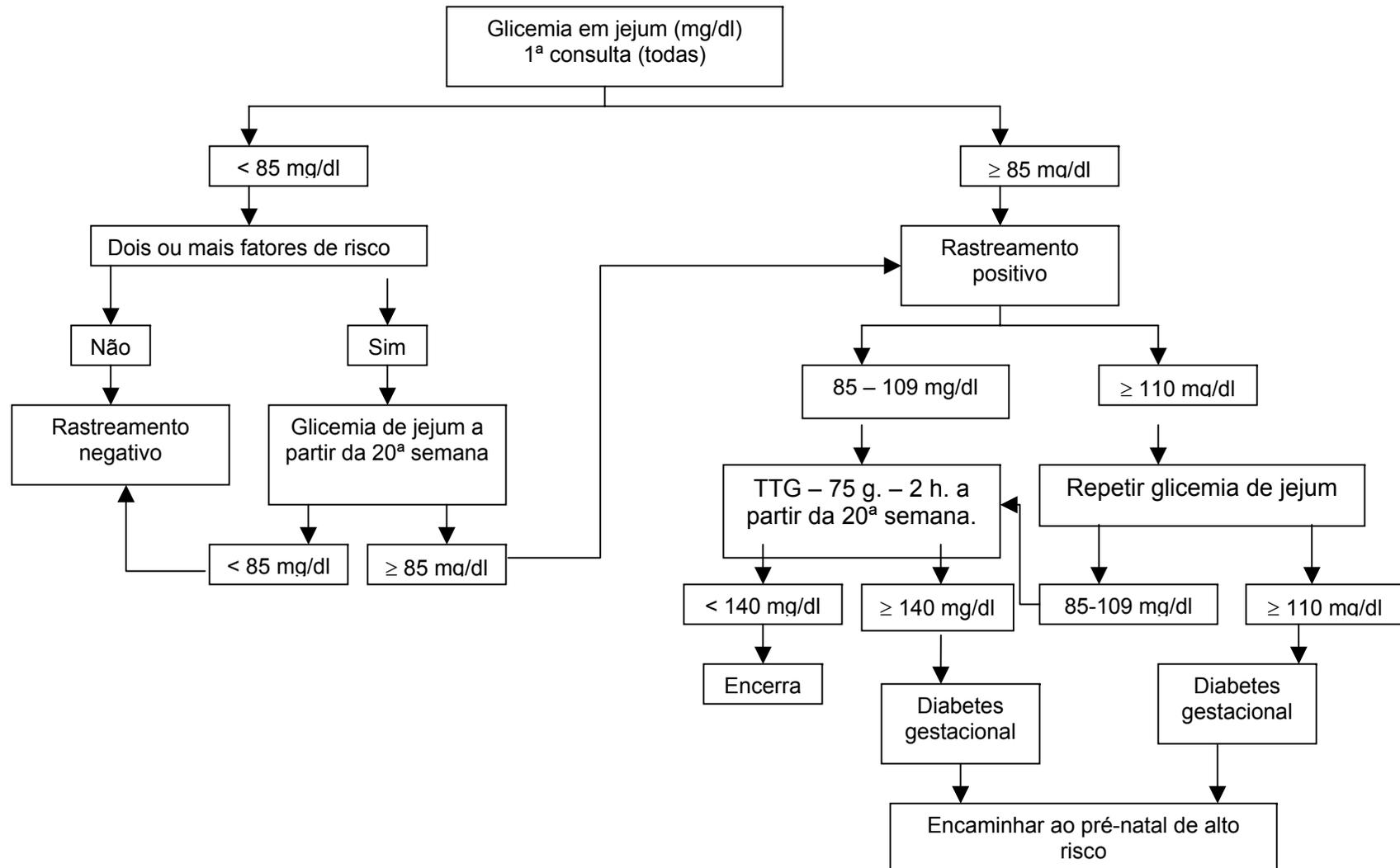
Fatores de risco:

- Idade superior a 25 anos;
- Obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual (ver tabela de assistência pré-natal);
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;
- Baixa estatura (< 1,50 cm.);
- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclampsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrossomia ou diabetes gestacional.

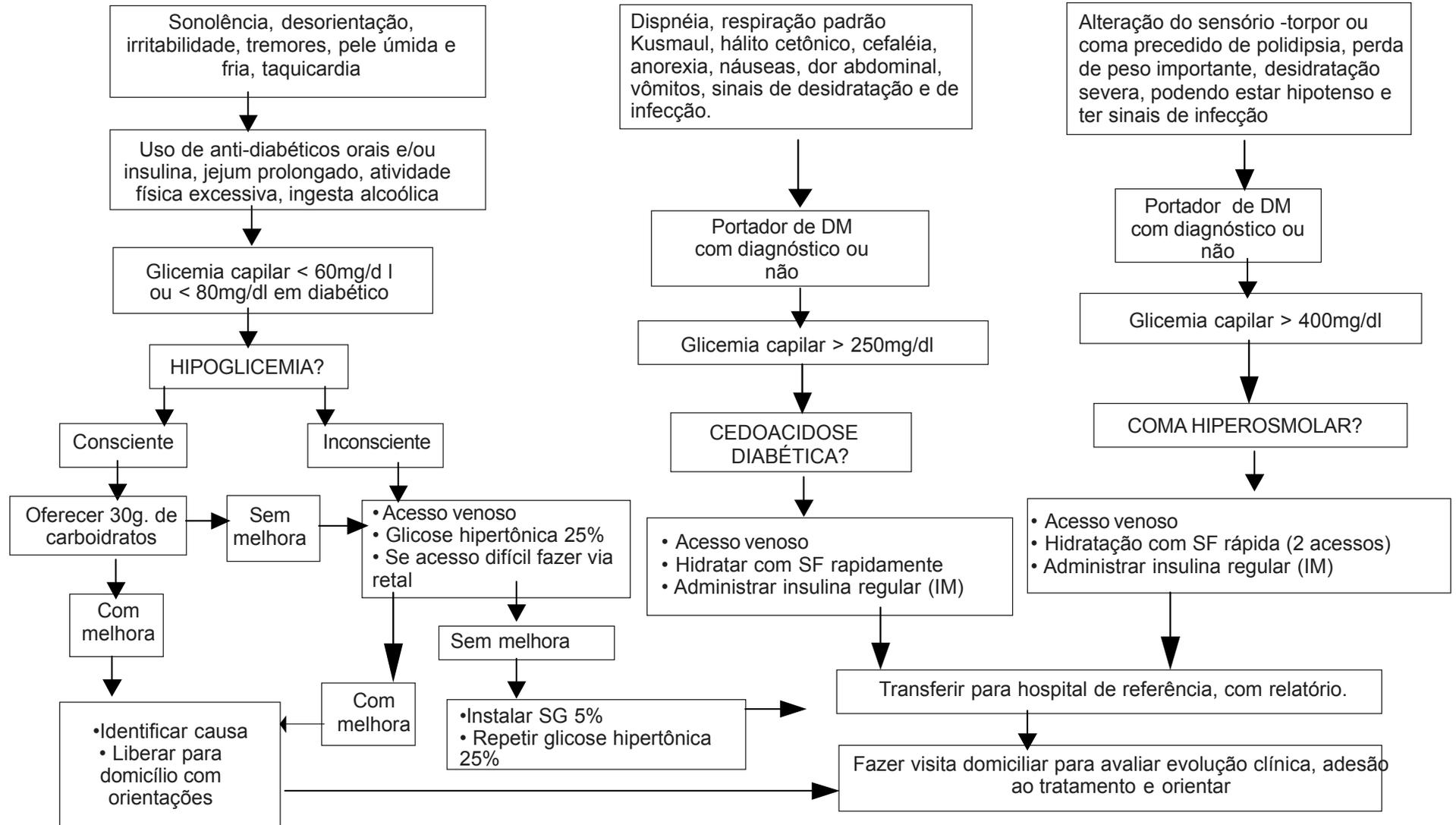
Conduta:

- Orientações dietéticas próprias para diabéticos considerando o IMC (ver tabela assistência pré-natal);
- Estímulo à atividade física de baixo impacto como caminhadas regulares;
- Controle glicêmico semanal com glicemia capilar de jejum e pós-prandial;
- O tratamento com insulina deve ser indicado se após duas semanas de dieta os níveis glicêmicos permanecerem elevados, jejum ≥ 105 mg/dl e duas horas pós-prandiais ≥ 120 mg/dl. Se não for possível encaminhar para unidade de referência iniciar com dose de insulina em torno de 0,3 a 0,5 U/Kg, preferencialmente em mais de uma dose diária. As necessidades insulínicas tendem aumentar progressivamente durante a gravidez;
- A segurança do emprego de antidiabéticos orais na gravidez encontra-se ainda em fase de estudo e não aprovado para prescrição.

DETECÇÃO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL / FLUXOGRAMA



DIABETES MELLITUS / FLUXOGRAMA



HIPERTENSÃO ARTERIAL

CONCEITO: Hipertensão arterial é definida como a pressão arterial sistólica \geq a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica \geq 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação antihipertensiva em pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes.

EPIDEMIOLOGIA: Segundo Ministério da Saúde (MS - 2002), a Hipertensão Arterial (HA) tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (\geq 20 anos) e forte correlação com 80% dos casos de Acidente vascular Encefálico (AVE) e 60% dos casos de doenças isquêmicas do coração. Constitui, sem dúvida, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo no Brasil, a primeira causa de morte (27,4%), segundo dados do MS – 1998.

CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL (MMHG) (> 18 ANOS) E PROPOSTA PARA SEGUIMENTO

| CLASSIFICAÇÃO | PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg) | PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA (mmHg) | Seguimento |
|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Ótima | <120 | <80 | - |
| Normal | 120 - 129 | 80 - 84 | Reavaliar em 1 ano |
| Normal alta | 130-139 | 85-89 | Reavaliar em 6 meses |
| Hipertensão | | | |
| Grau 1 (leve) | 140 – 159 | 90 – 93 | Confirmar em 2 meses |
| Grau 2 (moderada) | 160 – 179 | 100 – 109 | Confirmar em 1 mês |
| Grau 3 (grave) | \geq 180 | \geq 110 | Intervir ou reavaliar em 1 semana |
| Sistólica isolada | \geq 140 | < 90 | - |

FONTE: IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002. Sociedade Brasileira de Hipertensão

Fatores de Risco Cardiovascular:

- Níveis PAS e PAD alterados;
- Homem > 55 anos;
- Mulher > 65 anos;
- Tabagismo;
- Dislipidemia;
- Dieta hipersódica;
- Sedentarismo;
- História familiar de doença cardiovascular (homem < 55 anos; mulher < 65 anos);
- Obesidade visceral (cintura: homem \geq 84 cm; mulher \geq 80 cm);
- Proteína C reativa \geq 1 mg/dl;
- Diabetes mellitus (glicemia de jejum \geq 126 mg/dl; glicemia pós-prandial \geq 140 mg/dl);

HIPERTENSÃO ARTERIAL / CONTINUAÇÃO

Lesões em órgão alvo:

- Hipertrofia ventricular esquerda
 - ECG: Sokolow-Lyon > 38 mm
Cornell > 2440 mm + ms
 - ECO: IMVE $\geq 134 \text{ g/m}^2$ (homem); $\geq 110 \text{ g/m}^2$ (mulher)
- Espaçamento carotídeo médio intimal ($\geq 0,9 \text{ mm}$ ao USG)
- Placas carotídeas
- Elevação na creatinina sérica (homens: 1,0 – 1,5 mg/dl; mulheres: 1,2-1,4 mg/dl)
- Microalbuminúria (30-300 mg/24 h; albumina-creatinina: homem ≥ 22 ; mulher $\geq 31 \text{ mg/g}$)

Condições clínicas associadas:

- Doença cerebrovascular: AVCI, AVCH, AIT
- Doença cardíaca: IAM, angina, revascularização, ICC
- Doença renal: - nefropatia diabética, disfunção renal (creatinina: homem > 1,5 mg/dl; mulher > 1,4 mg/dl)
- proteinúria: > 300mg/24h.
- Doença vascular periférica
- Retinopatia avançada: hemorragia, exudato, papiledema

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

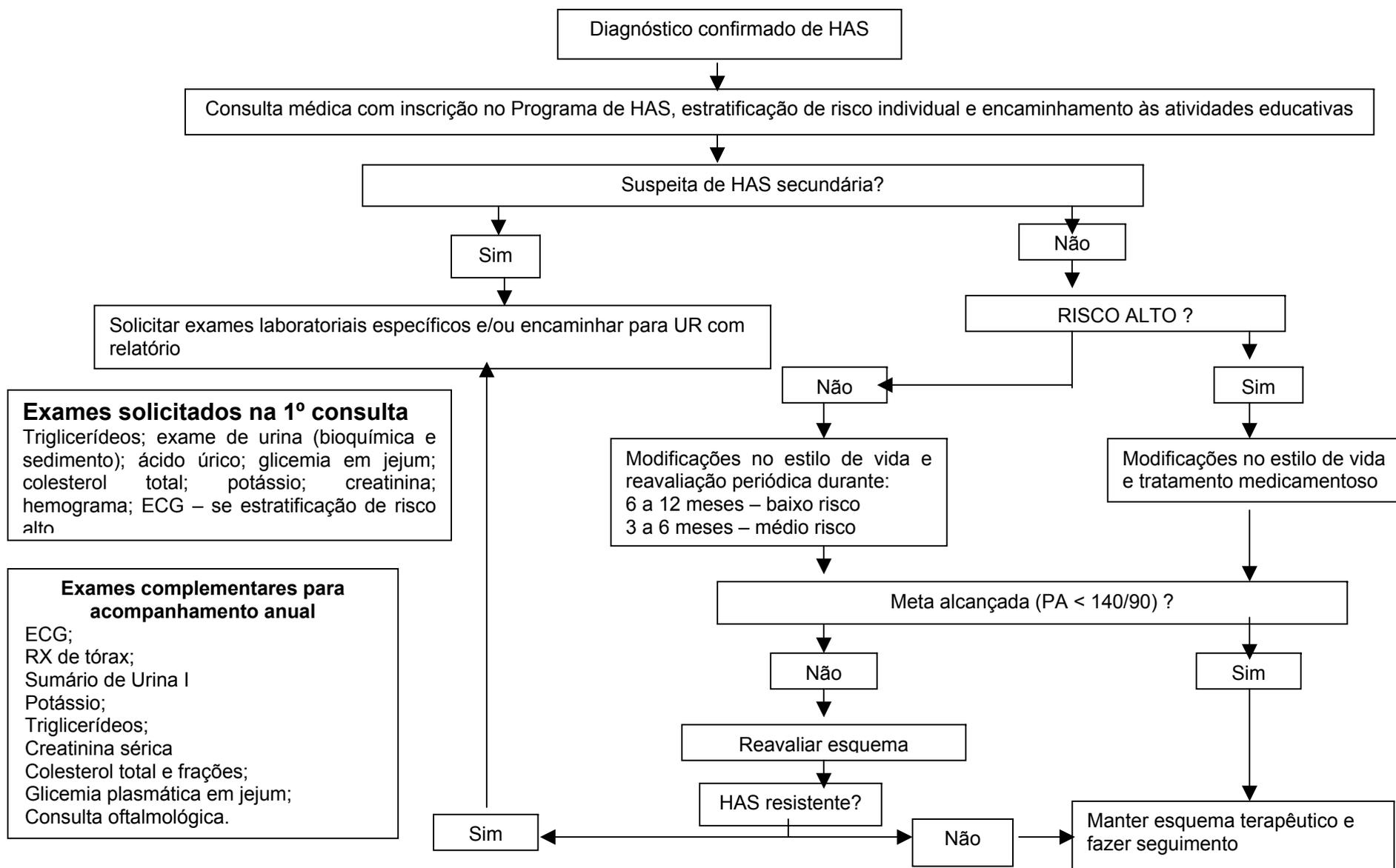
| | Grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99 | Grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109 | Grau 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110 |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| I- Sem outros fatores de risco | Risco baixo | Risco médio | Risco alto |
| II- Até 2 fatores de risco | Risco médio | Risco médio | Risco alto |
| III- 3 ou mais fatores de risco e/ou lesões de órgãos alvo e/ou diabetes e/ou condições clínicas associadas | Risco alto | Risco alto | Risco alto |

Fonte: Update – Organização Mundial da Saúde/Sociedade Internacional de Hipertensão, 2004.

INDÍCIOS DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

| | |
|---|--|
| Início da hipertensão antes dos 30 ou após os 50 anos; | Presença de massas ou sopros abdominais; |
| Hipertensão arterial grave (estágio 3) e/ou resistente à terapia medicamentosa; | Diminuição da amplitude ou retardo do pulso femoral; |
| Tríade do feocromocitoma: palpitações, sudorese e cefaléia em crises; | Aumento da creatinina sérica; |
| Uso de medicamentos e drogas que possam elevar a pressão arterial; | Hipotassemia espontânea (< 3,0 mEq/l) - hiperaldosteronismo; |
| Fácies ou biótipo de doença que cursa com hipertensão: doença renal, hipertireoidismo, acromegalia, síndrome de Cushing; | Exame de urina anormal (proteinúria ou hematúria). |

MANEJO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL / FLUXOGRAMA



TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

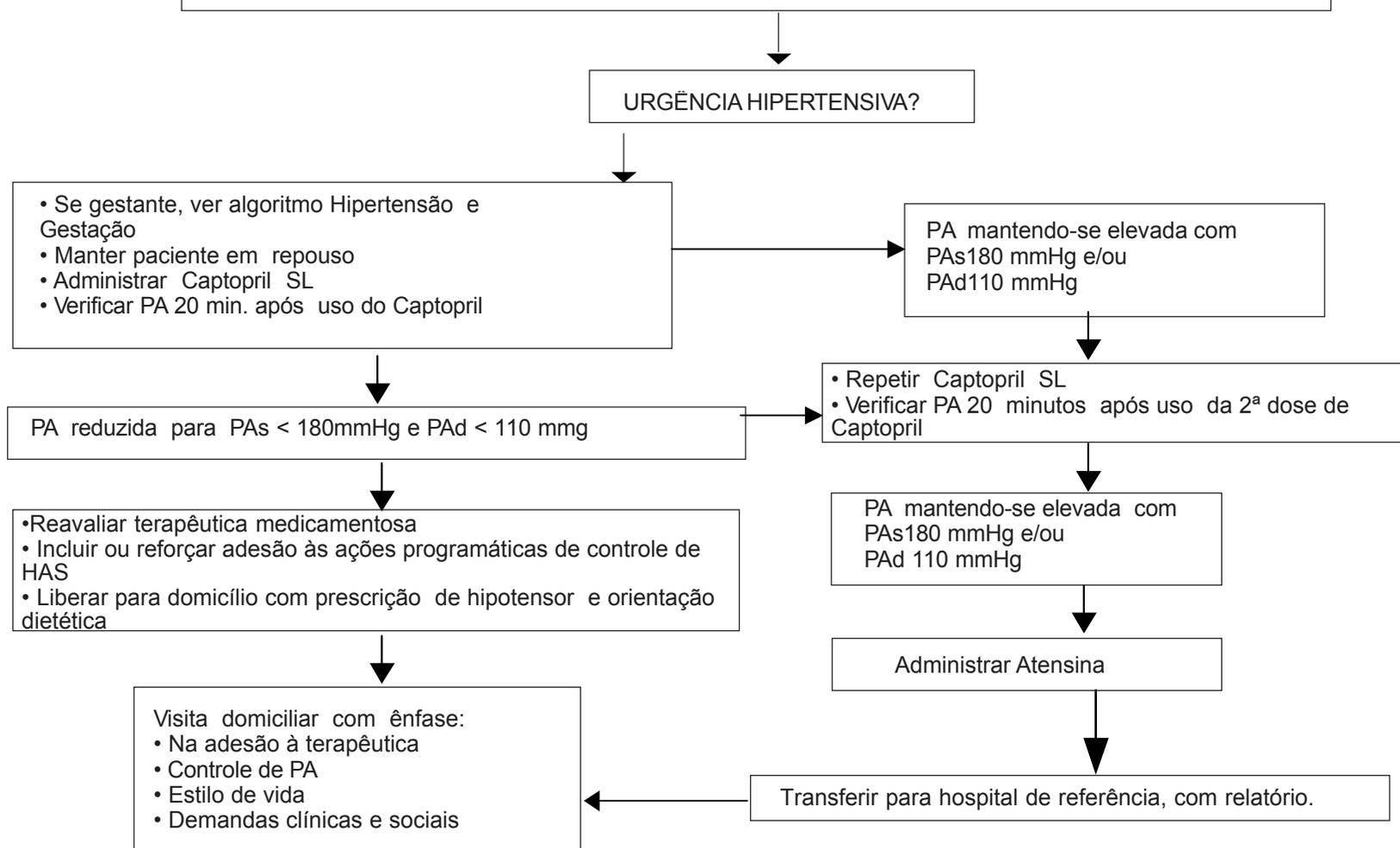
| | | | | |
|--|--------------------------|--|------------------------|--|
| Estágio I do tratamento | | | | |
| Associação de Fármacos | | | | |
| Diurético Betabloqueador Inibidor da ECA Antagonista de canal de cálcio Antagonista de receptores da angiotensina II | | | | |
| Classes distintas em baixas doses, principalmente para estágios 2 e 3 | | | | |
| Respostas inadequadas ou efeitos adversos | | | | |
| Aumentar a dose Adicionar o 3º fármaco | Substituir a monoterapia | | Adicionar o 2º fármaco | Aumentar a dose da associação Trocar a associação |
| Resposta inadequada Adicionar outros antihipertensivos | | | | |
| ECA – enzima conversora de angiotensina | | | | |

Critérios de encaminhamento para Unidade de Referência e acompanhamento concomitantemente da UBS

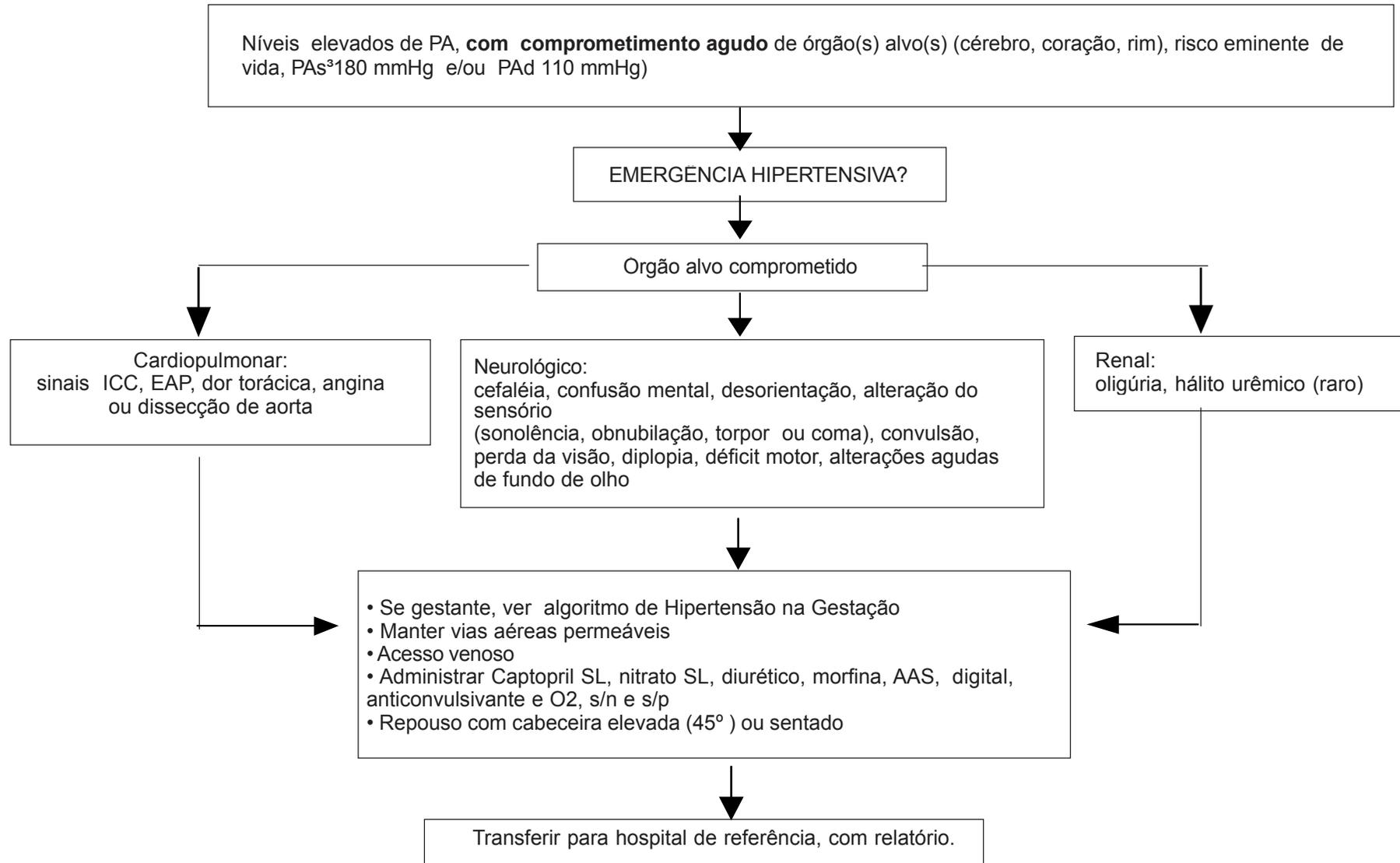
- Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC);
- Insuficiência Renal Crônica (IRC);
- Suspeita de HAS e Diabetes secundários;
- HAS resistente, grave ou acelerada;
- HAS em gestantes;
- HAS em crianças e adolescentes;
- Edema agudo de pulmão prévio;
- Complicações oculares;
- Lesões vasculares das extremidades, incluindo o pé diabético;
- AVE prévio com déficit sensitivo e/ou motor;
- Infarto Agudo do miocárdio prévio;

URGENCIA HIPERTENSIVA / FLUXOGRAMA

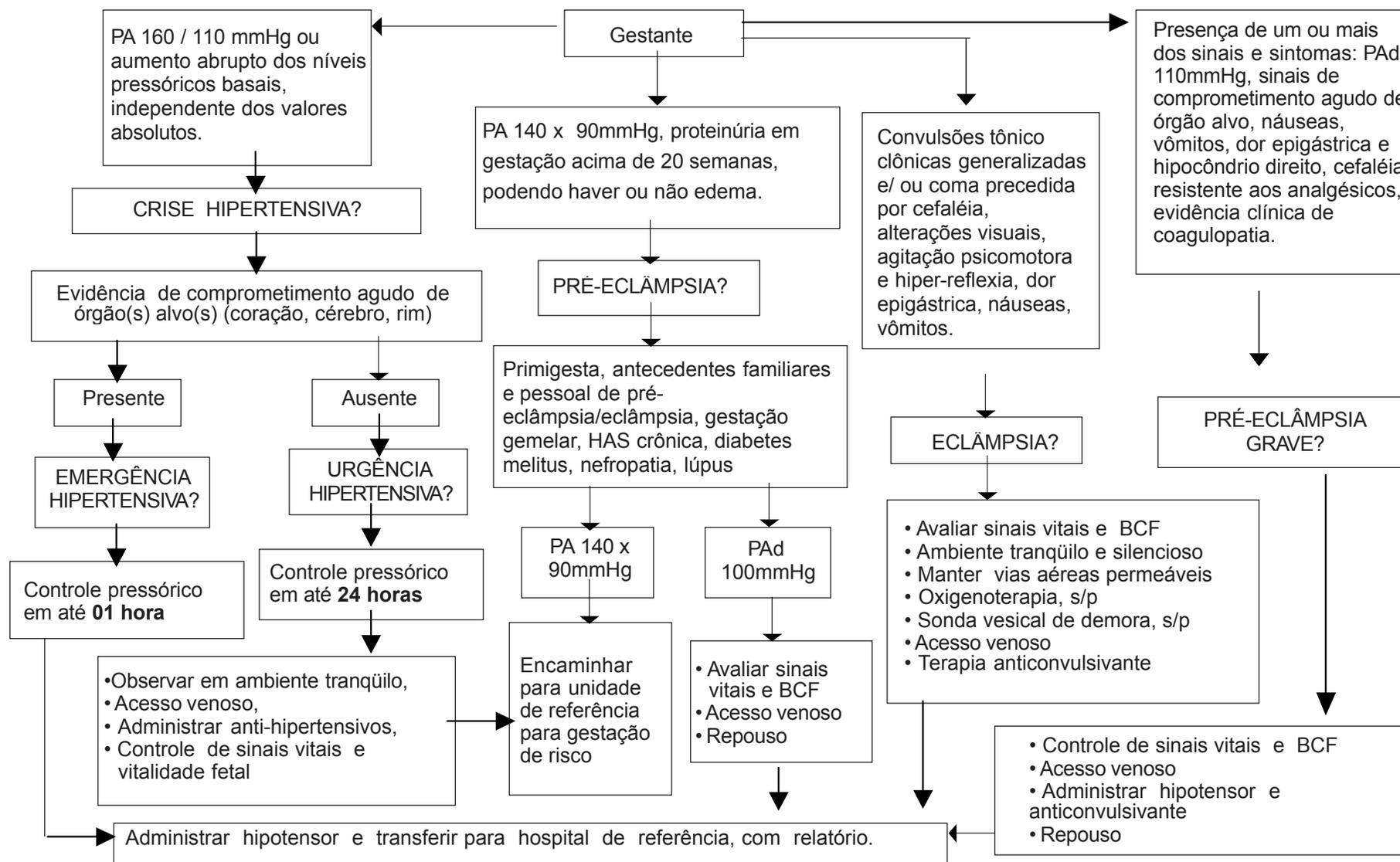
Níveis elevados de PA (PAs180 e/ou PAd110 mmHg), sem comprometimento agudo de órgão(s) alvo(s) (cérebro, coração, rim), associado ou não a um ou mais sintomas (cefaléia, tontura, mal estar, náuseas, vômito, vista turva, palpitação), independente do risco cardiovascular.



EMERGENCIA HIPERTENSIVA / FLUXOGRAMA



HIPERTENSÃO E GESTAÇÃO / FLUXOGRAMA



HIPERTENSÃO ARTERIAL /CONTINUAÇÃO

TÉCNICA PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

- Explicar o procedimento ao paciente;
- Certifica-se de que o paciente:
 - Não está com a bexiga cheia;
 - Não praticou exercícios físicos;
 - Não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida.
- Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo com temperatura agradável;
- Localizar a artéria braquial por palpação;
- Colocar o manguito adequado firmemente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;
- Manter o braço do paciente na altura do coração;
- Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide;
- Palpar o pulso radial, inflar o manguito até o desaparecimento do pulso para estimação do nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente;
- Colocar o estetoscópio nos ouvidos com curvatura voltada para frente;
- Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
- Solicitar o paciente que não fale durante o procedimento de medida;
- Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica;
- Proceder a deflação a velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após a determinação da sistólica aumentar para 5 a 6 mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto para o paciente;
- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (Fase I de Korotkoff) que se intensifica com o aumento da velocidade de deflação;
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (Fase V de Korotkoff) exceto em condições especiais. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar o seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa;
- Registrar os valores da pressão sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, tamanho de manguito, e o braço em que foi feita a mensuração. Deverá ser registrado sempre o valor da pressão obtido na escala do manômetro, que varia de 2 em 2 mmHg, evitando-se arredondamentos e valores de pressão terminados em 5.
- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

DETECÇÃO PRECOCE DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO/SEGUIMENTO

EPIDEMIOLOGIA

- De forma geral, o câncer do colo de útero corresponde a cerca de 15% de todos os tipos de cânceres femininos, sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo.
- As taxas de mortalidade por câncer do colo de útero continuam elevadas no Brasil e, do ponto de vista temporal, vem aumentando: em 1979, a taxa era de 3,44/100.000, enquanto em 1998 era de 4,45/100.000, correspondendo a uma variação percentual relativa de 29%.
- Os números de óbitos e casos novos estimados para o ano de 2003 em todo o país são, respectivamente, 4.110 e 16.480.

FATORES DE RISCO

- Infecção por Vírus do Papiloma Humano (HPV)
- Baixo nível socioeconômico
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Fumo;
- Multiparidade;
- Baixa ingestão de vitamina A e C.
- Início precoce da vida sexual ativa;
- Uso prolongado (acima de 2 anos) e contínuo de contraceptivo oral;
- Diabetes mellitus;
- Doenças imunossupressoras.

DETECÇÃO PRECOCE

- É realizada através do exame citopatológico e a possibilidade de cura pode chegar a 100%.
- A sensibilidade da citopatologia pode ser considerada em torno de 70% e, quando associada a colposcopia, pode chegar até 80%. O diagnóstico citopatológico não é de certeza, tendo que ser confirmado pela colposcopia e histopatológico (biópsia com visualização colposcópica).
- A periodicidade do exame de rotina deve ser anual. Para mulheres com JEC visível, após dois exames anuais com resultado negativo, o exame deverá ser repetido em até três anos. Se JEC não visível, repetir anualmente.
- JEC significa junção escamo colunar. Quando visível, corresponde a colposcopia satisfatória.

EVOLUÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

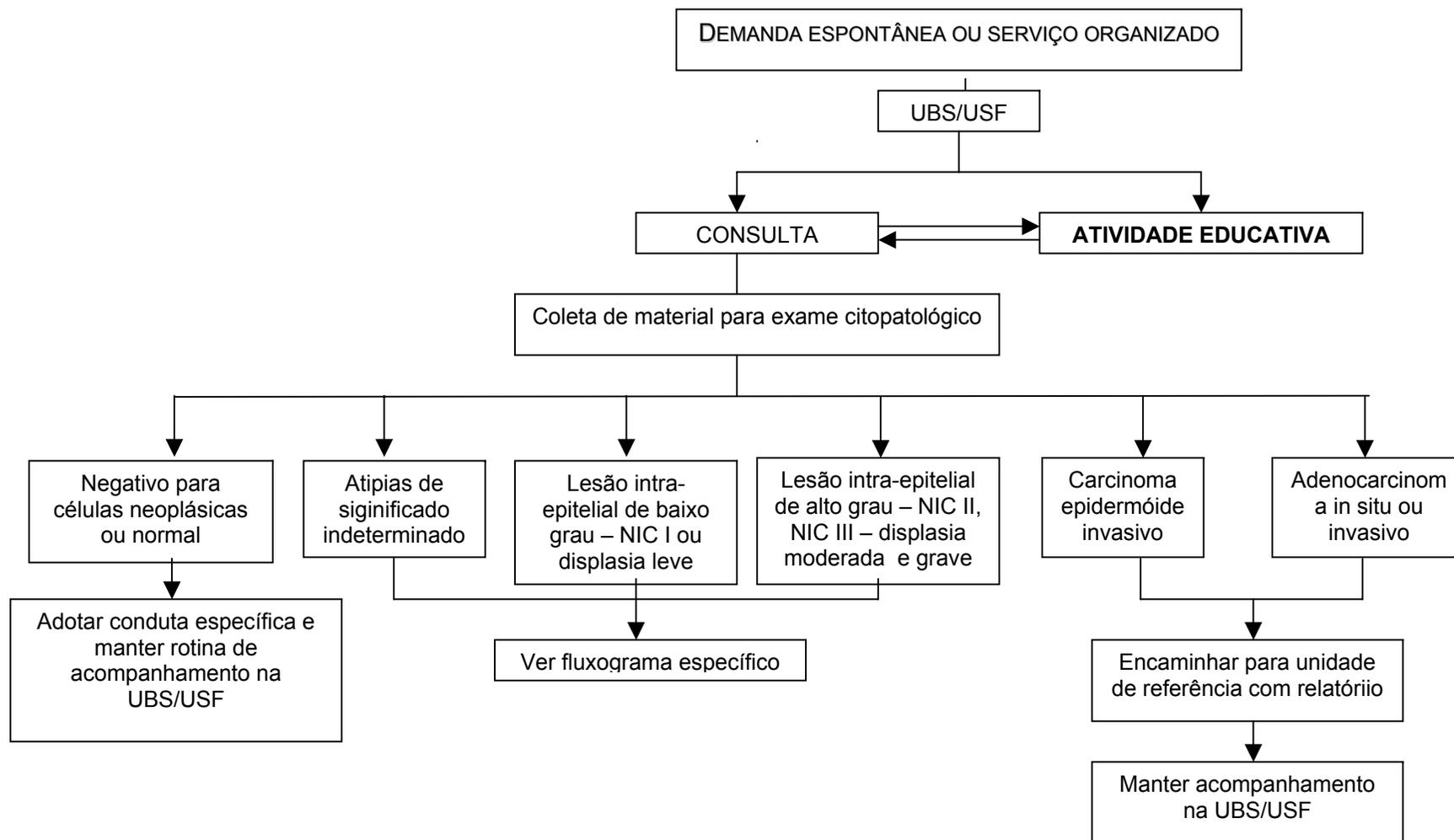
O colo uterino é revestido por várias camadas epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. Nas neoplasias intra-epiteliais, esta estratificação fica desordenada.

Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau: consiste na desordenação da camada basal do epitélio estratificado (displasia leve - NIC I).

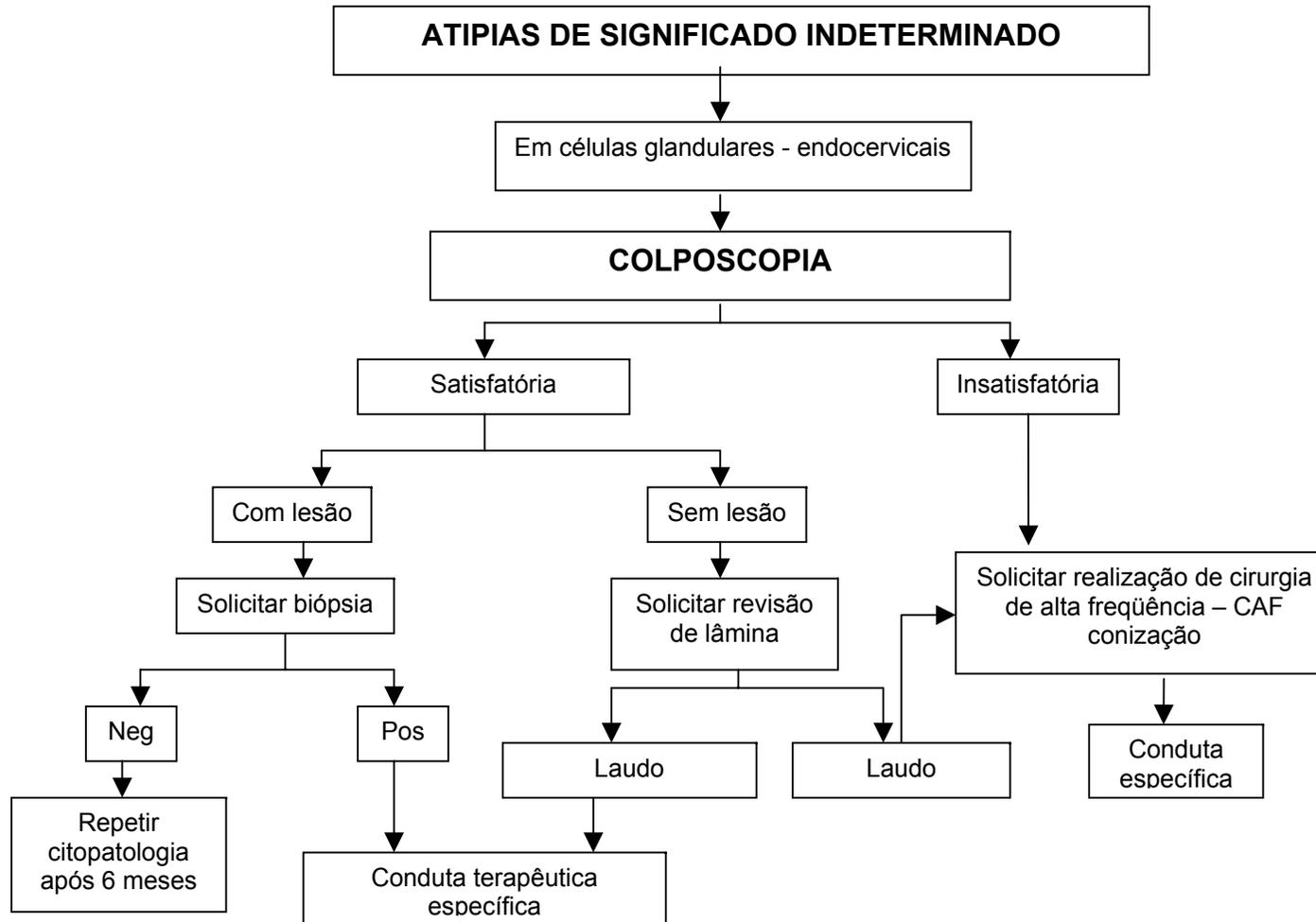
Lesão intraepitelial escamosa de alto grau: é definida quando a desordenação avança até três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais (displasia moderada - NIC II) ou atinge todas as camadas epiteliais (displasia grave – NIC III) e carcinoma in situ.

Carcinoma Invasor: quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio.

PREVENÇÃO DE CA COLO DE UTERO / FLUXOGRAMA



PREVENÇÃO DE CA COLO DE UTERO / CONTINUAÇÃO



ATIPIAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Em células escamosas

Possivelmente não neoplásica

Quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau

Menopausadas

Não menopausadas

COLPOSCOPIA

Satisfatória

Insatisfatória

Com atrofia

Sem atrofia

Repetir citopatologia após 6 meses

Com lesão

Sem lesão

Repetir citologia em 6 meses

Estrogenoterapia oral por 7 dias

Laudo Negativo

Mesmo diagnóstico

Diagnóstico mais grave

Solicitar **biópsia**

Solicitar revisão de lâmina

Laudo Negativo

Diagnóstico mais grave

Laudo inalterado

Repetir citopatologia em até 2 dias pós tratamento

Manter rotina após 2 citopatológicos negativos

Conduta específica

Neg

Pos

Laudo modificado

Laudo mantido

Laudo mantido ou mais GRAVE

Laudo normal

Colposcopia
(Ver fluxo)

Repetir citopatologia após 6 meses

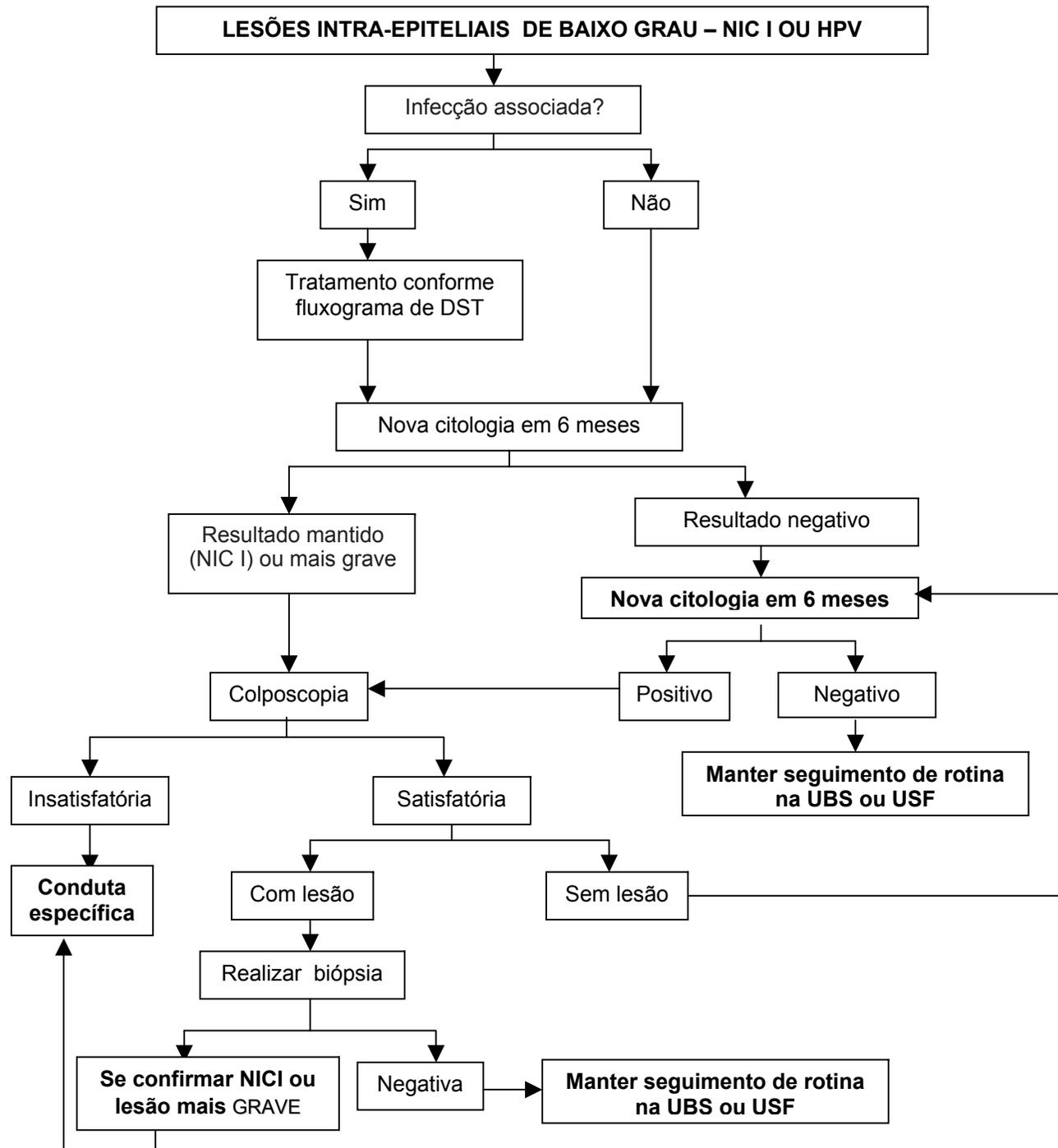
Conduta terapêutica específica

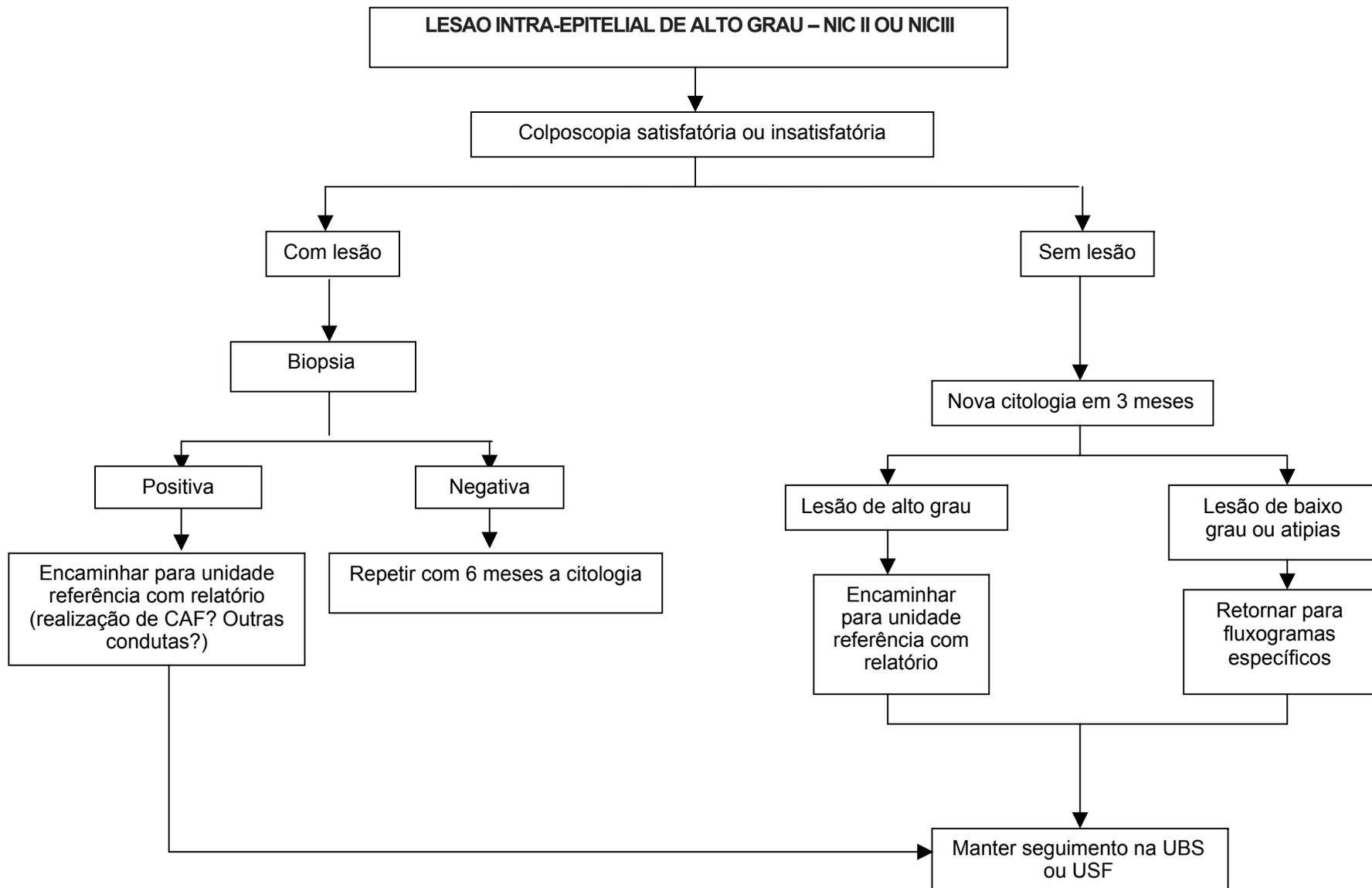
Rotina após 2 citopatológicos negativos

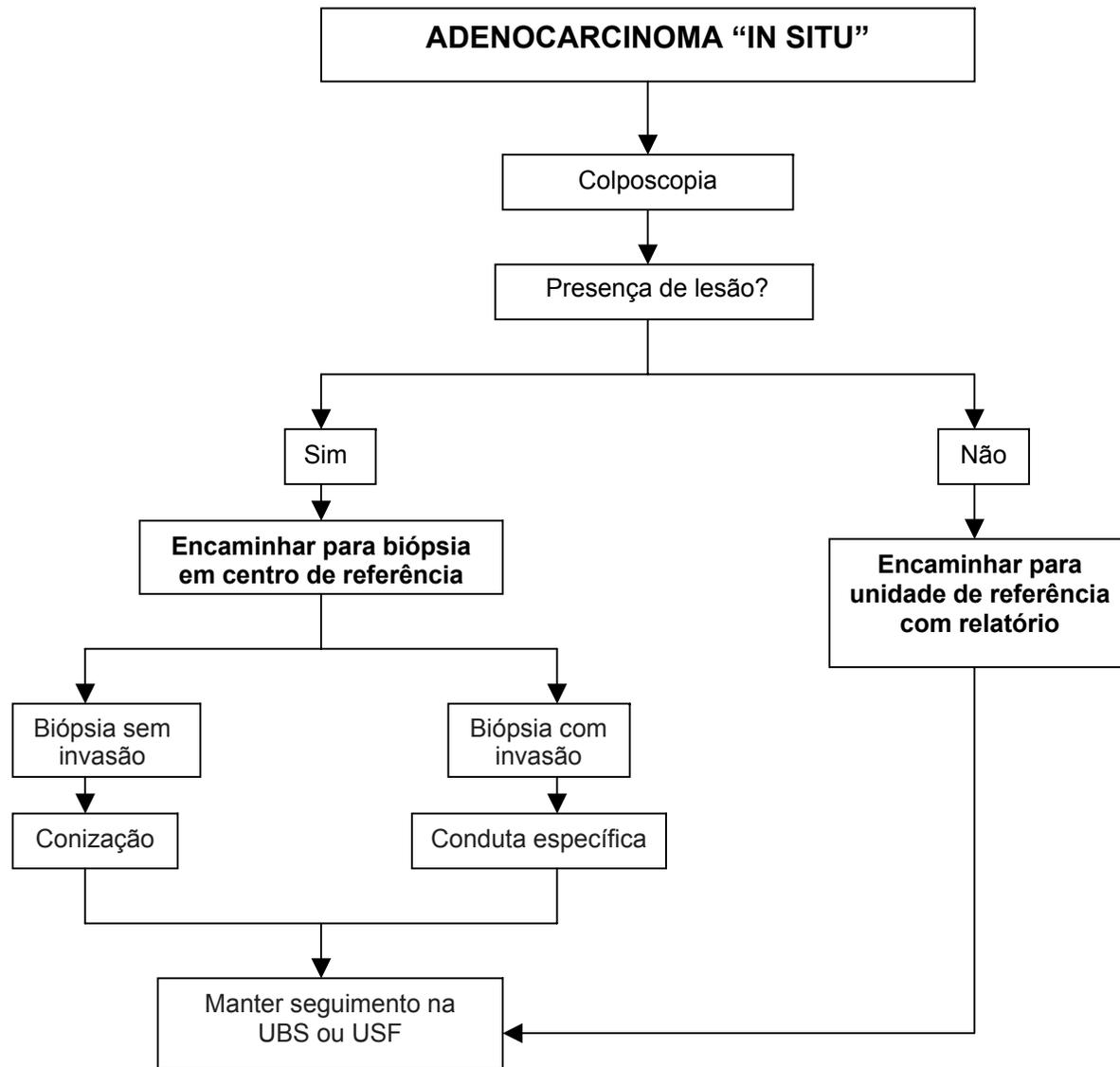
Conduta específica

Repetir colposcopia

Colposcopia
(Ver fluxo)







DETECÇÃO PRECOCE DO CANCER DE MAMA / SEGUIMENTO

EPIDEMIOLOGIA:

No Brasil, o câncer de mama é o mais freqüente em incidência e mortalidade no sexo feminino, apresentando curva ascendente a partir dos 25 anos de idade e concentrando a maioria dos casos entre 45 e 50 anos. Representa, aproximadamente, 20% do total de casos diagnosticados e 15%, em média, das mortes por câncer. A análise das tendências nas taxas de mortalidade por câncer de mama observadas no Brasil aponta para um aumento progressivo, observando-se de 1979 a 1998, uma variação de 6,14/100.000 a 9,70/100.000 na taxa de mortalidade. É a partir da idade de 50 anos que a mortalidade por câncer de mama vem crescendo no país, sendo que em faixas mais precoces a mortalidade permanece estável nos últimos 20 anos. Estima-se que o câncer de mama se manterá como a primeira causa de morte por câncer no Brasil.

FATORES DE RISCO:

- Sexo feminino;
- Menarca precoce (antes dos 11 anos);
- Menopausa tardia (após os 55 anos);
- Nuliparidade;
- Primeira gestação a termo após os 30 anos;
- Mãe ou irmã com história de câncer de mama na pré-menopausa;
- Dieta rica em gordura animal e pobre em fibras;
- Obesidade (principalmente após a menopausa);
- Radiações ionizantes;
- Etilismo;
- Residência em área urbana.

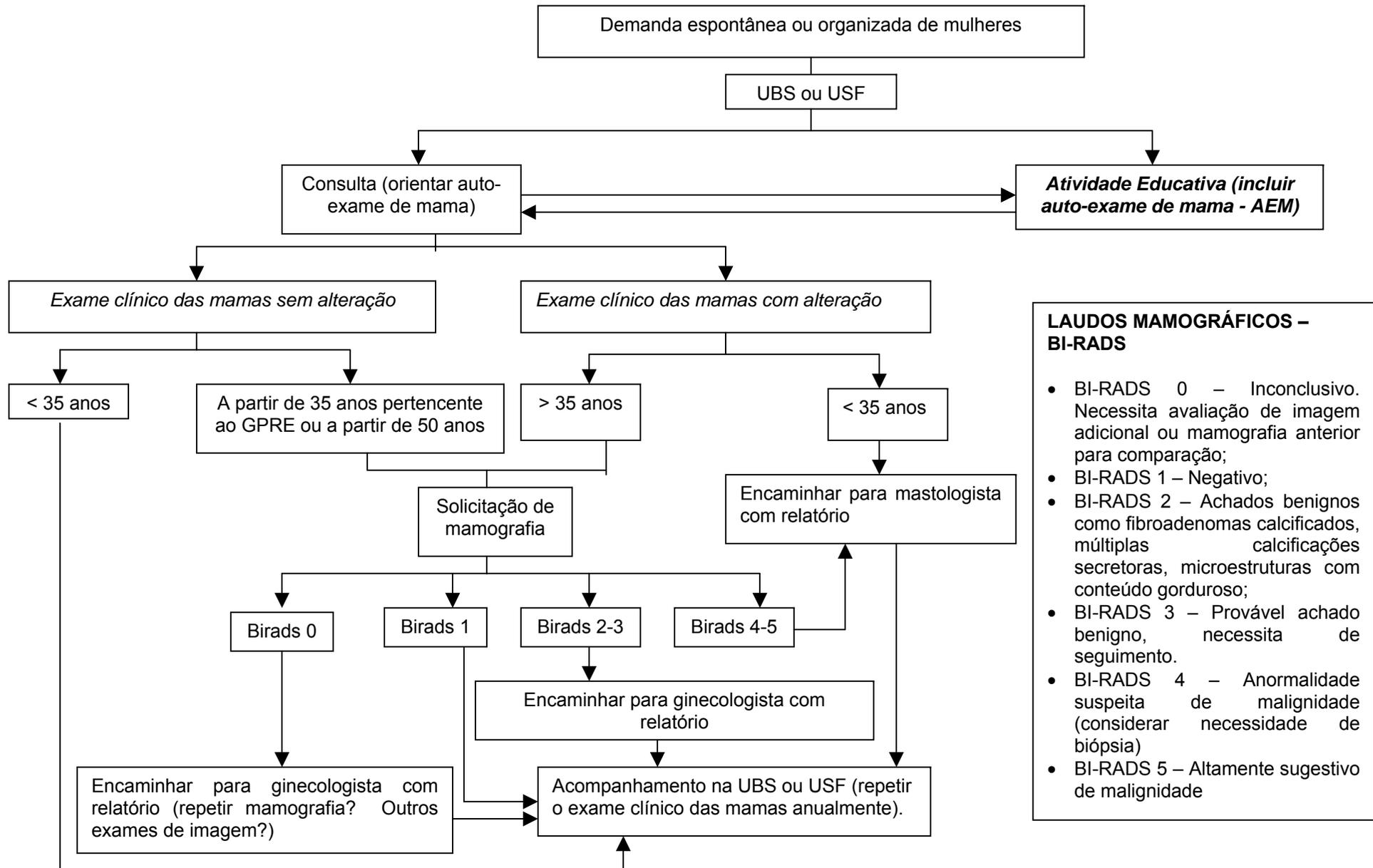
GRUPOS POPULACIONAIS COM RISCO ELEVADO (GPRE):

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA:

- Rastreamento por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte de atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária;
- Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames;
- Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado (GPRE) de desenvolver câncer de mamas;
- O AEM (auto-exame de mama) deve ser mensal independente da faixa etária, preferencialmente logo após a menstruação.

CANCER DE MAMA / FLUXOGRAMA



- LAUDOS MAMOGRÁFICOS – BI-RADS**
- BI-RADS 0 – Inconclusivo. Necessita avaliação de imagem adicional ou mamografia anterior para comparação;
 - BI-RADS 1 – Negativo;
 - BI-RADS 2 – Achados benignos como fibroadenomas calcificados, múltiplas calcificações secretoras, microestruturas com conteúdo gorduroso;
 - BI-RADS 3 – Provável achado benigno, necessita de seguimento.
 - BI-RADS 4 – Anormalidade suspeita de malignidade (considerar necessidade de biópsia)
 - BI-RADS 5 – Altamente sugestivo de malignidade

CÂNCER DE PELE

EPIDEMIOLOGIA:

O câncer de pele é o de maior incidência entre todos os cânceres na população em geral e é dividido em dois grandes grupos: melanoma e não melanoma. Apesar da elevada incidência este câncer tem grande possibilidade de cura quando tratado adequadamente e em tempo hábil, contribuindo para a redução da mortalidade. O melanoma é responsável por aproximadamente 8% dos casos de câncer de pele em Salvador-Bahia (2001) e apresenta alta letalidade principalmente por sua capacidade de desenvolvimento de metástases muito precocemente.

PREVENÇÃO:

1. Procurar não se expor diretamente ao sol entre as 10 e 16 horas. Ao sol, observar a própria sombra, caso ela não esteja presente é sinal de que o sol está no pico mais alto e representando o maior perigo. É o momento de se encontrar um abrigo.
2. Os raios solares são danosos mesmo em dias nublados.
3. A melhor forma de proteção são as roupas adequadas, ou seja, camisas com mangas compridas, gola alta e calças. Portar acessórios como chapéus, sombrinhas e óculos escuros.
4. O uso de Foto Protetor Solar (FPS) fator 15 ou maior é muito conveniente para ajudar na proteção.
5. As pessoas que se expõem pouco, mas que são vítimas de queimaduras solares ocasionais, são as mais propensas a desenvolver Melanoma Maligno.
6. As pessoas que tomam sol todos os dias são as mais propensas a desenvolver Câncer de Pele Não-Melanoma.
7. As pessoas de pele branca com sardas, olhos claros e cabelos ruivos são as que mais desenvolvem qualquer tipo de câncer de pele.
8. As pessoas que tem muitos Sinais são as mais propensas a desenvolver Melanoma Maligno.

DETECÇÃO PRECOCE:

1. Qualquer Sinal na pele de crescimento progressivo, que apresente prurido, sangramento freqüente ou mudança nas suas características (cor, tamanho, consistência).
2. Qualquer ferida que não cicatrize em 4 semanas.
3. Qualquer mancha de nascença que mude de cor, espessura ou tamanho.
4. Qualquer lesão em forma de nódulo, de coloração rósea, avermelhada ou escura, de crescimento lento porém progressivo.
5. Cicatrizes que se ulceram, sobretudo as de queimaduras.
6. Orientar os pacientes de alto risco para que executem o auto-exame a cada três meses.

AUTO-EXAME PARA DETECÇÃO DO CANCER DE PELE PRECOCEMENTE:

1. Com a ajuda de um espelho, examine a frente e as costas de seu corpo. Depois levante seus braços e olhe seu lado direito e o esquerdo.
2. Dobre os cotovelos e olhe com cuidado a parte interna do seu braço e também a palma de sua mão.
3. Olhe a parte posterior de sua coxa e pés, os espaços entre os dedos e a sola dos pés.
4. Examine sua nuca com um espelho de mão, retirando o cabelo para uma visão mais minuciosa. Observe todo o couro cabeludo.
5. Olhe suas costas, as nádegas e a área genital com a ajuda de um espelho de mão.
6. Observar escurecimento em unhas.

CANCER DE PELE NÃO-MELANOMA

CARACTERÍSTICAS:

- O melanoma é um tipo de câncer que tem origem nos melanócitos. É o mais grave devido à sua alta possibilidade de metástases.
- Representa 4% a 8% dos tipos de câncer de pele e tem predominância nos adultos brancos;
- Fatores de risco: sensibilidade ao sol (queimadura pelo sol e não-bronzeamento) em pessoas de pele clara, história prévia de câncer de pele, história familiar de Melanoma, Nevo congênito (sinal escuro), maturidade (propensão aumenta após os 15 anos de idade), Nevo displásico (lesões escuras da pele com alterações celulares pré-cancerosas) e Xeroderma pigmentoso (doença congênita que se caracteriza pela intolerância total da pele ao sol, com queimaduras extensas, lesões crônicas e tumores múltiplos)
- Aparecimento de um sinal escuro de bordas irregulares que pode ser acompanhada de prurido ou descamação, em pele antes normal ou a modificação de uma lesão pigmentada com aumento de tamanho, alteração na coloração ou da forma.
- A coloração da lesão pode variar de castanho-claro até a cor negra (Melanoma típico) ou apresentar áreas de despigmentação (Melanoma com áreas de regressão espontânea).

DETECÇÃO PRECOCE PARA MELANOMA MALIGNO (SISTEMA ABCD):

- A – Assimetria** – Uma metade não se parece com a outra
- B – Bordas irregulares** - Borda recortada ou com fraca definição
- C – Cor variada** – Varia de uma área para outra; sombras de marrom, preto e, às vezes, branco, vermelho ou azul.
- D – Diâmetro** – Maior que 6 mm (diâmetro de um lápis)

CARACTERÍSTICAS:

- São, sobretudo, de dois tipos: Carcinoma Basocelular e Carcinoma Espinocelular (ou Epidermóide).
- O Carcinoma Basocelular é originário das células basais da epiderme e dos folículos pilosos.
- O Carcinoma Espinocelular tem origem nos queratinócitos da epiderme, podendo também surgir no epitélio escamoso das mucosas
- Apresentam altos índices de cura devido à facilidade de detecção precoce.
- O Carcinoma Basocelular tem evolução mais lenta que o Espinocelular, sendo que este último tem maior possibilidade de gerar metástases.
- Fatores de risco: indivíduos que trabalham com exposição direta ao sol; pessoas de pele clara; doenças cutâneas prévias como Vitiligo ou queimaduras; fatores irritativos crônicos; exposição a fatores químicos.
- Pico de incidência: Por volta dos 40 anos porém, devido a constante exposição dos jovens aos raios solares, a média de idade vem diminuindo.
- Os locais mais freqüentes de aparecimento são o rosto e braços por estarem sujeitos a maior exposição solar.
- Feridas que demoram mais de 4 semanas para cicatrizar;
- Nodulações de crescimento lento, principalmente se com profusão de pequenos vasos;
- Lesões queratósicas que evoluem para ulcerações;
- Lesões que descamam ou sangram.

EM CASO SUSPEITO DE CÂNCER DE PELE ENCAMINHAR À UNIDADE DE REFERÊNCIA COM RELATÓRIO.

CANCER PRÓSTATA

EPIDEMIOLOGIA:

A estimativa da incidência deste câncer para o ano de 2005 no Brasil é de 46.330 novos casos. É a segunda causa de óbitos por neoplasia em homens sendo superado apenas pelo câncer de pulmão (Brasil/2002) e a primeira na Bahia.

Possui características de câncer da terceira idade. Em Salvador, 94% do total de casos ocorreram em homens acima de 55 anos. (Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP/ 2002).

FATORES DE RISCO:

- Idade superior a 50 anos;
- História familiar – pai ou irmão com câncer de próstata antes de 60 anos pode aumentar o risco de 3 a 10 vezes em relação à população geral;
- Dieta rica em gordura, carne vermelha e leite, e alto consumo energético total podem ter relação positiva com a ocorrência desta patologia.
- Uso prolongado de anabolizantes.

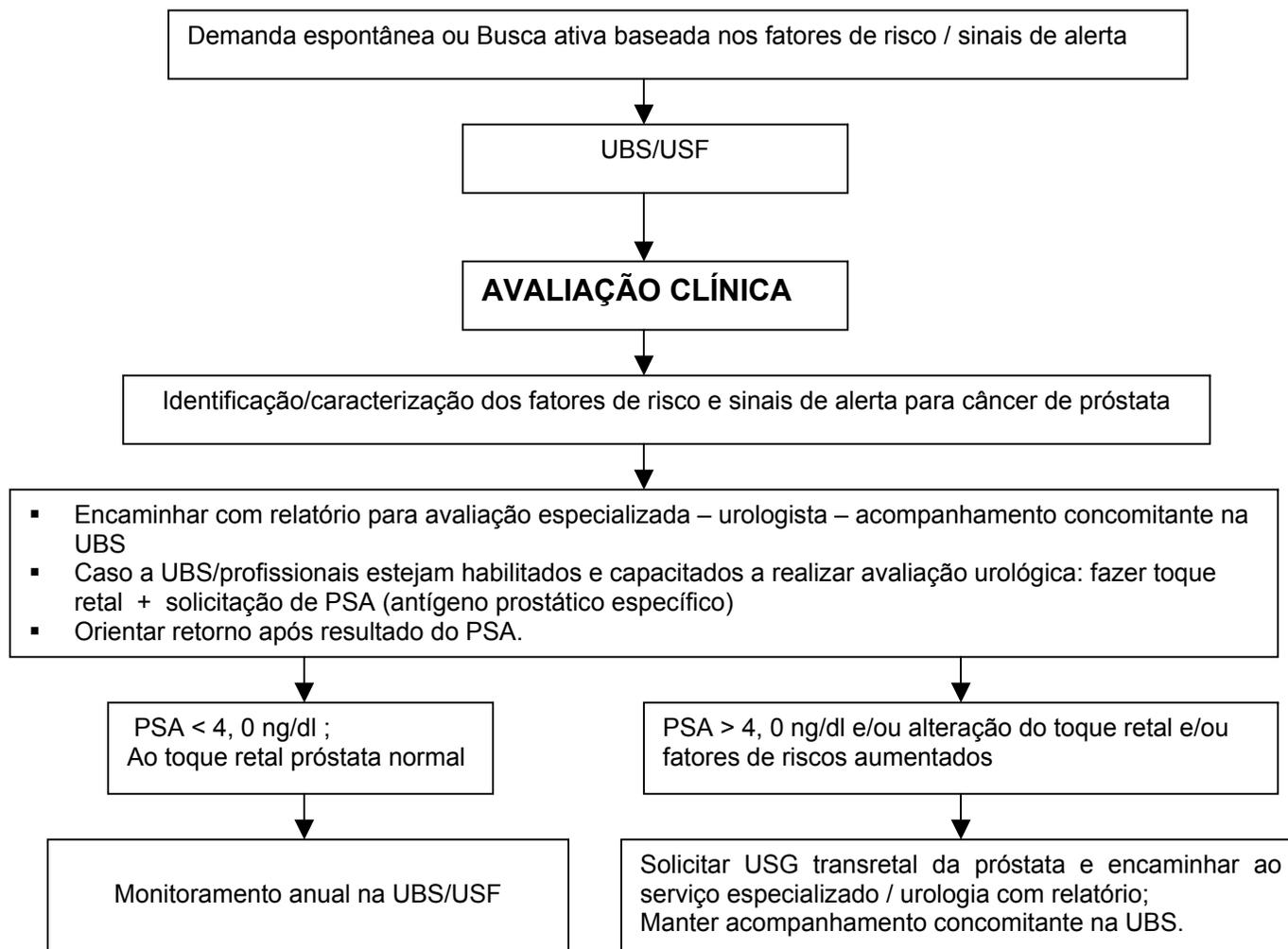
PRINCIPAIS SINAIS DE ALERTA:

- Necessidade freqüente de urinar, principalmente à noite;
- Dificuldade no ato de urinar;
- Dor a micção;
- Presença de sangue na urina.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES:

- Orientar, principalmente, aos homens com mais de 50 anos de idade a realizar exames clínicos para a detecção precoce anualmente;
- Orientar quanto a necessidade de procurar imediatamente a UBS em caso de surgimento de algum dos sinais de alerta;
- Manter uma dieta saudável, rica em fibras, vegetais e frutas e reduzir a quantidade de gorduras (principalmente de origem animal), leite e carne vermelha na dieta;
- Fazer no mínimo 30 minutos de atividade física na maioria dos dias da semana;
- Manter o peso adequado – ver Índice de Massa Corpórea - IMC;
- Diminuir o consumo de álcool;
- Não fumar.

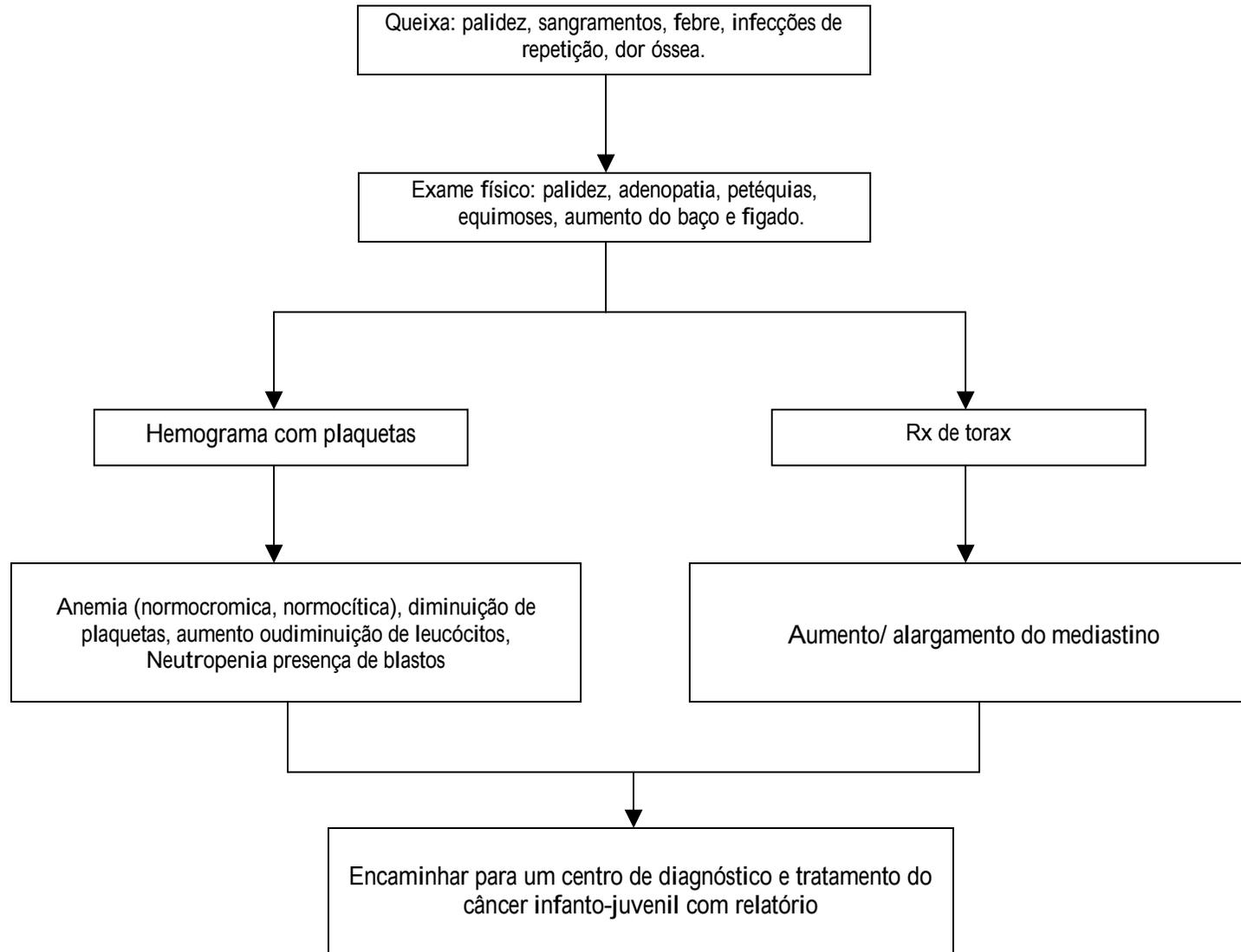
CANCER DE PRÓSTATA / FLUXOGRAMA



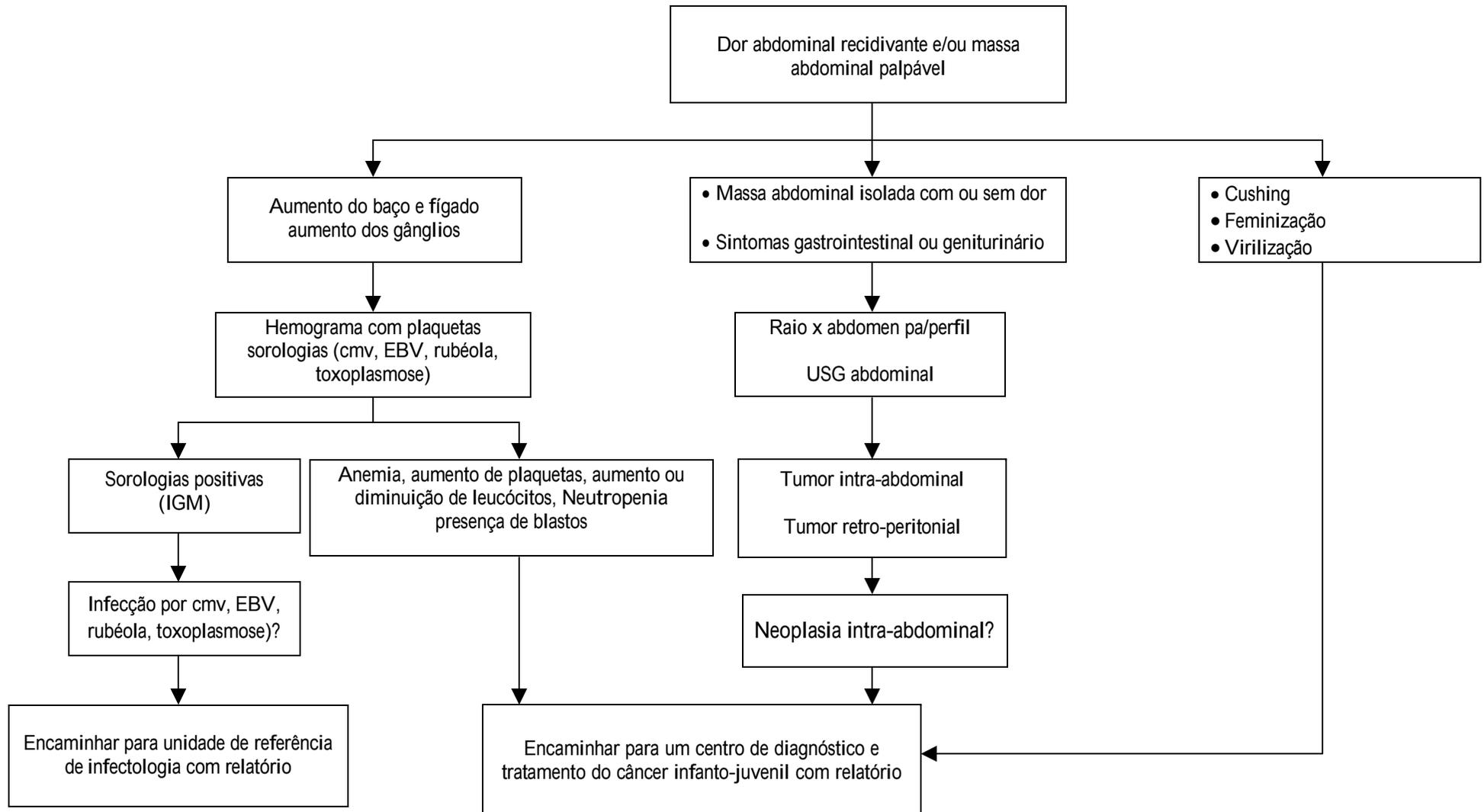
OBSERVAÇÃO

- Para realização de o PSA orientar :
 - não realizar atividade sexual, não andar a cavalo ou bicicleta durante os 5 dias que antecedem a dosagem sanguínea;
- Só realizar o PSA 5 dias após o toque retal e/ou realização de USG transretal da próstata;
- Não necessita de jejum;

ABORDAGEM SINDRÔMICA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM SUSPEITA DE LEUCEMIA



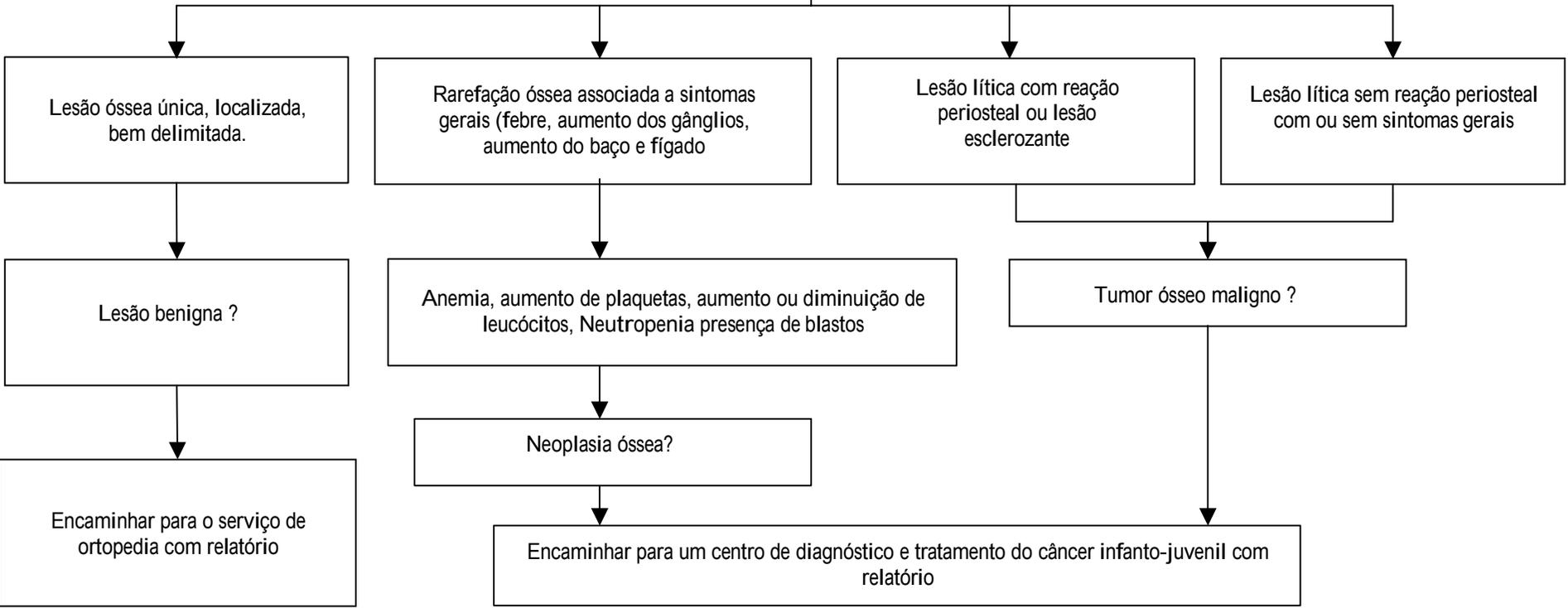
CÂNCER INFANTIL / CONTINUAÇÃO
ABORDAGEM SINDRÔMICA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM MASSA ABDOMINAL



CÂNCER INFANTIL / CONTINUAÇÃO
ABORDAGEM SINDRÔMICA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM SUSPEITA DE LESÃO ÓSSEA

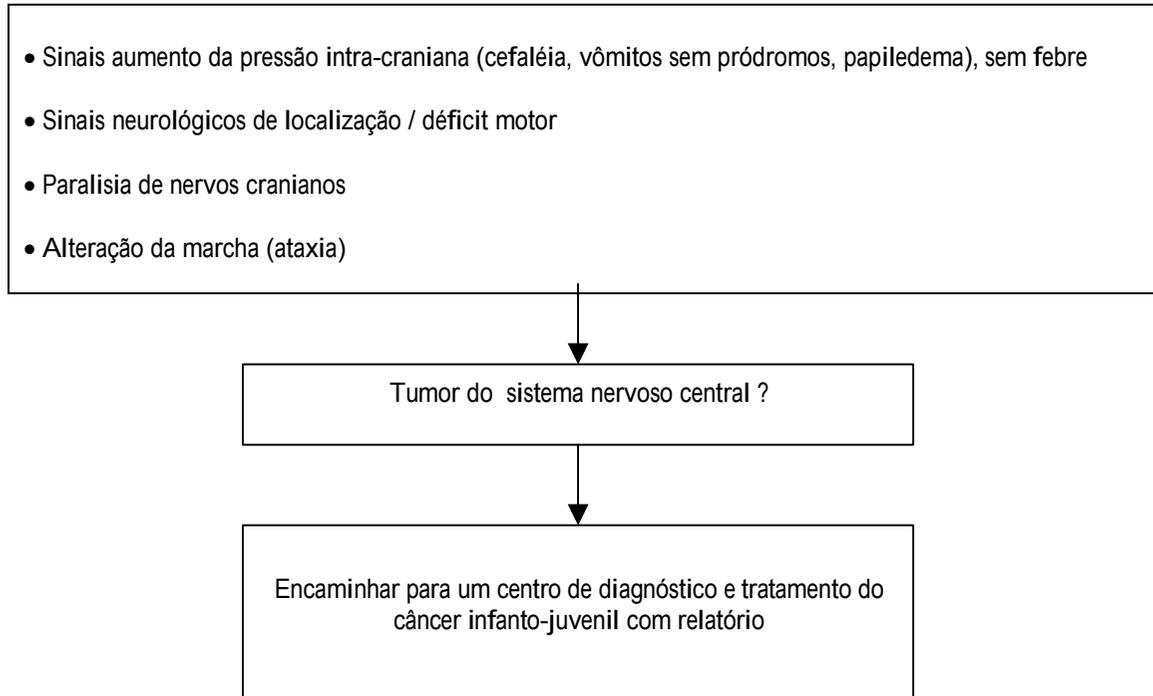
Dor óssea (de repouso, crônica, localizada), aumento do volume local, impotência funcional, sinais inflamatórios ou fratura patológica.

- Raio x local
- Hemograma com plaquetas
- Vhs, fosf. alcalina



CÂNCER INFANTIL / CONTINUAÇÃO

ABORDAGEM SINDRÔMICA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM SUSPEITA DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL



ANEMIA FALCIFORME

Doença falciforme: Termo genérico para caracterizar um grupo de desordens genéticas, em que existe o predomínio de hemoglobina S, capaz de alterar a forma da hemácia (em foice ou falcização). Compreende as Hb SC, S talassemias, SD entre outras ou seja existe heterozigose com presença de Hb S.

Anemia falciforme: Patologia apresentada por portadores da hemoglobina SS caracterizada por hemácias em forma de foice, e como conseqüências a maior adesão dessas hemácias nos vasos sanguíneos, causando obstrução (crises dolorosas, edema de mãos e pés), maior tendência à hemólise causando palidez e icterícia, além de maior probabilidade de adquirir infecções. Homozigose para Hb S.

Traço falciforme: Caracteriza indivíduos portadores de um gene normal para hemoglobina (HbA) e e outro anormal (HbS). São assintomáticos na maioria dos casos. Não são indicadas profilaxia infecciosa e terapia com folatos. Filhos de duas pessoas com traço falciforme podem nascer com anemia falciforme, daí a importância de fazer a eletroforese do parceiro.

O TESTE DO PEZINHO É IMPORTANTE PARA A DETECÇÃO PRECOCE:

- ANEMIA FALCIFORME;
- FENILCETONÚRIA;
- HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO.

Principais sintomas: Variam de indivíduo para indivíduo. Os sintomas costumam aparecer após os seis meses de idade.

Crises de dor: Frequentes nos ossos e articulações. Tem duração variável e geralmente estão associadas ao tempo frio, infecções, período pré-menstrual, problemas emocionais, gravidez ou desidratação.

Ícterícia: Sinal frequente da doença. Diagnóstico diferencial com hepatite.

Síndrome mão-pé: Ocorre em crianças pequenas, causando inchaço, dor e eritema em mãos e pés, pode ser o primeiro sinal da doença.

Infecções: Maior predisposição nos portadores de doença falciforme, principalmente pneumonias e meningite. Devem ser dados vacinas especiais para prevenir as complicações (vide tabela em anexo).

Úlcera de perna: Geralmente próxima aos tornozelos, a partir da adolescência. Podem levar anos para cicatrização completa, se não forem bem cuidadas no início. Para prevenir, os pacientes devem usar meias grossas e sapato de cano longo, manter a pele hidratada e evitar traumas.

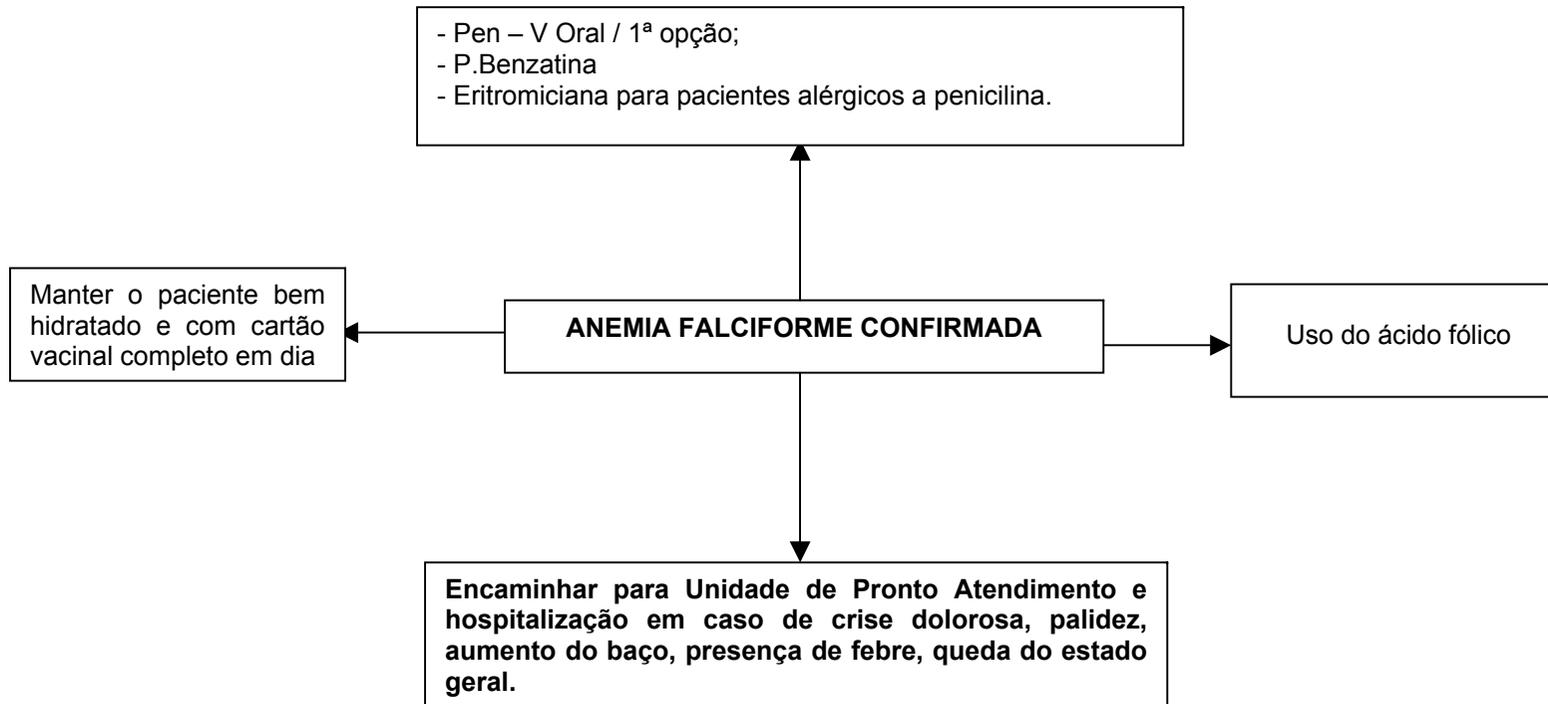
Seqüestro esplênico: Palidez e aumento repentino do baço. Trata-se de uma emergência. Ocorre mais frequentemente em menores de 5 anos e pode levar a óbito se não tratado de imediato.

Priapismo: Trata-se de ereção dolorosa do pênis causada pela obstrução de vasos. O tratamento deve ser imediato para evitar complicações futuras.

CALENDÁRIO VACINAL / ANEMIA FALCIFORME

| IDADE/FAIXA ETARIA | IMUNOBIOLOGICO |
|---------------------------|---|
| Nascimento | BCG intradérmico Hepatite B |
| 1 mês | Hepatite B |
| 2 meses | Tríplice Antipólio oral Anti-hemófilo tipo B Prevenar –(antipneumocócica para menores de 2 anos) |
| 4 meses | Tríplice Antipólio oral Anti-hemófilo tipo B |
| 6 meses | Tríplice Antipólio oral Anti-hemófilo tipo B Hepatite B |
| 6 meses | Gripe – reforço anual |
| Após 12 meses | Varicela– dose única - não disponibilizada na rede |
| 15 meses | Reforço tríplice Antipólio oral MMR Reforço anti-hemófilo tipo B |
| 2 anos | Antipneumocócica 23 – reforçar 3 anos após |
| 4 a 6 anos | Reforço Tríplice e antipólio oral |
| 5 anos | Reforço antipneumocócica 23– critério da equipe |
| > 6 anos | Dupla tipo adulto a cada 10 anos |

ANEMIA FALCIFORME / FLUXOGRAMA



Febre sem foco aparente e bom estado clínico pode ser tratado inicialmente com amoxicilina ou cefalosprina de 2ª geração. Reavaliar o paciente após 48 horas.

HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO

Definição: O Hipotireoidismo Congênito (HC), é a causa mais comum de retardo mental evitável, ocorrendo quando a glândula tireóide do recém nascido não é capaz de produzir quantidades adequadas de hormônios tireoidianos o que resulta numa redução generalizada dos processos metabólicos.

A triagem neonatal é o processo de diagnóstico que permite a intervenção precoce antes do aparecimento dos sintomas iniciais, prevenindo assim o retardo mental e os agravos da doença. A prevalência do HC em vários países está em torno de 1 para 4.000 recém-nascidos (RN) triados.

Conseqüências: Deficiência mental irreversível, convulsões, problemas de pele e cabelo, problemas urinários e até invalidez permanente.

Classificação:

O Hipotireoidismo Congênito pode ser primário, secundário ou terciário. Os dois últimos são também denominados de HC central e são provocados por lesões congênitas na hipófise ou no hipotálamo, respectivamente. O HC primário é causado por anormalidade na formação ou na função da glândula tireóide e pode ser permanente ou transitório. As formas permanentes são as mais importantes, por serem mais freqüentes e pelo fato de necessitarem de tratamento por toda vida. São responsáveis por cerca de 85% dos casos de HC e causadas por anormalidades na formação da glândula, as disgenesias tireoidianas, que são esporádicas, portanto tem possibilidade quase nula de ocorrer em irmãos. As formas transitórias são menos freqüentes no HC primário e podem ser provocadas principalmente pela insuficiência ou excesso de iodo materno, fetal ou no RN. Também podem ser causadas pela passagem transplacentária de drogas antitireoidianas ou de auto-anticorpos maternos. Apresenta-se às vezes com bócio. Podem ser de curta duração, mas normalmente necessita de tratamento que tem sido até os três anos.

Diagnóstico clínico:

Sintomas ao nascer: Letargia, sonolência, hipotonia, hipotermia, icterícia prolongada, dificuldade para mamar, edema, fontanelas amplas, distensão abdominal, bócio, macroglossia; pode associar-se com gestação > 40 semanas e peso elevado ao nascer (GIG);

Segundo ao terceiro mês: Letargia, hipotonia, "fácies cretínica", choro rouco, macroglossia, obstrução nasal, constipação, pele fria, pálida, seca e descamativa, hérnia umbilical.

Após terceiro mês: Os sinais acima cada vez mais evidentes com retardo do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor

Laboratorial: O diagnóstico laboratorial é feito através do teste do pezinho preferencialmente pela dosagem de TSH em sangue venoso colhido por punção de calcanhar em papel filtro. A confirmação é feita através de nova dosagem de TSH no soro e de T4 livre, além de avaliação clínica endocrinológica.

Tratamento: O tratamento deve ser instituído o mais rápido possível e consiste na reposição do hormônio tireoidiano, a Levotiroxina sódica, por toda a vida.

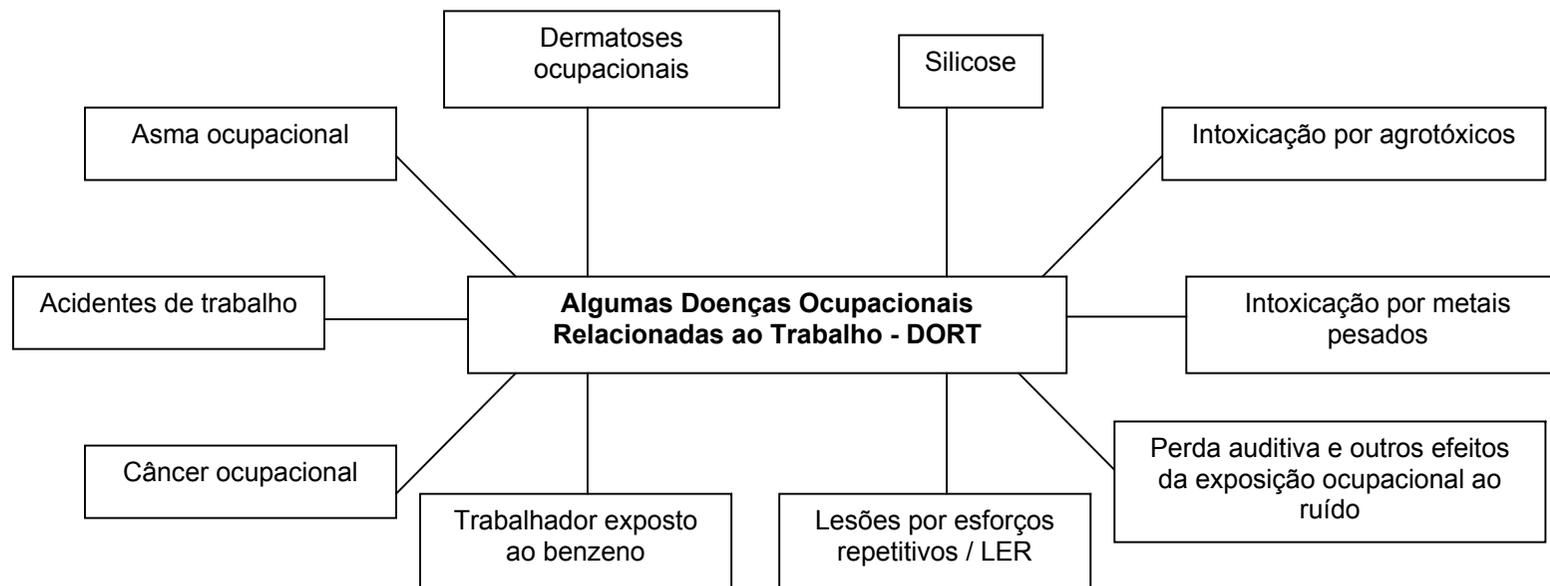
Encaminhar para a unidade de referência com relatório. No Serviço de Referência de Triagem Neonatal a equipe de multidisciplinar responsável pelo atendimento dos casos confirmados é composta de: Assistente Social, Psicóloga, Endocrinopediatra, e quando necessário de Nutricionista e Geneticista.

Reposição hormonal com Levo-Tiroxina (L-T4): 0 a 6 meses: 10 - 12 µg/kg/dia ; 6 a 12 meses: 6- 8 µg/kg/dia; 1 a 5 anos: 5- 6 µg/kg/dia ; 6 a 12 anos: 4 a 5 µg/kg/dia; >12 anos: 2 a 3 µg/kg/dia (instituído pelo Centro de Referência).

As crianças portadoras de Hipotireoidismo congênito que não realizaram o Teste do Pezinho vão ser diagnosticados tardiamente, e as seqüelas neurológicas são irreversíveis.

HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO / CONTINUAÇÃO

Acompanhamento: Realizar dosagens periódicas de TSH e T4 livre, de 3 em 3 meses, nos 3 primeiros anos e de 6 em 6 meses, nos anos subseqüentes. Também, no acompanhamento da criança para avaliação do tratamento adequado, é importante avaliar o crescimento pândero-estatural com a utilização das curvas de crescimento e do desenvolvimento neuro-psico-motor. O seguimento da criança deverá ser concomitante entre a Unidade de Referência e Unidade Básica de Saúde.



RECOMENDA-SE QUE A EQUIPE DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA ATUE:

- NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DAS DORTS;
- NO CONTROLE DOS FATORES DE RISCO E EXPOSIÇÕES;
- EM ATIVIDADES EDUCATIVAS E COMUNICAÇÃO DO RISCO;
- NA DEFINIÇÃO DE OUTROS PROCEDIMENTOS E ATIVIDADES NECESSÁRIOS JUNTO A VIGILÂNCIA AMBIENTAL/OCUPACIONAL E EPIDEMIOLÓGICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

DORT - ASMA OCUPACIONAL

AGENTES DESENCADEANTES:

- Agentes de alto peso molecular – compostos de origem animal, vegetal, bactérias e fungos;
- Agentes de baixo peso molecular – os mais freqüentes são: amônia; diisociato de tolueno (TDI); cloro; farinha de trigo; fumo e sais metálicos; tintas e corantes; resinas plásticas; inseticidas organofosforados; medicamentos(isonisazidas, alfametildopa, etc.)

O tratamento medicamentoso não difere do da asma não ocupacional. É importante atentar para o controle ambiental.

TRABALHADOR EXPOSTO AO BENZENO

O benzeno é um agente comprovadamente carcinogênico, não existindo limite seguro para exposição. As principais fontes de exposição ocupacional estão presentes nas seguintes indústrias/atividades/situações, nas quais a substancia seja matéria-prima, sub-produto, produto, contaminante:

- ◆ Siderurgias
- ◆ Indústrias de petróleo
- ◆ Indústrias petroquímicas
- ◆ Indústrias químicas que utilizam o benzeno em processo de síntese química
- ◆ Indústrias de tintas, vernizes, resinas e plásticos sintéticos
- ◆ Usinas de álcool anidro
- ◆ Indústria de borracha
- ◆ Laboratório de análise química
- ◆ Gráficas;
- ◆ Atividades de pintura;
- ◆ Indústria de móveis;
- ◆ Construção civil;
- ◆ Indústria e reparo de calçados;
- ◆ Agricultura;
- ◆ Postos de gasolina;
- ◆ **Oficinas mecânicas.**

Em casos de suspeita ou confirmação da intoxicação, o afastamento da exposição deve ser imediato e compulsório. O acompanhamento médico deve ser regular e a longo prazo e as intercorrências clínicas tratadas com precocidade.

DORT-DERMATOSES OCUPACIONAIS

Principais agentes e atividades associadas à exposição:

- **Agentes físicos** – radiações ionizantes, eletricidade, frio, calor;
- **Agentes químicos** – a listagem abaixo apresenta os principais agentes envolvidos na origem destas:
 - Cimento; - Níquel;
 - Borracharia; - Cobalto;
 - Derivados do petróleo; - Madeira;
 - Óleo de corte; - Resina Epóxi;
 - Cromatos, dicromatos e ácido crônico; - Medicamentos Tópicos.
- **Agentes biológicos** – Bactérias – ex: erisipelóide de Rosembach nos manipuladores de carne e o antrax em trabalhadores de curtumes;
Fungos – ex: moniliase digital em balconistas de bares, cozinheiros; dermatofitoses em tratadores de animais; blastomicose em trabalhadores de abertura de picadas em matas, entre outras doenças.
- **Agentes mecânicos** – Ação friccional – ex: calosidade palmar dos marteleiros, das passadoras de tecidos;
Traumatismo – não raro agravado pelo uso dos tópicos citados.

PERDA AUDITIVA E OUTROS EFEITOS DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO RUÍDO

Atividades associadas à exposição ao ruído:

- Trabalhos em mineração, construção de túneis, exploração de pedreiras (detonação, perfuração), engenharia pesada e construção civil, indústria naval, metalurgia, siderurgia, usinagem, fundição;
- Trabalhos com máquinas e motores potentes, bombas, caldeiras, tornos, bebidas;
- Funções que utilizam equipamentos tipo maçaricos, soldas, esmerilhadoras, perfuratrizes, motos-serras e lixadeiras;
- Máquinas/veículos pesados, tipo empilhadeiras, betoneiras, caminhões, máquinas agrícolas, transporte marítimo, dentre outros destacam-se como atividades laborais em que o trabalhador se expõe a ruído.

Os danos auditivos provocados pela exposição ao ruído podem ser divididos em três categorias: mudança temporária de limiar, trauma acústico e perda auditiva induzida pelo ruído – PAIR.

Encaminhar o trabalhador ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador com relatório e instituir medidas de proteção individual e controle ambiental.

DORT - INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICOS

Estão potencialmente expostos a agrotóxicos os trabalhadores:

- Nas indústrias de formulação e síntese;
- Nos serviços de transportes, comércio e disposição final de resíduos e embalagens;
- No armazenamento de grãos e sementes;
- Firmas desinsetizadoras;
- Serviços de saúde e de defesa agropecuária – ações de vigilância e controle de endemias humanas e agropecuárias;
- Trabalhadores da agricultura, pecuária e reflorestamento;
- Tratamento de madeira para construção e indústria do mobiliário;
- Produção de flores.

A depender do produto responsável pela intoxicação, deverá ser instituído tratamento específico, com os antídotos conhecidos. Sempre que necessário manter contato telefônico com o CIAVE – Centro de Informações Anti-veneno –Tel: 08002844343, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, situado no Hospital Central Roberto Santos em Salvador, para obtenção de informações toxicológicas e de orientações terapêuticas adequadas a cada caso.

SILICOSE

Exposições ocupacionais às partículas respiráveis de poeira de sílica estão associadas a várias atividades:

- Mineração e produção de ouro;
- Jateamento com areia;
- Escavação de poços;
- Construção e escavação de túneis;
- Fabricação e uso de produtos de limpeza;
- Aquecimento de diatomáceas;
- Lavra, corte, polimento e limpeza de pedras;
- Fabricação de cerâmica refratária e comum;
- Produção de pigmentos;
- Produção e elaboração de feldspato;
- Produção e elaboração de outros minerais;
- Indústria metalúrgica e fundição;
- Produção de cimento;
- Mineração e elaboração do grafite natural;
- Mineração de carvão mineral.

Na Bahia as principais atividades associadas à silicose são a mineração subterrânea de ouro e jateamento de areia. A silicose não tem tratamento específico. A terapia paliativa é dirigida às complicações: obstrução das vias aéreas, infecções, pneumotorax, hipoxemia, cor pulmonale e insuficiência respiratória.

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

CONCEITO: É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade, e em relação de poder a outra. A violência doméstica distingue-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros no grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico (p. ex: empregados, agregados).

FATORES DE RISCO - A existência de uma ou mais das situações abaixo relacionadas constituem-se em risco ou estado de risco intrafamiliar:

• **MULHER:**

Baixa auto-estima, baixo nível sócio-econômico, discriminação histórico-cultural, vulnerabilidade feminina, soro-positividade na mulher pelo HIV, câncer de mama, falta de profissionalização.

• **FAMILIAR:**

Dependência econômica e emocional de um dos membros, comprometimento psicológico e/ou psiquiátrico, história de maus-tratos na infância, antecedentes criminais ou uso de armas, falta de diálogo entre os membros, distribuição desigual de autoridade e poder, abuso de drogas.

• **RELAÇÃO DE CASAL:**

Indicativos de violência em relacionamentos anteriores, isolamento e dificuldades de lidar com terceiros, baixa capacidade de negociação do casal, dependência econômica e emocional do casal, alcoolismo e/ou drogadição, sentimento de posse exagerado e soropositividade.

• **CRIANÇA:**

Pais com histórico de maus tratos, gravidez não planejada, pais adolescentes, depressão na gravidez, com múltiplos parceiros, estilo disciplinar rigoroso, delegação à criança de tarefas domésticas, carências afetivas entre pais e filhos, crianças portadoras de deficiências, ausência/insuficiência de vínculo parental nos primeiros anos de vida.

• **IDOSO:**

Ser portador de várias doenças crônicas, dependências físicas, mentais e financeiras, alterações do sono, incontinência urinária e/ou fecal, dificuldades de locomoção e necessidade de apoio para atividades de vida diária.

• **DEFICIENTES:**

Comprometimento físico ou mental, reduzida autonomia, dificuldade de locomoção, hiperatividade ou dispersão.

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR / FLUXOGRAMA

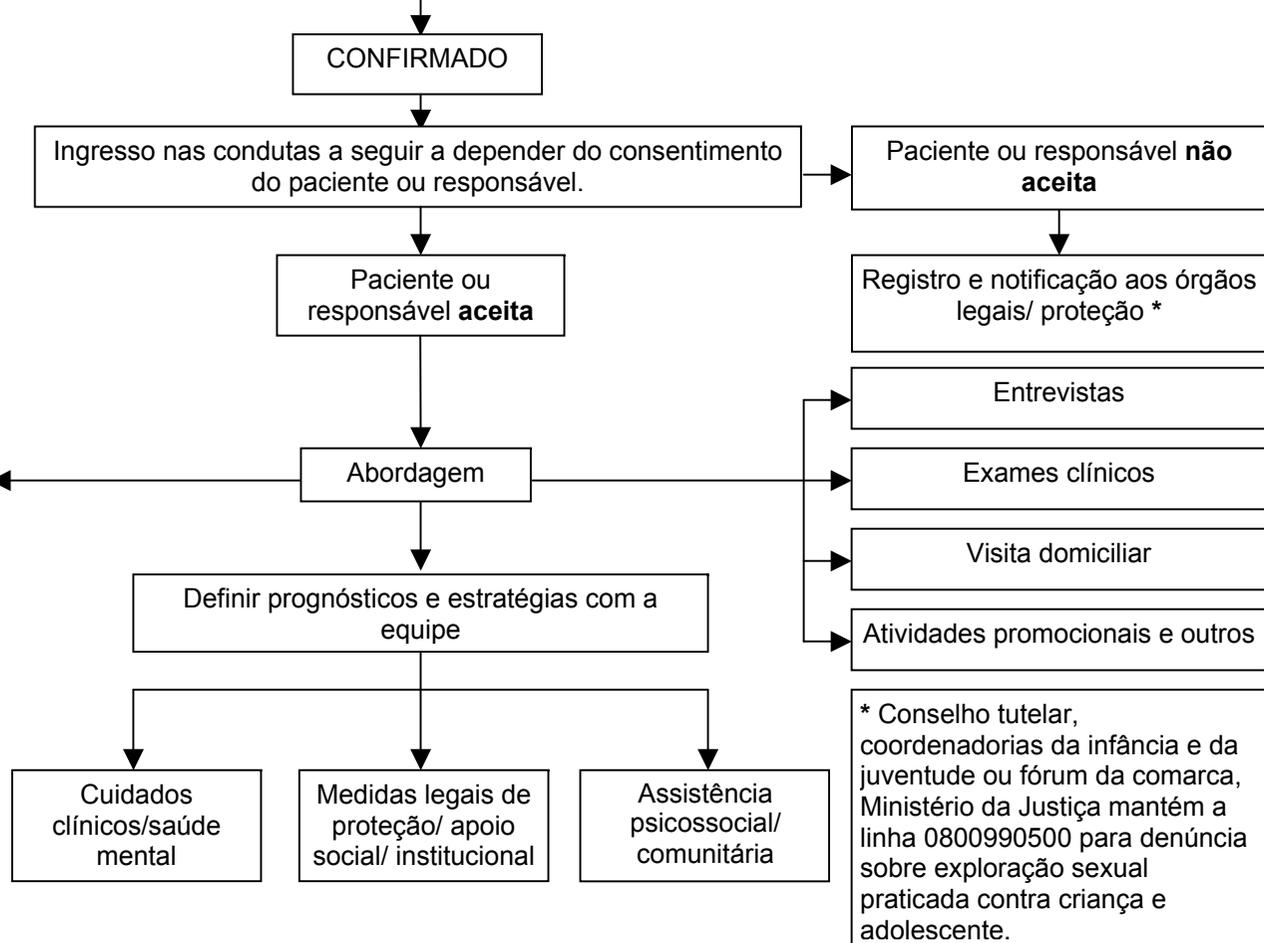
Casos suspeitos de violência intrafamiliar

Avaliação e triagem pela equipe de saúde através de observações, visitas domiciliares e perguntas diretas ou indiretas aos membros da família:

-Se a lesão está de acordo com o que está sendo relatado; se ela realmente pode ter ocorrido desta forma; se a relação temporal está correta; se poderia ter sido provocada intencionalmente; se a postura da família está adequada com a gravidade do ocorrido; se houve retardo na busca de auxílio; se existe contradição na história da lesão e/ou fato anterior semelhante.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

- **Sigilo e segurança** Conquistar a confiança do cliente; em caso de crianças e adolescentes o caso deve ser notificado ao conselho tutelar - explicar a família sobre o papel do conselho e a manutenção do sigilo;
- **A intervenção não pode provocar maior dano** Desenvolver atitude compreensiva e não julgadora; evitar exposição da vítima (vários interlocutores interrogando sobre o mesmo problema);
- **Respeitar o tempo, o ritmo e as decisões das pessoas**, por exemplo, não culpar o cliente por permanecer na situação e sim investir na capacidade para enfrentar obstáculos;
- **A equipe de saúde e a vítima não devem agir sozinhas, para evitar riscos ainda maiores.**



PREVENINDO A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

AÇÕES QUE PODEM EVITAR QUE SE INSTALEM E/OU SE MANTENHA UMA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR:

MULHER:

- Sensibilizar e responsabilizar os homens por seu comportamento sexual e papel social na família.
- Reconhecer e legitimar modelos mais flexíveis de papéis sociais, como por exemplo, o gosto pelo cuidado com os filhos, distribuição das tarefas domésticas, como forma de construção de relações mais efetivas e igualitárias.
- Quebrar a rigidez e autoritarismo com relação aos papéis sociais e sexuais vigentes;
- Valorizar a auto estima feminina através da inserção profissional.

CRIANÇA E ADOLESCENTE

- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre os direitos da criança e do adolescente (Estatuto da Criança e do adolescente – ECA);
- Identificar pais e mães de alto risco desde o período pré e peri natal, promovendo grupos de ajuda;
- Favorecer a vinculação das famílias com uma rede de apoio psicossocial/comunitário (unidades de saúde, associação de bairros, grupos religiosos, centros culturais, ONG e outras instituições de apoio);
- Incentivar a efetiva participação masculina na atenção integral da criança e do adolescente;
- Contribuir para o fortalecimento dos laços afetivos do adolescente com a família e/ou adultos de referência - líderes, educadores de rua;
- Contribuir para expressão plena e desenvolvimento dos adolescentes, respeitando seus valores e contexto.

PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIAS

- Identificar sinais preditivos de possível violência sofrida pelo portador de deficiência;
- Evitar situações que promovam medos, coação e privação a pessoas portadoras de deficiência;
- Promover inclusão da pessoa portadora de deficiência nas atividades cotidianas e de lazer;
- Adaptar o ambiente familiar para facilitar a movimentação do portador de deficiência;
- Falar com tranquilidade e firmeza com os filhos que apresentem deficiência mental;
- Não fazer comentários sobre fatos que causem constrangimento como urinar na roupa ou na cama, babar, ou utilizarem expressões pejorativas.
- Pedir ajuda a vizinhos e amigos, quando necessário.
- Não expor pessoas com distúrbios de comportamento a ambientes ou situações de muita agitação ou barulho como festas muito concorridas ou finais de campeonato de esportes.

IDOSOS

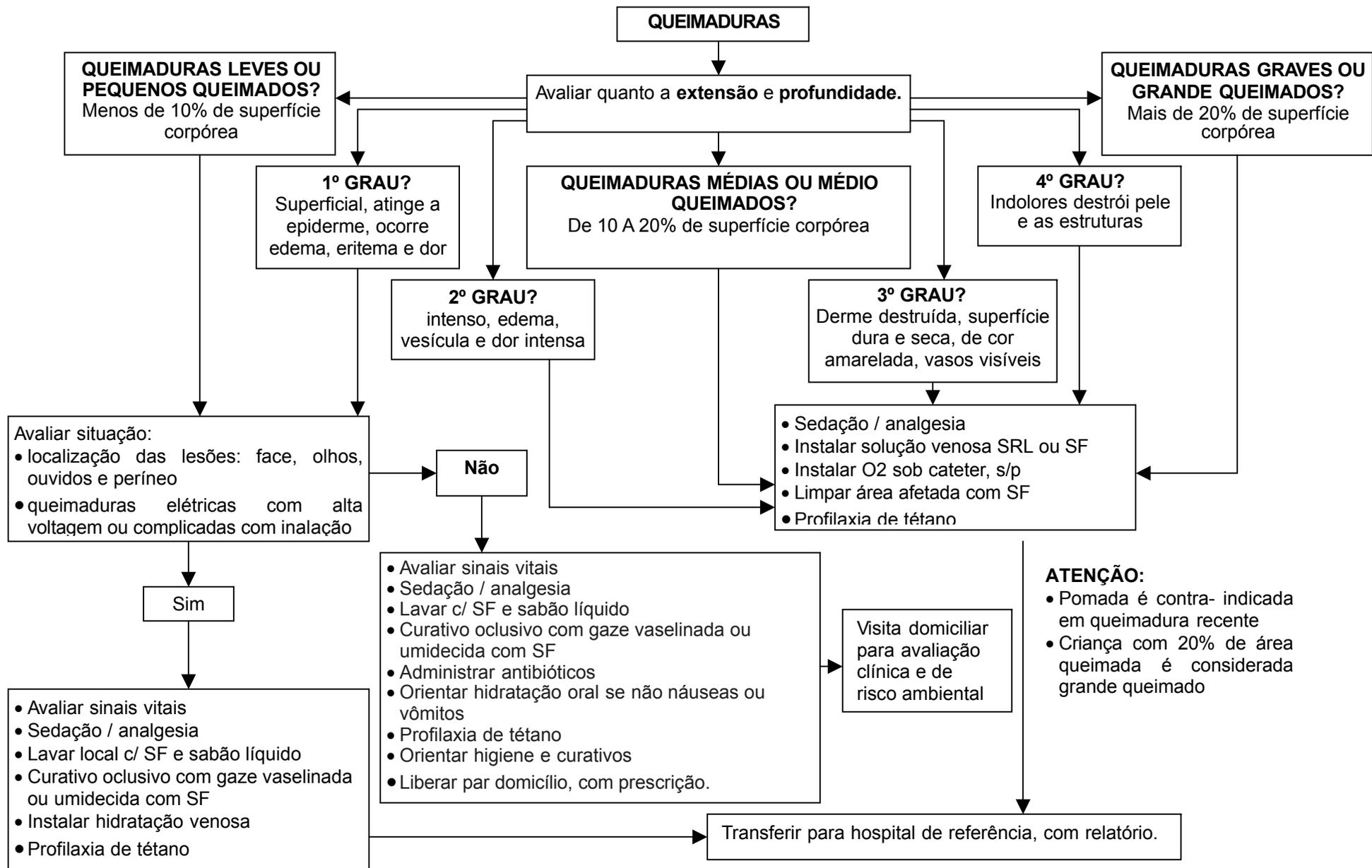
- Identificar fatores de risco de possível violência para com o idoso;
- Estimular e valorizar junto aos idosos a disponibilidade à vida social, mediante formas de convívio e expressão, em centros de comunidade, clubes, associações culturais, de lazer e esportivas, atividades de recuperação da história e habilidades de uma comunidade valorizando-se a transmissão aos mais jovens de suas experiências e histórias de vida;
- Estimular a participação dos idosos em universidades abertas e outras formas de estímulo ao desenvolvimento pessoal também devem ser estimuladas;
- Estimular a integração social dos idosos para ampliar seu bem-estar e qualidade de vida.

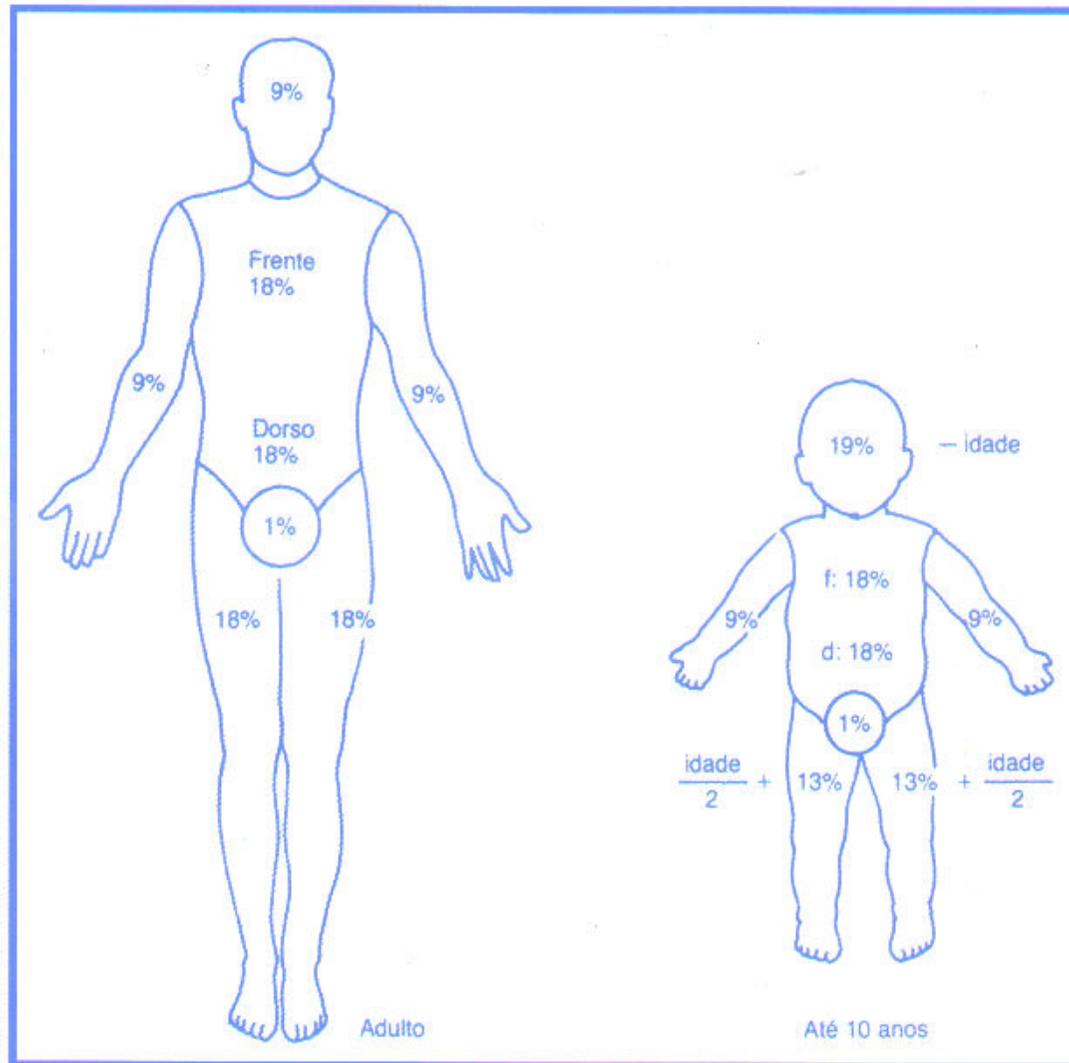
VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR / CONTINUAÇÃO

| ORIENTAÇÕES DO PONTO DE VISTA LEGAL PARA DETERMINADAS CIRCUNSTÂNCIAS DE VIOLÊNCIA | ENCAMINHAMENTOS |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Se você souber que foi negada matrícula em escola pública ou que a criança ou que o adolescente está fora da escola por omissão da família. | <ul style="list-style-type: none"> • Procurar a Coordenadoria da Infância e da Juventude do Ministério Público porque o estado tem obrigação de assegurar vagas e a família a obrigação de matricular e manter os filhos na escola. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Se você souber que fatos ou circunstâncias violam ou ameaçam os interesses da criança e do adolescente, tais como: falta de atendimento no serviço público de saúde, falta de segurança no bairro, de saneamento básico, tráfego perigoso de veículos, ambientes perniciosos à formação de jovens, envolvendo drogas, alcoolismo, contato com armas, etc. | <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar à Coordenadoria da Infância do Ministério Público para que promova as ações reparadoras necessárias. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Se você souber que a criança ou adolescente vive em ambientes de grave tensão psicológica, assistindo espancamento e agressões por parte dos pais, parentes ou vizinhos. | <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar ao Conselho Tutelar. A depender da gravidade do caso, procurar a DERCA, a Coordenadoria da Infância do Ministério Público, a Delegacia de Proteção à Mulher ou a Delegacia do bairro. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Se você souber ou desconfiar que uma mulher possa estar sendo vítima de tensão psicológica ou outro tipo de violência, recomende a sua presença no Centro de Referência. | <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Referência L. Valadares. Rua Aristides Novis, nº 94 – Federação. • Delegacia Especial de Atendimento à mulher. Rua Pe Luís Figueiras, s/n – Engenho Velho de Brotas (fim de linha). |

OBS: Endereços de referência para casos de violência intrafamiliar – vide anexo.

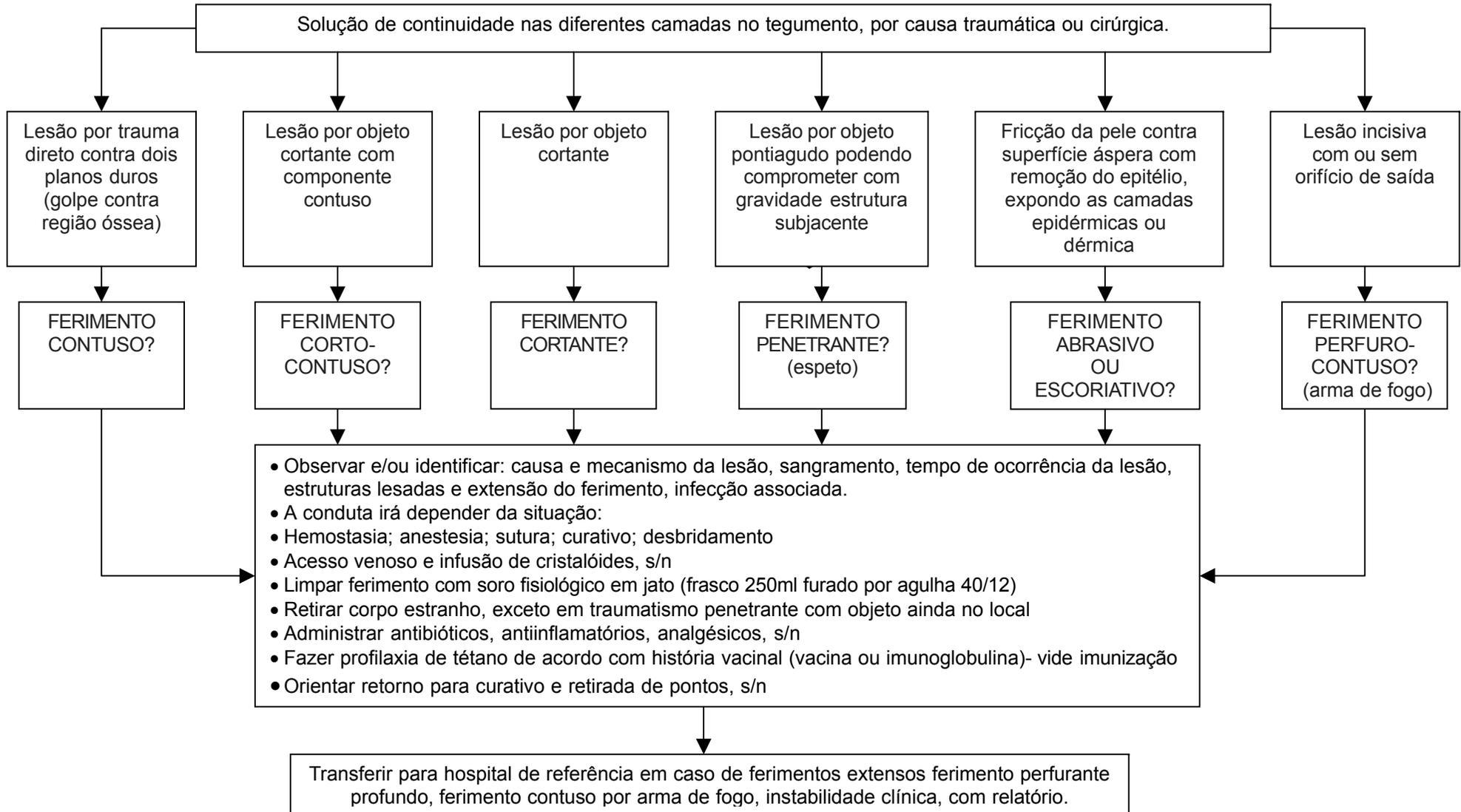
QUEIMADURAS / FLUXOGRAMA



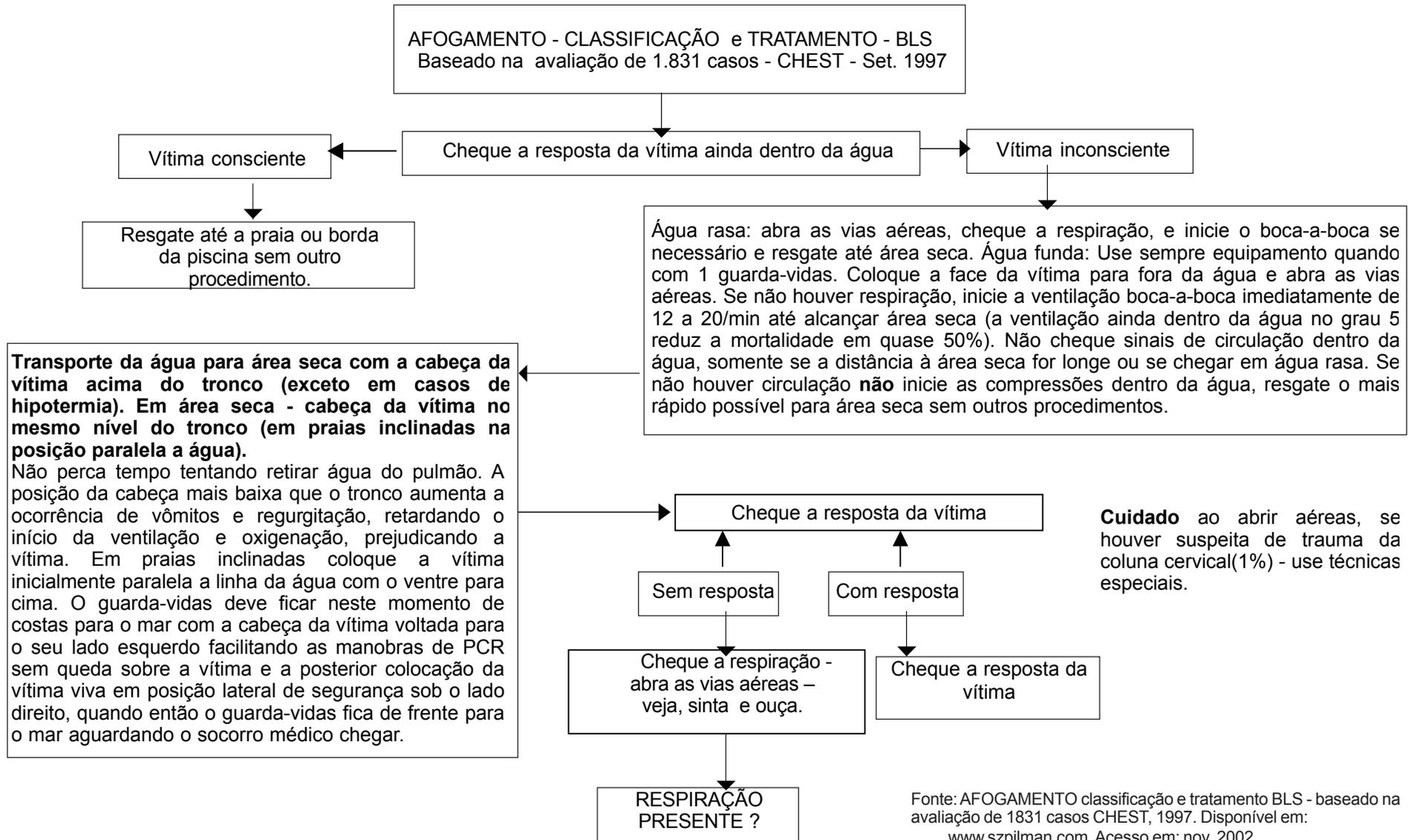


Avaliação de extensão das queimaduras

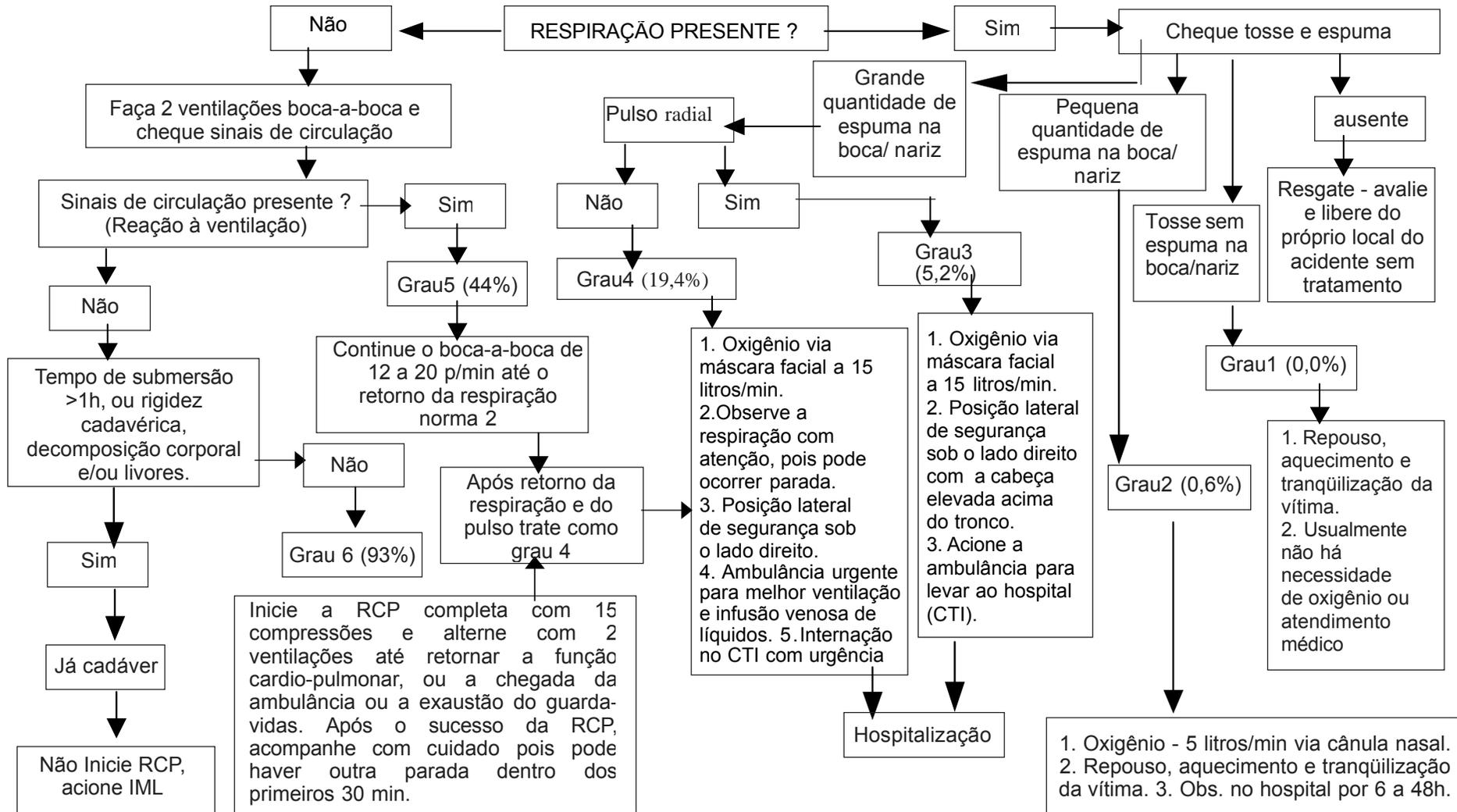
FERIMENTOS / FLUXOGRAMA

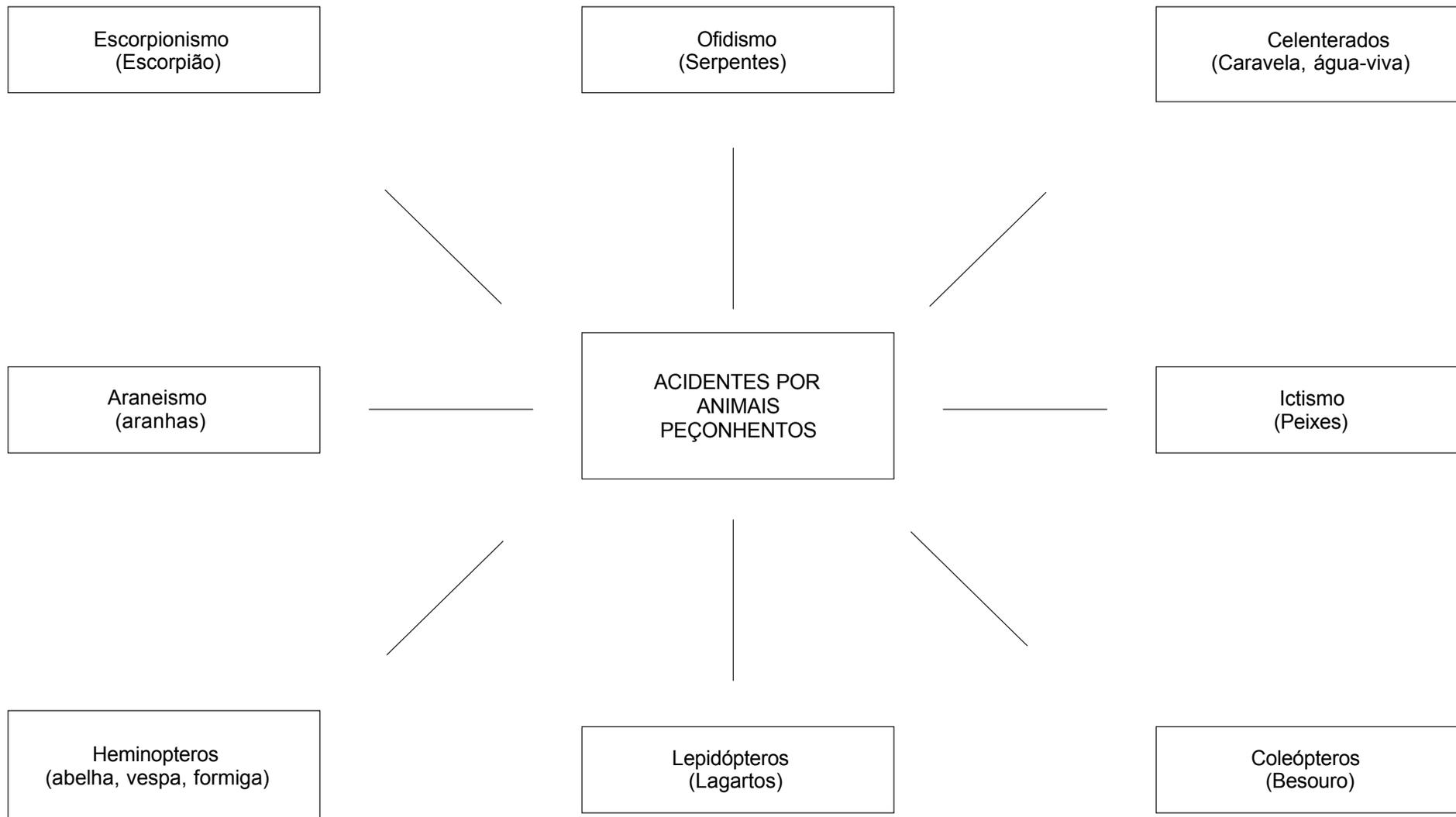


AFOGAMENTO / FLUXOGRAMA

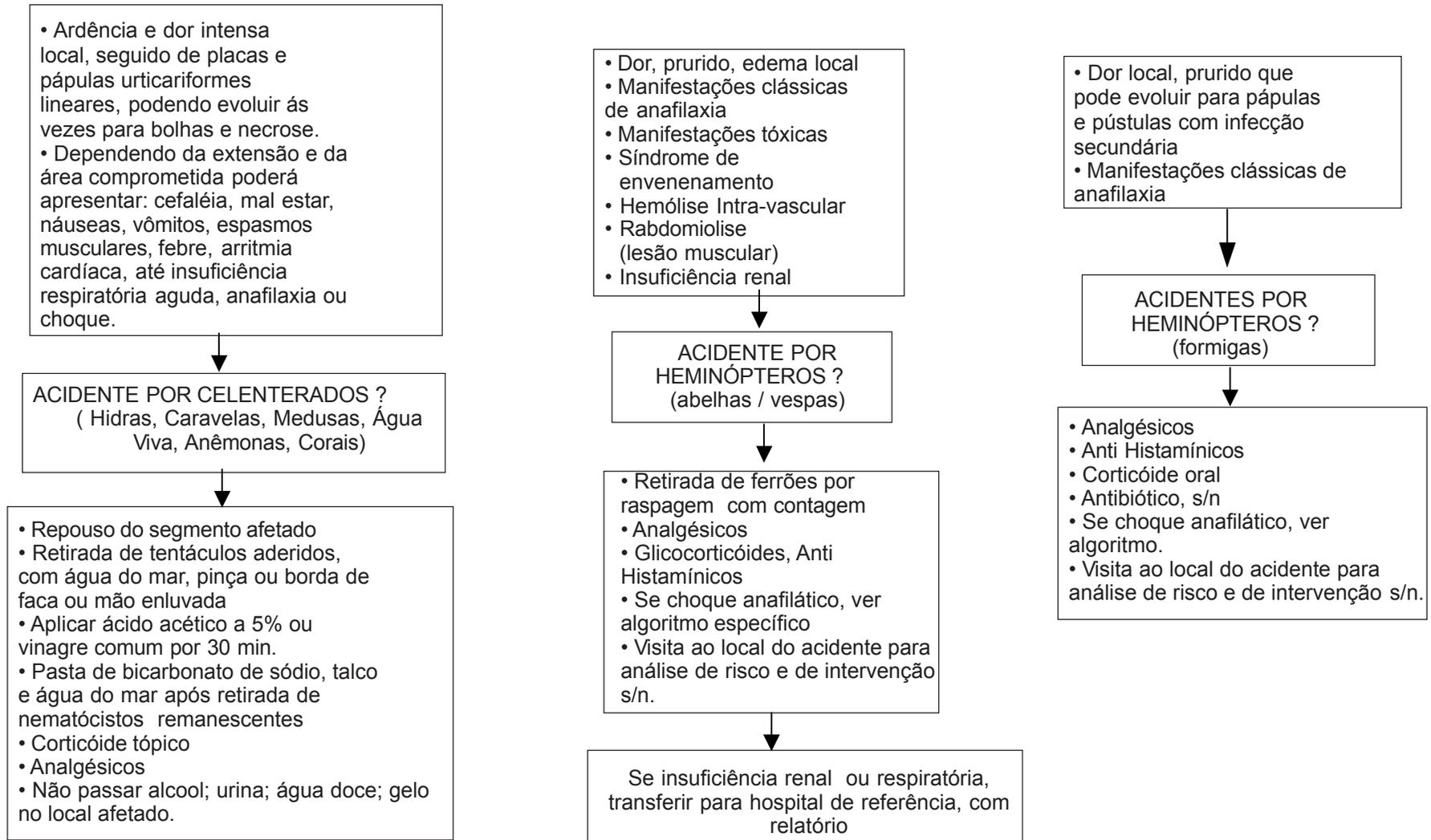


AFOGAMENTO / FLUXOGRAMA - CONTINUAÇÃO

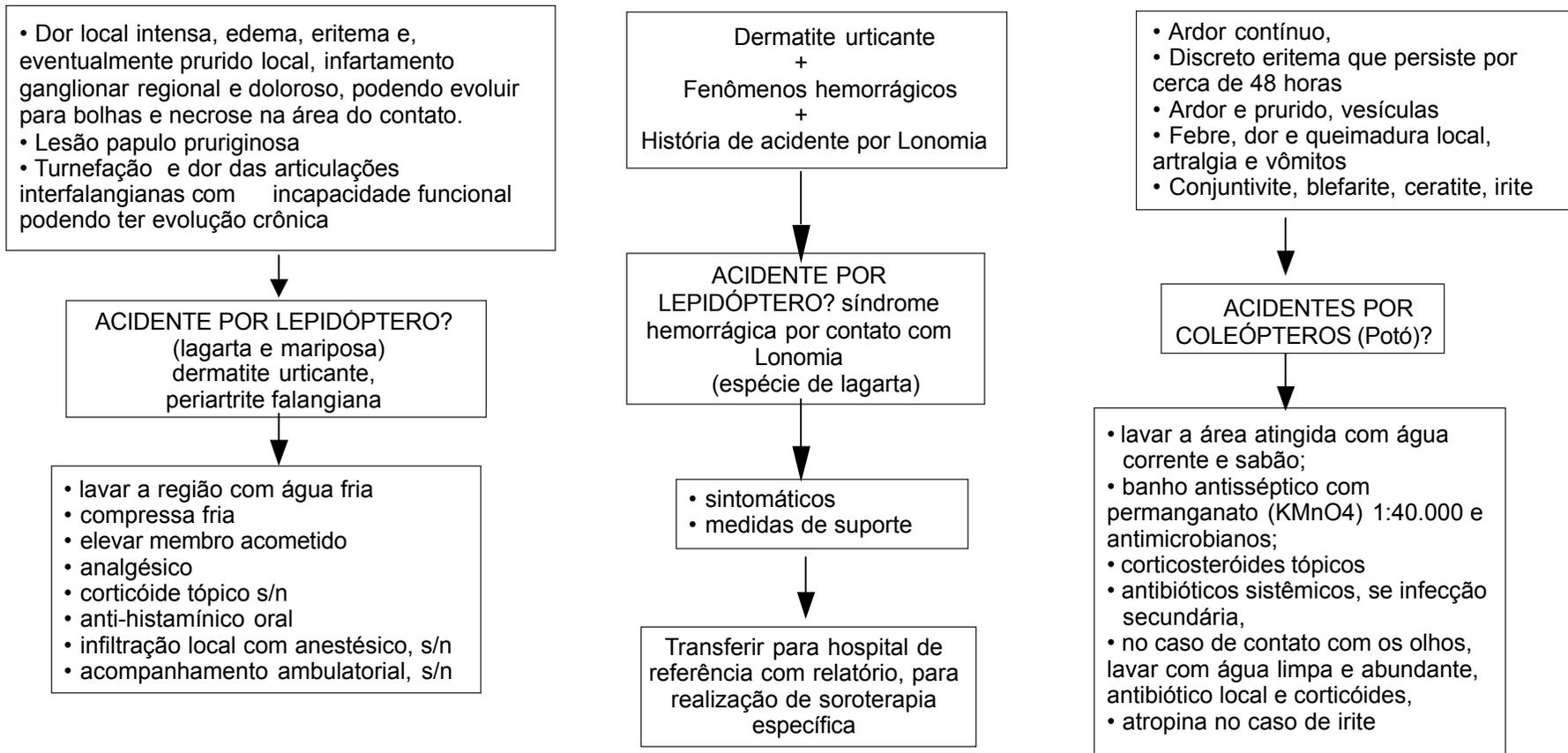




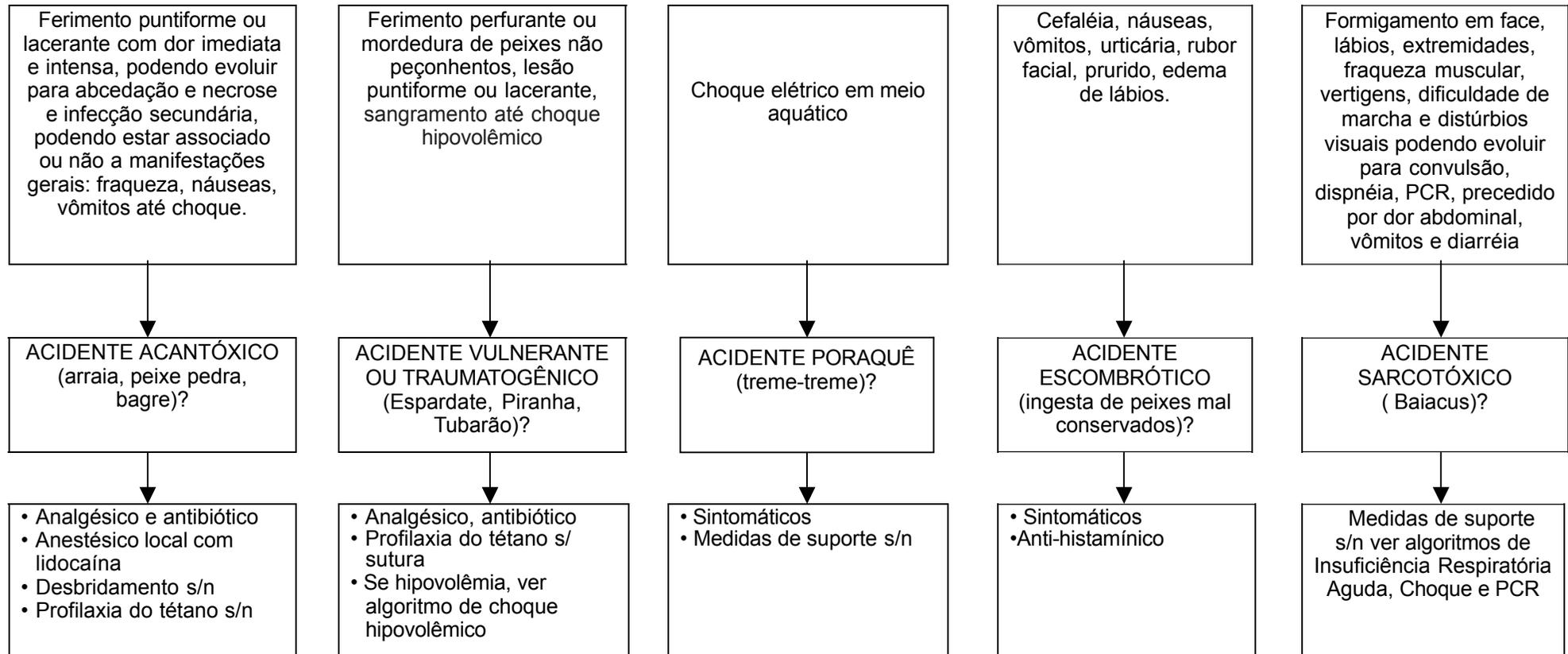
ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS / FLUXOGRAMA



ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS / FLUXOGRAMA



ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS / ICTISMO - FLUXOGRAMA



ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS / ESCORPIONISMO - FLUXOGRAMA

- Dor, parestesia local
- Hipo ou Hipertermia e sudorese profunda
- Náuseas, vômitos, sialorréia
- Ocasionalmente dor abdominal e diarreia
- Arritmia cardíaca
- Hipertensão ou hipotensão arterial, insuficiência cardíaca até choque, edema agudo de pulmão, taquipnéia, taquicardia, agitação, sonolência, confusão mental, hipertonia, tremores, convulsão até coma.

↓

ESCORPIONISMO ?

↓

- Sintomático: anestesia local com xilocaína sem adrenalina
- Específico: fazer classificação do acidente quanto à gravidade e definir soroterapia (ver tabela ao lado)
- Capturar o animal e levar para o serviço de saúde, s/p

| ACIDENTE ESCORPIÔNICO -TITYUS SERRULATUS Classificação quanto à gravidade e soroterapia | | |
|--|--|--|
| CLASSIFICAÇÃO LEVE (tempo de observação das crianças picadas: 6 a 12h) | MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS Dor e parestesia locais | SOROTERAPIA SAES = Soro antiescorpiônico ou SAAR = Soro antiaracnídico |
| MODERADO | | |
| | Dor local intensa associada a uma ou mais manifestações, como náuseas, vômitos, sudorese, sialorréia discretos, agitação, taquipnéia e taquicardia. | 2 a 3 amp. EV |
| GRAVE | Além das citadas na forma moderada, presença de uma ou mais das seguintes manifestações: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profunda, sialorréia intensa, prostração, convulsão, coma, braquicardia, insuficiência cardíaca, edema pulmonar | 4 a 6 amp. EV (na maioria dos casos graves 4 ampolas são suficientes para o tratamento, visto que neutralizam o veneno circulante e mantêm concentrações elevadas de antiveneno circulante por pelo menos 24h após a administração da soroterapia. |

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS / ARANEISMO

| ACIDENTE POR ARANHA: (Araneísmo) | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| Loxosceles (Loxocelismo) | “Aranha Marrom” | Classificação quanto à: • Gravidade, • Manifestações clínicas • Tratamento geral e específico Ver quadros que seguem |
| Phoneutria (Foneutrismo) | “Armadeira” | |
| Latrodectus (Latrodectismo) | “Viúvas-negras” | |
| Lycosidae | “Aranha da Grama”, “Aranha de Jardim” | Sem importância clínica |
| Aranha Caranguejeira | | |

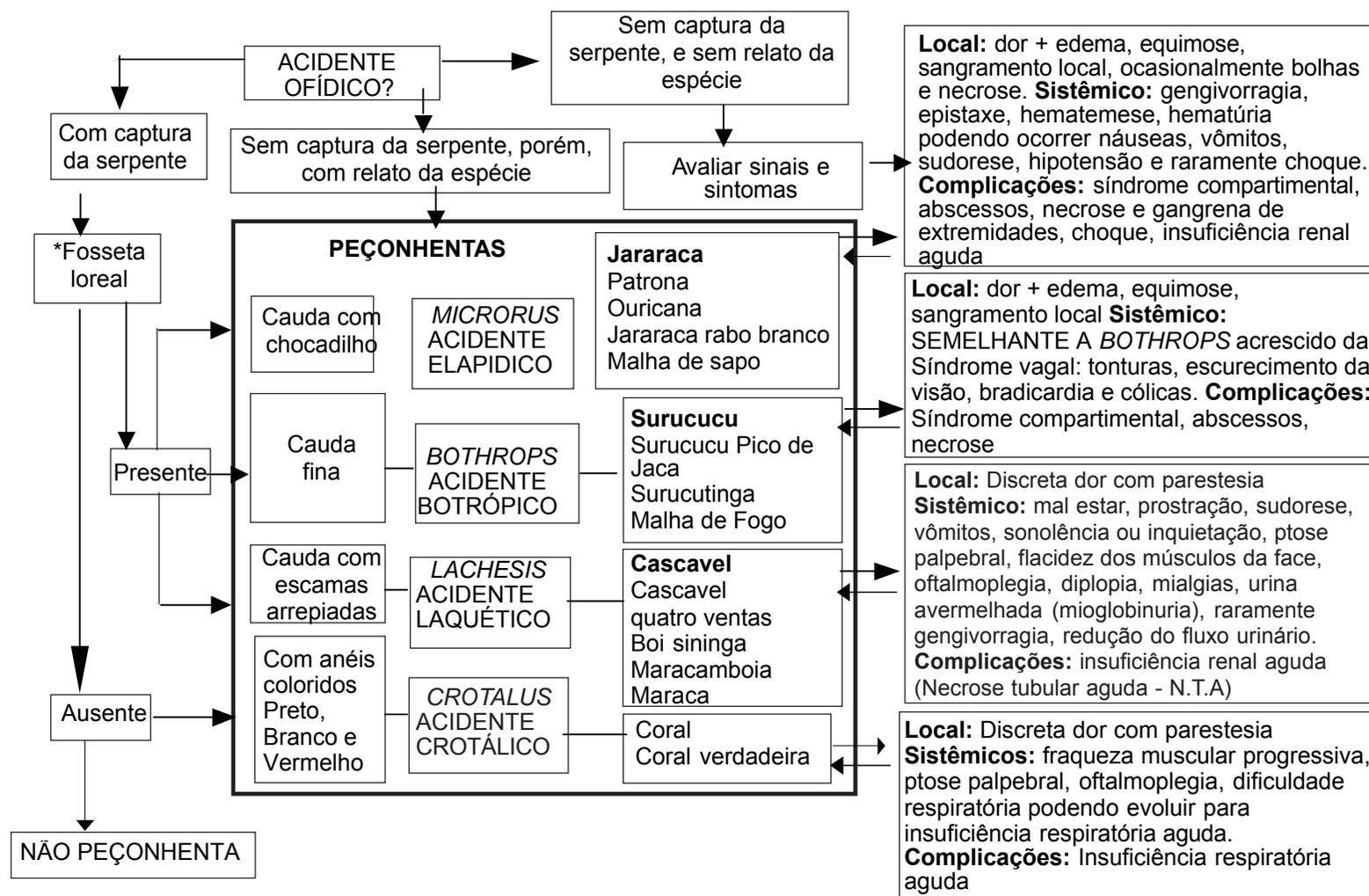
| Loxoscelismo: Classificação dos Acidentes quanto à Gravidade e Manifestações Clínicas. Tratamento Geral e Específico | | |
|---|---|---|
| CLASSIFICAÇÃO | MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS | TRATAMENTO |
| LEVE (lesão incharacterística) | - Loxosceles identificada como agente causador do acidente - Lesão incharacterística - Sem comprometimento do estado geral | Sintomáticos. Acompanhamento até 72 horas após a picada (pode haver mudança de classificação durante esse período). |
| MODERADO (lesão sugestiva) | - Com ou sem identificação da Loxosceles no momento da picada - Lesão sugestiva - Alterações sistêmicas (rash cutâneo, petéquias) | Soroterapia: 5 amp. de Soro antiaracnídico – SAAR - EV e/ou Prednisona: Adultos 40 mg/dia Crianças 1 mg/Kg/dia durante 5 dias |
| GRAVE (lesão característica) | Lesão característica - Alteração no estado geral: anemia aguda, icterícia – hemólise - Evolução rápida - Insuficiência renal | Soroterapia: 10 ampolas de SAAR – EV e Prednisona: Adultos 40 mg/dia |

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS / ARANEISMO - CONTINUAÇÃO

| Foneutrismo: Classificação quanto à Gravidade e Manifestações Clínicas: Tratamento Geral e Específico | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| CLASSIFICAÇÃO | MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS | TRATAMENTO GERAL | TRATAMENTO ESPECÍFICO |
| LEVE | Dor local na maioria dos casos, eventualmente taquicardia e agitação | Observação até 6h | |
| MODERADO | Dor intensa associada a: sudorese e/ou vômitos ocasionais e/ou agitação e/ou hipertensão arterial Além das anteriores, apresenta uma ou mais das seguintes manifestações: sudorese profusa, sialorréia, vômitos freqüentes, hipertonia muscular, priapismo, choque e/ou edema pulmonar agudo. | Internação | 2 a 4 amp. de Soro antiaracnídico – SAAr - EV (1 amp. = 5ml (1ml neutraliza 1,5 doses mínimas mortais) (crianças) |
| GRAVE | | Unidades de Cuidados Intensivos | 5 a 10 amp. de SAAr |

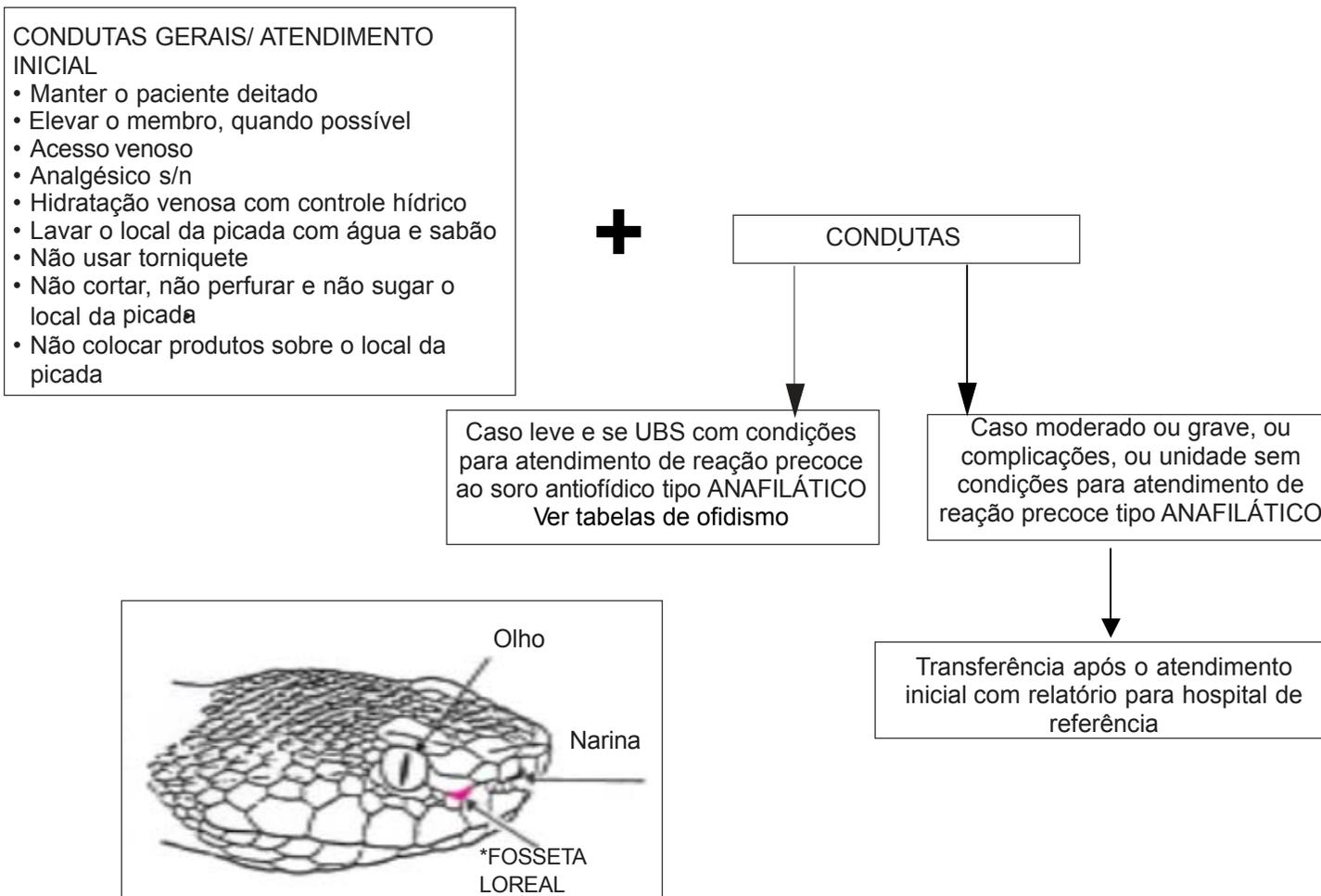
| Latrosectismo: Classificação dos Acidentes quanto à Gravidade: Manifestações Clínicas e Tratamento | | |
|--|---|--|
| CLASSIFICAÇÃO | MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS | TRATAMENTO |
| LEVE (lesão incaracterística: bolha de conteúdo seroso, edema, calor, rubor, com ou sem dor em queimação) | - Dor local - Edema local discreto - Dor nos membros inferiores - Parestesia em membros - Tremores e contraturas | -Sintomáticos: analgésicos, gluconato de cálcio, observação. |
| MODERADO (lesão sugestiva: endureção, bolha, equimose e dor em queimação) | Além dos acima referidos: - Dor abdominal - Sudorese generalizada - Ansiedade / Agitação - Mialgia - Dificuldade de deambulação - Cefaléia e tontura - Hipertermia | -Sintomáticos: analgésicos, sedativos e Específicos: Soro antilatrodético – SALatr – 1 amp. - IM |
| GRAVE (lesão característica: dor em queimação, lesões hemorrágicas focais, mescladas com áreas pálidas de isquemia - placa marmórea, e necrose). | Todos os acima referidos e: - Taqui/bradicardia - Hipertensão arterial- Taquipnéia/dispnéia - Náuseas e vômitos- Priapismo - Retenção urinária- Fácies latrosectísmica | -Sintomáticos: analgésicos, sedativos e Específicos: Soro antilatrodético – SALatr – 1 a 2 amp. - IM |

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS / OFIDISMO - FLUXOGRAMA



CIAVE: 0800-2844343 (emergência -24h)

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS / OFIDISMO - CONTINUAÇÃO



ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS / OFIDISMO - CONTINUAÇÃO

| OFIDISMO - ACIDENTE BOTRÓPICO: Classificação quanto à gravidade e soroterapia | | | |
|--|---|---------------|--|
| MANIFESTAÇÕES E TRATAMENTO | CLASSIFICAÇÃO | | |
| | LEVE | MODERADA | GRAVE |
| Locais: • dor • edema • equimose | ausentes ou discretas evidentes | | intensas (podendo ser único critério para classificação de gravidade) |
| Sistêmicas: • hemorragia grave • choque • anúria | ausentes | ausentes | presentes |
| Soroterapia: SABO=Soro antibotrópico ou SABC=Soro antibotrópico- crotálico ou SABL=Soro antibotrópico- laquético | 2 a 4 ampolas | 4 a 8 ampolas | 12 |
| Administração | EV precedida de anti-histamínico e corticóide | | |

| OFIDISMO - ACIDENTE ELAQUÉTICO: Tratamento específico indicado | | |
|--|---|---|
| ORIENTAÇÃO PARA O TRATAMENTO | SOROTERAPIA | VIA DE ADMINISTRAÇÃO |
| Poucos casos estudados. Gravidade avaliada pelos sinais locais e intensidade das manifestações vagas (bradicardia, hipotensão, arterial, diarreia). | 10 a 20 ampolas SABL= Soro antibotrópico- laquético | EV precedida de anti- histamínico e corticóide |

CHAVE: 0800-2844343 (emergência -24h)

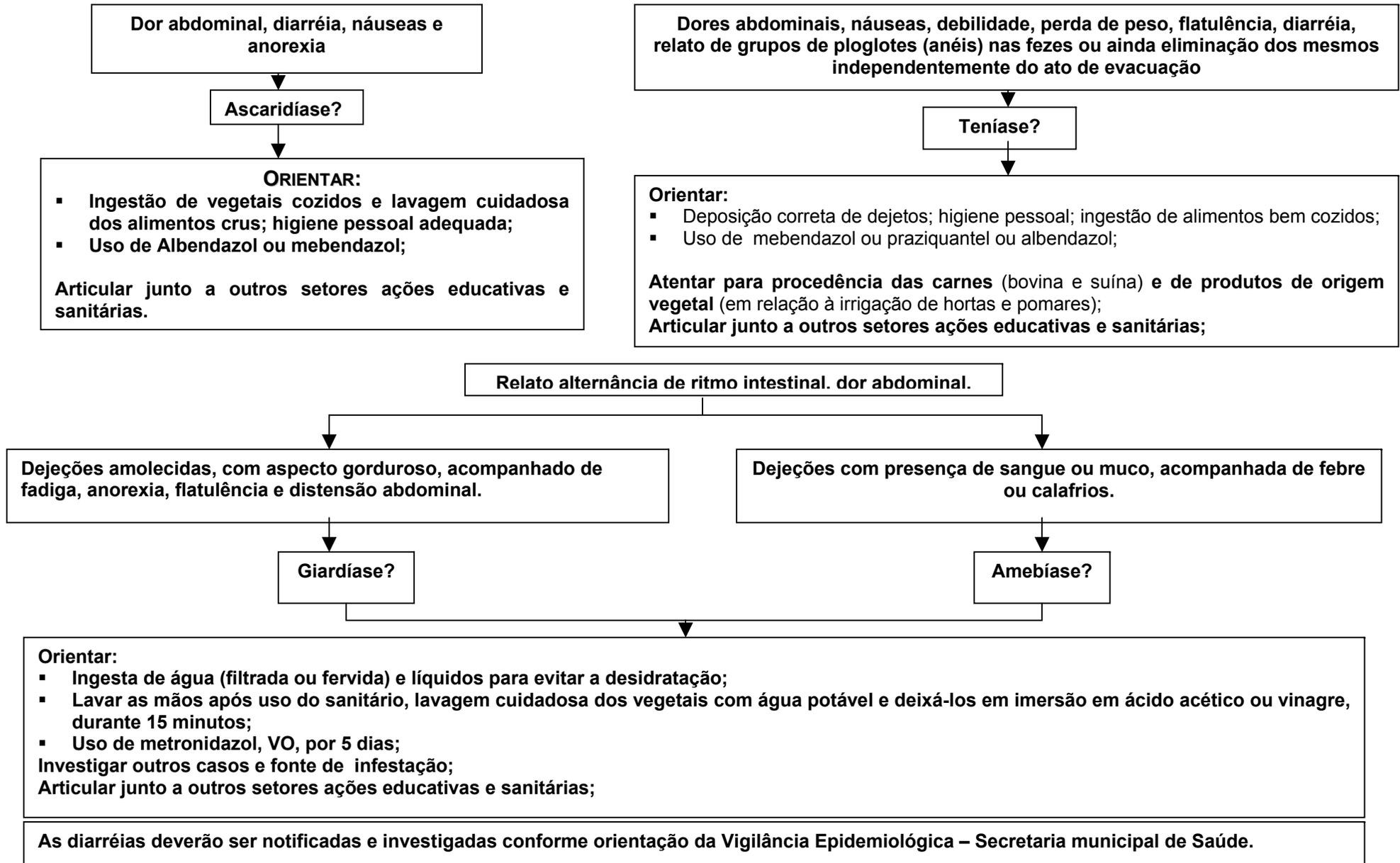
ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS / OFIDISMO - CONTINUAÇÃO

| OFIDISMO - ACIDENTE CROTÁLICO: Classificação quanto à gravidade e soroterapia | | | |
|---|---|----------------------|---------------------|
| MANIFESTAÇÕES E TRATAMENTO | CLASSIFICAÇÃO | | |
| | LEVE | MODERADA | GRAVE |
| | ausentes ou tardia | discreta ou evidente | evidente |
| Fácies miastênica/Visão turva Mialgia | ausentes ou discreta | discreta | intensa |
| Urina vermelha ou marrom | ausente | pouco evidente | presente |
| Oligúria/ Anúria | ausente | ausente | presente ou ausente |
| Soroterapia: SACR=Soro anticrotálico SABC=Soro antibotrópico-crotálico | 5 ampolas | 10 ampolas | 20 ampolas |
| Administração | EV precedida de anti-histaminico e corticoide | | |

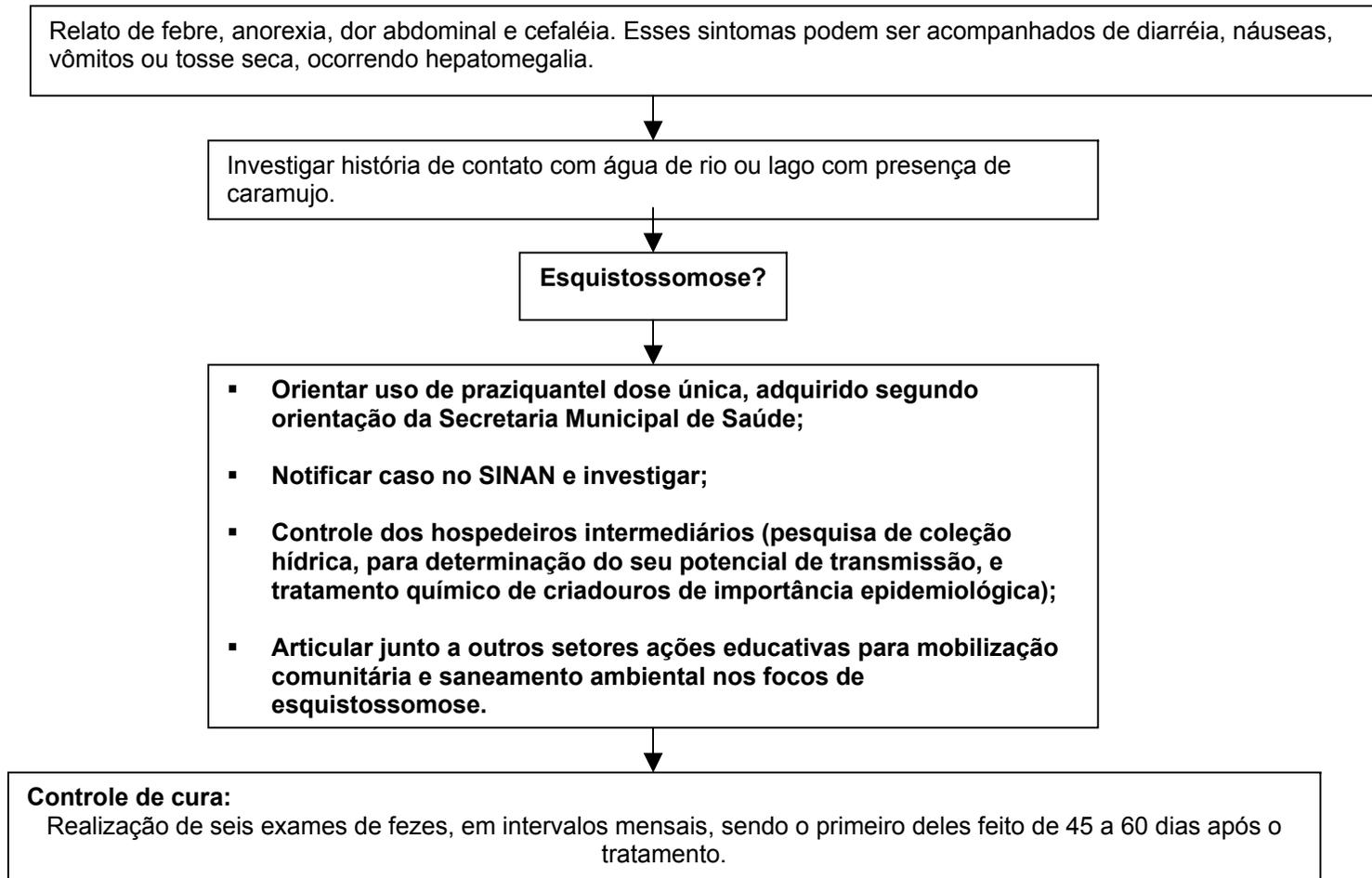
| OFIDISMO - ACIDENTE ELAPÍDICO: Tratamento específico indicado | | |
|---|--|---|
| ORIENTAÇÃO PARA O TRATAMENTO | SOROTERAPIA | VIA DE ADMINISTRAÇÃO |
| Todos os casos de acidentes por coral com manifestações clínicas devem ser consideradas como potencialmente graves. | 10 ampolas SAEL= Soro antielapídico | EV precedida de anti-histaminico e corticoide |

CIAVE: 0800-2844343 (emergência -24h)

DOENÇAS PARASITÁRIAS INTESTINAIS / FLUXOGRAMA



ESQUISTOSSOMOSE / FLUXOGRAMA



LEISHMANIOSE VISCERAL - LV

EPIDEMIOLOGIA:

No Brasil, a LV tinha caráter eminentemente rural e, mais recentemente, vem se expandindo para áreas urbanas. A doença é mais freqüente em crianças de menores de 10 anos (54,4%), sendo 41% dos casos registrados em menores de 5 anos. Na Bahia, a LV é considerada um importante problema de saúde pública.

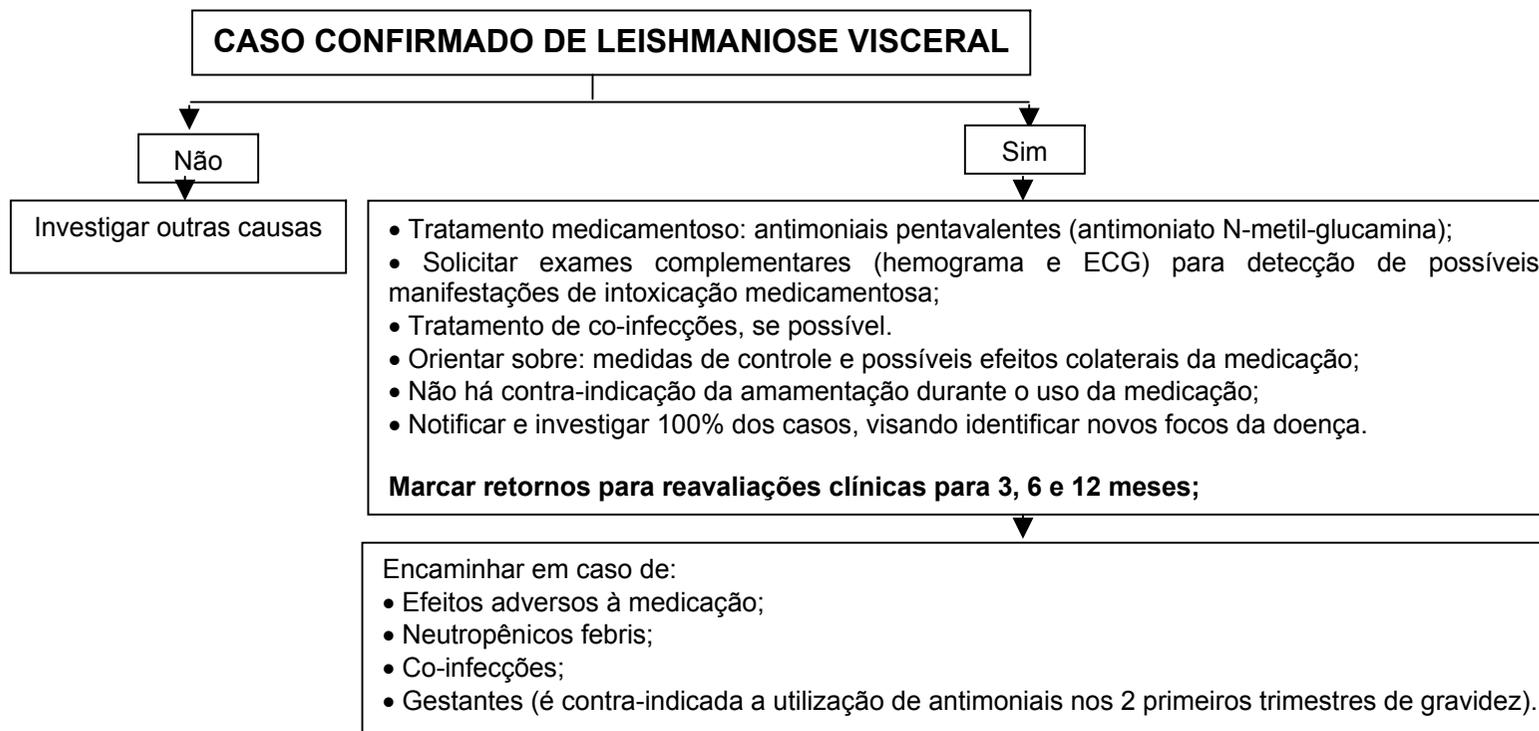
CLASSIFICAÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS:

- **Inaparente:** paciente com sorologia positiva, sem sintomatologia clínica manifesta (essa forma é destituída de importância para a saúde pública);
- **Clássica:** cursa com febre, astenia, adinamia, anorexia, perda de peso e caquexia. A hepatoesplenomegalia é acentuada, intensa palidez de pele e mucosas, consequência de severa anemia. Observa-se queda de cabelos, crescimento e brilho dos cílios e edema de membros inferiores. Os fenômenos hemorrágicos são de grande monta: gengivorragias, epistaxes, equimoses e petéquias. As mulheres apresentam freqüentemente amenorréia;
- **Oligossintomática:** febre baixa ou ausente, a hepatomegalia está presente, esplenomegalia quando detectada é discreta.
- **Aguda:** início abrupto ou insidioso. Na maioria dos casos, a febre é o primeiro sintoma, podendo ser alta e contínua ou intermitente, com remissão de uma ou duas semanas. Observa-se hepatoesplenomegalia, adinamia, perda de peso e hemorragias.
- **Refratária:** na realidade é uma forma evolutiva da LV clássica que não respondeu ao tratamento, ou respondeu parcialmente ao tratamento com antimoniais. É clinicamente mais grave, devido ao prolongamento da doença sem resposta terapêutica.

DIAGNÓSTICO (clínico-epidemiológico e laboratorial):

- Exame sorológico: ELISA e imunofluorescência;
- Parasitológico: realizado em material retirado preferencialmente do baço e da medula óssea;
- Sumário de urina: investigar proteinúria e hematúria discreta;
- Hemograma: pode evidenciar uma pancitopenia: diminuição de hemáceas e leucócitos com linfocitose relativa e plaquetopenia;
- Dosagem de proteínas: há uma forte inversão da relação albumina/globulina.

LEISHMANIOSE VISCERAL / FLUXOGRAMA



VIGILÂNCIA E CONTROLE:

Ações referentes aos casos humanos:

- Diagnóstico precoce e tratamento dos casos humanos;
- Iniciar busca ativa de casos sintomáticos visando à delimitação da real magnitude do evento;
- Verificar se o caso é importado ou autóctone. Caso seja importado, informar a vigilância epidemiológica onde se originou;
- Acompanhar a taxa de letalidade para discussão e melhoria da assistência médica prestada aos pacientes.

Ações referentes ao vetor:

- Levantamento fauna flebotomínica;
- Controle químico do vetor.

Ações referentes ao reservatório canino:

- Recomenda-se eutanásia de animais soro reagentes e/ou parasitológico positivo (MS);
- Controle da população canina errante (MS).

Ações referentes à educação ambiental e em saúde:

- Identificar se a área é endêmica procurar verificar se as medidas de controle estão sendo sistematicamente adotadas;
- Atividades educativas de acordo com o conhecimento dos aspectos culturais, sociais, educacionais, condições econômicas e percepção de saúde de cada comunidade.
- Ações de saneamento ambiental devem ser desenvolvidas com a participação das comunidades atingidas.
- Articular ações intersetoriais para promoção da qualidade de vida.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA - LT

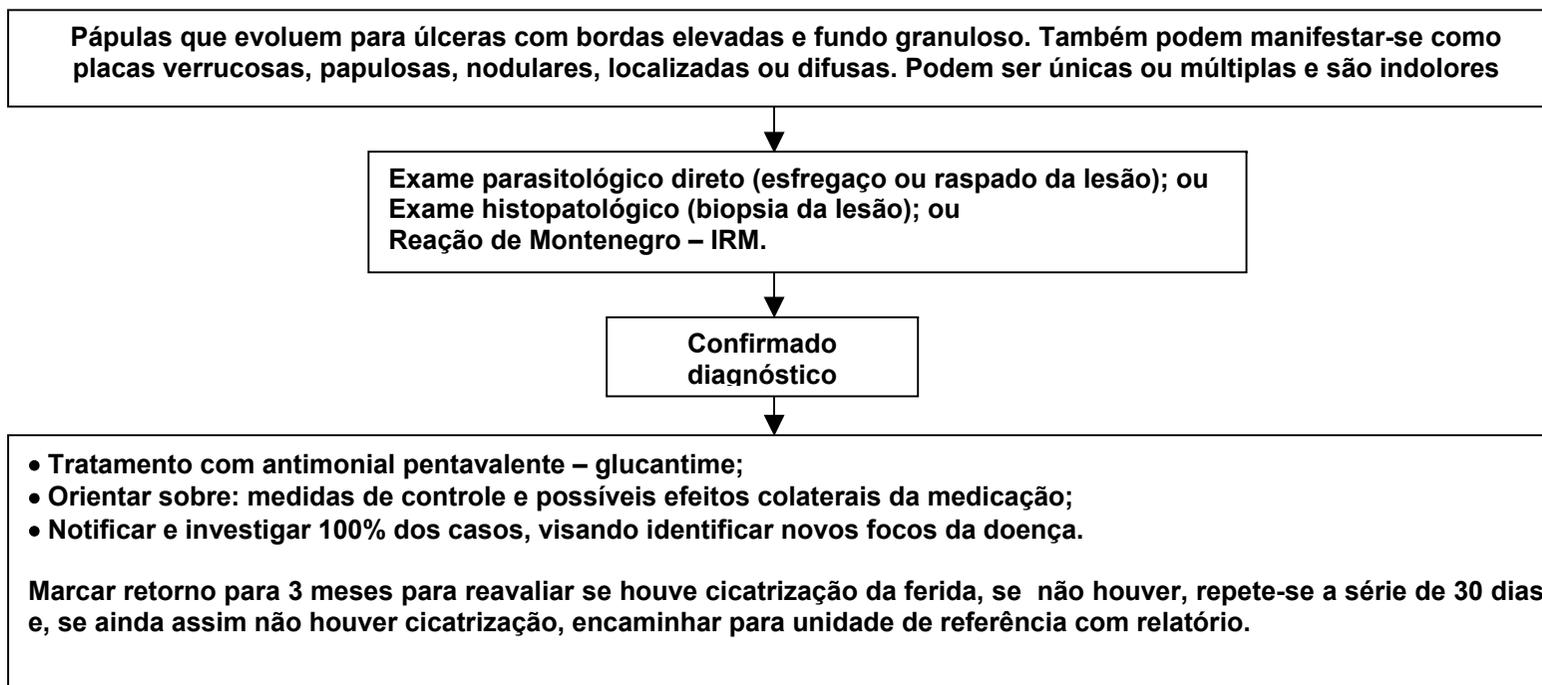
EPIDEMIOLOGIA:

No Brasil tem sido encontrado em todos os estados, constituindo, portanto, uma das afecções dermatológicas que merece maior atenção, devido à magnitude da doença, assim como o risco da ocorrência de deformidades. A LT é também conhecida como “Ferida Brava” e “Úlcera de Baurú”.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA:

- Diagnóstico precoce e tratamento imediato dos casos. Toda pessoa que apresentar ferida de difícil cicatrização deverá procurar a Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da família, para a realização do exame específico e tratamento;
- Realizar investigação epidemiológica em situações específicas visando determinar se a área é endêmica ou se é um novo foco, se o caso é autóctone ou importado;
- Medidas de proteção individual: uso de mosquiteiros simples, telas finas em portas e janelas, evitar frequência na mata, principalmente no horário do crepúsculo, sem uso de roupas adequadas, boné, camisas de manga comprida, calças compridas e botas, além do uso de repelentes;
- Atividades educativas: de acordo com o conhecimento dos aspectos culturais, sociais, educacionais, condições econômicas e percepção de saúde de cada comunidade. Saneamento ambiental.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA – LT / FLUXOGRAMA



DOENÇA DE CHAGAS

EPIDEMIOLOGIA:

A doença de Chagas afeta indistintamente homens e mulheres, mas é sempre mais grave no sexo masculino. Além da morte por alterações cardíacas, que muitas vezes é súbita e precoce (ocorre entre 30 e 50 anos) a doença provoca baixa produtividade, elevada taxa de aposentadoria, absenteísmo e elevados gastos médico-hospitalares.

DEFINIÇÃO DE CASO

FORMA AGUDA

• Caso suspeito:

- Toda pessoa, residente em área, onde se caracterize como provável de estar infestada por triatomíneo, e que apresente sinal de Romaña ou chagoma de inoculação;
- Toda pessoa, residente em área de transmissão ativa da doença, que apresente febre com mais de uma semana de duração;
- Toda pessoa com febre, que tenha sido submetido à transfusão de sangue ou hemoderivados, sem o devido controle de qualidade destes insumos.

• Caso confirmado:

- Todo caso suspeito, em que se encontre o *T. cruzi* em sangue periférico.

FORMAS CRÔNICAS

• Caso suspeito:

Clínica de miocardiopatia ou mega (esôfago ou cólon), preferencialmente de pacientes de área endêmica sem confirmação sorológica.

• Caso confirmado:

- Indeterminada: indivíduo que apresente duas ou mais sorologias positivas, ou xeno diagnóstico positivo, para *T. cruzi*, sem manifestações clínicas.
- Cardíaca: indivíduo que apresente duas ou mais sorologias positivas e/ou xeno diagnóstico positivo para *T. cruzi*, com manifestações clínicas de miocardiopatia chagásica.
- **Digestiva:** Indivíduo com duas ou mais sorologias positivas e/ou xeno diagnóstico positivo para *T. cruzi*, que apresente algum tipo de mega - esôfago ou cólon.
- **Mista:** indivíduo com duas ou mais sorologias positivas e/ou xeno diagnóstico positivo para *T. cruzi*, que apresente algum tipo de mega (esôfago ou cólon), e manifestações de miocardiopatia.
- **Congênita:** recém nascido, filho de mãe chagásica, com hepatoesplenomegalia, parasito no sangue periférico, e/ou reações sorológicas que detectam IgM positivas.

EXAMES LABORATORIAIS:

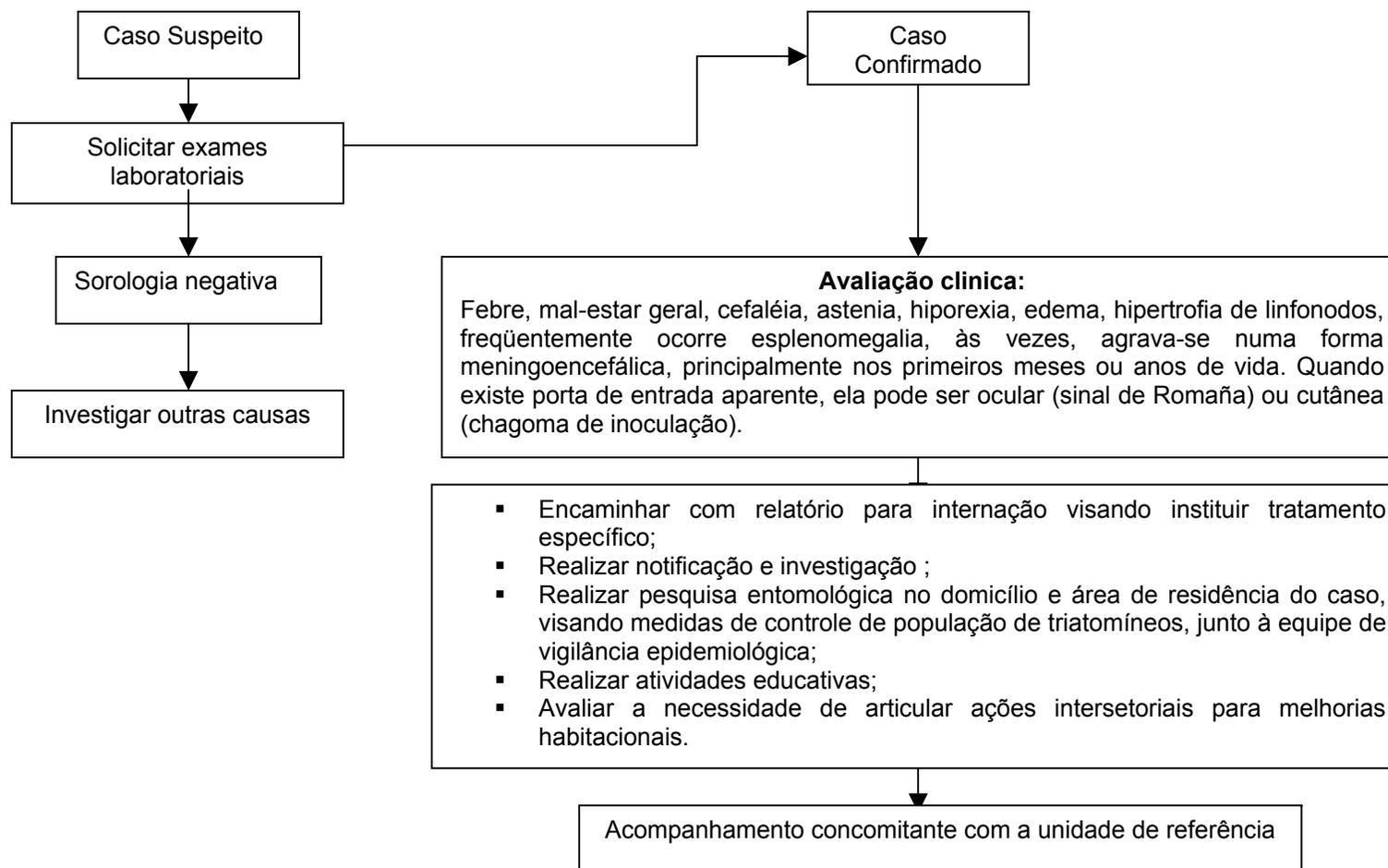
•Parasitológico:

- Exame a fresco;
- Gota espessa;
- Esfregaço corado.

Métodos Imunológicos:

- Hemaglutinação indireta;
- Imunofluorescência;
- ELISA para Chagas

DOENÇA DE CHAGAS – FORMA AGUDA / FLUXOGRAMA



SINAL DE ROMAÑA: edema bupalpebral, que às vezes se expande à face, elástico indolor, de início geralmente brusco, coloração róseo violácea das pálpebras, congestão conjuntival, enfartamento satélites, e com menos freqüência, secreção conjuntival e dacrioadenite.

CHAGOMA DE INOCULAÇÃO: formação cutânea, ligeiramente saliente, arredondada, eritematosa, dura, incolor, quente e circundada por edema elástico, assemelhando-se a um furúnculo que não supura, mas que às vezes pode exulcerar. É acompanhado de linfonodos satélites.

ESCABIOSE / FLUXOGRAMA

Prurido disseminado e que aumenta à noite. As localizações mais características são as regiões palmo-plantar, espaços interdigitais, flancos, região poplíteia (atrás do joelho), pregas axilares, região peri-umbilical, órgãos genitais externos nos homens, nádegas. Às vezes associada as lesões de coçaduras e pequenas crostas.

Presença de lesões versículo papular ou pequenos sucos.

Escabiose?

Orientar:

- Usar benzoato de benzila, à noite, deixar secar, remover pela manhã com banho;
- Trocar e lavar a roupa diariamente, inclusive de cama, expor a roupa lavada ao sol por algumas horas e passar com ferro quente;
- Tratar os familiares infestados, simultaneamente;
- Fazer profilaxia para familiares sadios usando benzoato de benzila, por 3 noites.

Intenso prurido no couro cabeludo, particularmente na região posterior e nas lesões impetiginizadas da região occipital. Presença de lesões dermatológicas como escoriações, crostas, áreas exsudativas, hemorrágicas e purulentas, devido a coçadura.

Lêndeas (ovos) visíveis a olho nu, ovais, branco-leitosa, fixadas ao longo dos cabelos, podendo haver numerosos ovos num mesmo fio; Parasitas adultos – pequenos insetos alongado e achatados, eventualmente observados. Vida média 1 mês. Do ovo ao parasita adulto decorrem 16 dias.

Pediculose?

Orientar:

- Cortar os cabelos bem curtos;
- Uso de parasiticida Benzoato de Benzila, loção. (Friccionar o couro cabeludo, proteger os olhos e manter o remédio por 4 horas, pelo menos, 3 dias seguidos, com lavagem do couro cabeludo. Repetir 7 a 14 dias após. Para remover as lêndeas mortas, embeber o cabelo com vinagre e retirar com pinça ou pente fino, mergulhado no vinagre);
- Investigar outros componentes da família.

TÉTANO ACIDENTAL / NEONATAL

EPIDEMIOLOGIA DO TÉTANO NEONATAL (TNN) E ACIDENTAL (TA)

No Brasil, o coeficiente de incidência de tétano acidental por 100.000 habitantes, na década de 80, foi de 1,8; em 90 foi 1,05; e, em 2000, 0,32, verificando – se uma tendência ao declínio. Ele acomete mais o sexo masculino. A letalidade está acima de 30%, sendo mais representativa nos menores de cinco anos e idosos; é considerada elevada, quando comparada com os países desenvolvidos, onde se apresenta entre 10 a 17%.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a meta de eliminação do tétano neonatal, como problema de Saúde Pública no mundo, quando atingir menos de 1 caso/1000 Nascidos Vivos (NV) por município. O Brasil avançou na proposta de eliminar o tétano neonatal, não apenas como problema de Saúde Pública, mas também na luta pela eliminação total desta doença.

TRANSMISSÃO DO TÉTANO

O tétano não é uma doença contagiosa, não sendo transmitida de um indivíduo para outro. A imunidade do recém-nascido é conferida pela vacinação adequada da mãe, com três doses da vacina dupla adulta (dT). A infecção pelo tétano acidental se dá através de ferimentos superficiais ou profundos, de qualquer natureza, desde que tenham a introdução dos esporos em uma solução de continuidade, associados às condições favoráveis para desenvolver a doença, como tecidos desvitalizados, corpos estranhos, meio anaeróbico e outros.

SITUAÇÕES DE MAIOR VULNERABILIDADE PARA TÉTANO ACIDENTAL/ NEONATAL

- Não vacinados ou vacinação incompleta
- Recém nascidos de mães não imunizadas
- Crianças menores de 5 anos
- Mulheres em idade fértil (não gestante, gestante e puerpério)
- Idosos
- Praticantes de esportes com risco de acidente
- Uso de piercings, tatuagens
- Usuários de drogas
- Ocupações: gari, agricultores, sisaleiros, jardineiros, construção civil, metalúrgicos, pecuaristas, mecânicos, pescadores, profissionais do sexo, entre outros.

PROPOSTAS DE ATUAÇÃO PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA CONTROLE DO TÉTANO ACIDENTAL E ELIMINAÇÃO DO TÉTANO NEONATAL

- Conhecer a classificação do município quanto a risco para tétano neonatal (risco, alto risco, silencioso);
- Avaliar periodicamente os dados sobre casos de tétano e cobertura vacinal na área de abrangência da unidade;
- Identificar o perfil da comunidade quanto a situações de maior vulnerabilidade para tétano;
- Identificar, cadastrar e treinar parteiras da área;
- Realizar atividades educativas sobre o tétano com a comunidade na unidade (sala de espera, consulta), nas visitas domiciliares, nos grupos comunitários, em escolas, locais de trabalho, instituições religiosas, representações de trabalhadores, entre outros;
- Vacinar todos os indivíduos, com atenção para aqueles em situação de maior vulnerabilidade;
- Verificar cartão vacinal dos indivíduos, com atenção para aqueles em situação de maior vulnerabilidade;
- Implantar e preencher o cartão vacinal espelho;
- Acompanhar os primeiros quinze dias dos RN através de visita domiciliar e consulta na unidade;
- Identificar e notificar os casos de óbitos de menores de 28 dias;
- Notificar e investigar os casos suspeitos ou confirmados de tétano acidental ou neonatal;
- Identificar necessidade de profilaxia para tétano na ocorrência de ferimento de qualquer natureza e vacinar ou administrar imunoglobulina conforme o caso (ver conduta em fluxo);
- Reconhecimento de situações de maior vulnerabilidade;
- Prestar os primeiros atendimentos em casos suspeitos de tétano e transferir para unidade hospitalar com relatório.

TÉTANO ACIDENTAL E NEONATAL / FLUXOGRAMA

Dificuldade para abrir a boca (trismo) ou deambular, disfagia, rigidez da nuca e paravertebral com hiperextensão (opistótomo), hipertonia da musculatura da face (riso sardônico), contraturas localizadas paroxísticas, abdomen em tábua, insuficiência respiratória (hipertonia do diafragma), abalos tônico-clônicos. No lactente, observar choro intenso e dificuldade para mamar.

- Solução de continuidade na pele; ferimento em geral do tipo perfurante, queimaduras, mordeduras de animais, fraturas expostas
- Aborto infectado; coto umbilical infectado
- Uso de perfuro cortantes não esterilizados
- Ausência de imunoproteção ativa (vacina)
- Gestação sem imunoprevenção para tétano
- Outras situações ampliadoras da vulnerabilidade para o tétano.

TÉTANO ACIDENTAL /
NEONATAL ?

- Manter vias aéreas permeáveis
- Proteger o paciente no leito
- Evitar estímulos – visuais (luminosos), auditivos, táteis
- Acesso venoso
- Verificar sinais vitais
- Administrar benzodiazepínico EV lento (sedação e miorelaxante)

- Notificação e investigação
- Intensificação vacinal no território (em população susceptível, principalmente gestantes)
- Realizar atividades de comunicação e educação na comunidade

Transferir para unidade hospitalar com relatório sugerindo administração de antibióticos, manutenção da sedação e miorelaxante, Soro antitetânico (SAT) ou imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT) e iniciar ou complementar esquema vacinal.
Obs: realizar lavagem e/ou desbridamento apenas após o uso do SAT

DENGUE

EPIDEMIOLOGIA

A dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que entre 50 a 100 milhões de pessoas se infectem anualmente, em mais de 100 países, de todos os continentes, exceto a Europa. Cerca de 550 mil doentes necessitam de hospitalização e 20 mil morrem em consequência da dengue. No Brasil, as condições socioambientais favoráveis à expansão do *Aedes aegypti* possibilitaram a dispersão do vetor desde sua reintrodução em 1976 e o avanço da doença. Essa reintrodução não conseguiu ser controlada com os métodos tradicionalmente empregados no combate às doenças transmitidas por vetores em nosso País e no Continente Americano. Programas essencialmente centrados no combate químico, com baixíssima ou mesmo nenhuma participação da comunidade, sem integração intersetorial e com pequena utilização do instrumental epidemiológico mostraram-se incapazes de conter um vetor com altíssima capacidade de adaptação ao novo ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos problemas dela decorrentes. Nos primeiros seis meses de 2005, 84.535 pessoas tiveram dengue, enquanto que, em 2003, as notificações chegaram a 299.764.

CONCEITO:

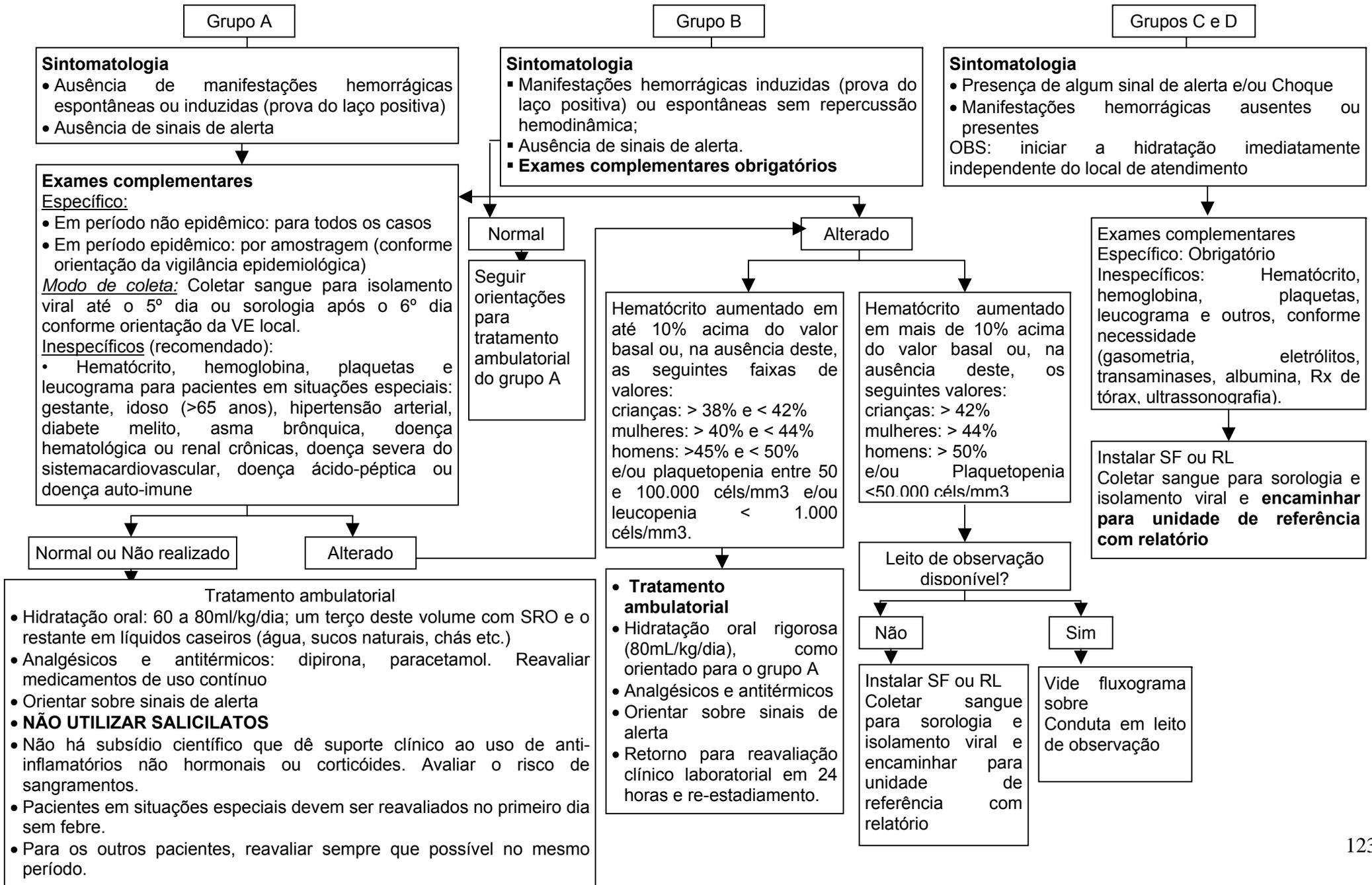
A dengue é uma doença febril aguda, de etiologia viral e de evolução benigna na forma clássica. É hoje a mais importante arbovirose que afeta o homem e constitui sério problema de saúde pública no mundo, principalmente na maioria dos países tropicais, onde o clima e os hábitos urbanos criam as condições que favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes aegypti*, o mosquito vetor.

DEFINIÇÕES DE CASO DE DENGUE:

- Caso suspeito de Dengue Clássica: paciente com doença febril aguda, com duração máxima de até 7 dias, acompanhada de pelo menos 2 dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema associada a história epidemiológica compatível (deve residir ou ter estado nos últimos 15 dias em área onde esteja ocorrendo transmissão de Dengue ou exista a presença do vetor).
- Caso suspeito de Febre Hemorrágica da Dengue: é todo caso suspeito de Dengue Clássica, que apresente também manifestações hemorrágicas, variando desde prova do laço positiva até fenômenos mais graves como metrorragia, hematêmese, melena, entre outros.

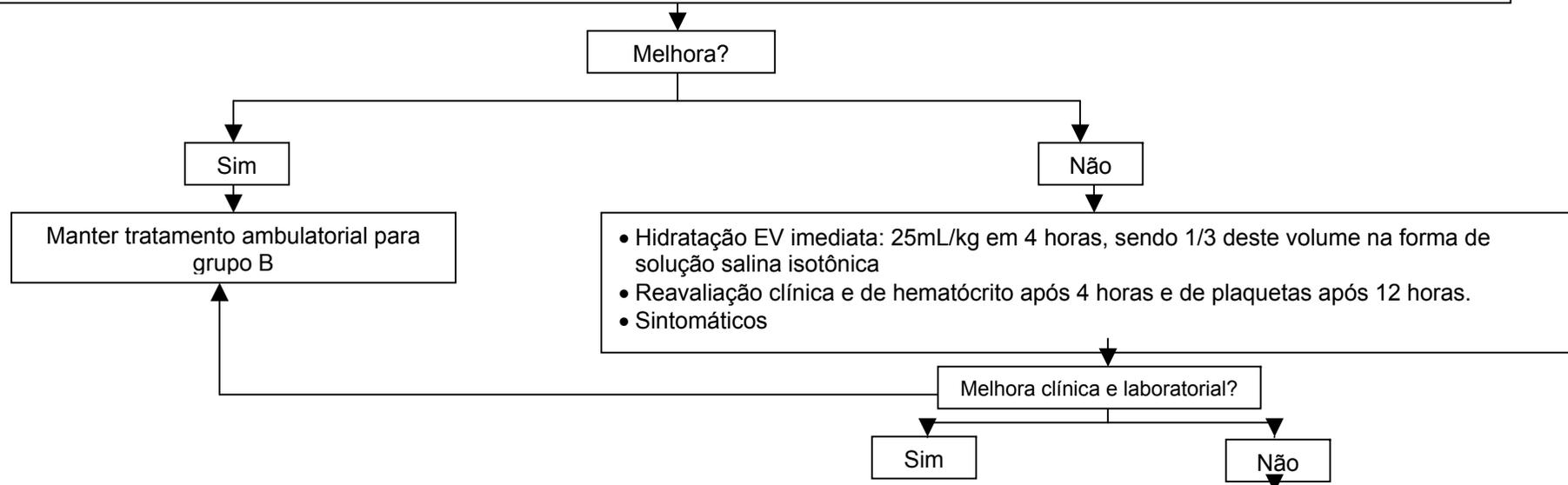
TODO CASO SUSPEITO (COM HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE DENGUE) DEVE SER NOTIFICADO À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

DENGUE / FLUXOGRAMA



CONDUTA EM CASO SUSPEITO DE DENGUE ATENDIDO EM UNIDADE DE SAÚDE COM LEITO DE OBSERVAÇÃO DISPONÍVEL

Hidratação oral supervisionada ou parenteral: 80mL/kg/dia, sendo 1/3 do volume infundido nas primeiras 4 a 6 horas e na forma de solução salina isotônica
Reavaliação clínica e de hematócrito após a etapa de hidratação.



Sinais de alerta

- Suspensão da febre associado a piora clínica.
- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Hipotensão postural
- Hipotensão arterial
- Pressão diferencial < 20mmHg (PA convergente)
- Hepatomegalia dolorosa
- Hemorragias importantes
- Extremidades frias, cianose
- Pulso rápido e fino
- Agitação ou letargia
- Diminuição da diurese
- Aumento repentino do hematócrito
- Sinais de derrames cavitários (pleural e/ou abdominal)

Manter SF ou RL

Coletar sangue para sorologia e isolamento viral e encaminhar para unidade de referência com relatório

Prova do laço

Medir a pressão arterial do usuário, seguindo as recomendações técnicas
Voltar a insuflar o manguito até o ponto médio entre a pressão máxima e a mínima (Ex: PA de 120 por 80, insuflar até 100). O aperto do manguito não pode fazer desaparecer o pulso.
Aguardar por três a cinco minutos com manguito insuflado
Orientar o usuário sobre o pequeno desconforto sobre o braço
Após soltar o ar do manguito e retirá-lo do braço do paciente
Procurar por petéquias na área onde estava o manguito e abaixo da prega do cotovelo
Escolher o local de maior concentração e marcar um círculo (a caneta), com diâmetro de 1,78 cm, isto é, em pouco menor que uma moeda de um centavo.
Contar nessa área o número de petéquias
Prova do laço positiva: se contar 20 ou mais petéquias.

A DENGUE É UMA DOENÇA DINÂMICA, O QUE PERMITE QUE O PACIENTE POSSA EVOLUIR DE UM ESTÁGIO AO OUTRO, DURANTE O CURSO DA DOENÇA

DENGUE / CONTINUAÇÃO

MEDIDAS DE CONTROLE – AÇÕES INTEGRADAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL:

- Promover mudança de hábito na comunidade que contribuam para manter o ambiente doméstico livre do vetor;
- Certificar que tenha sido realizada a notificação;
- Informar os moradores sobre a doença, sintomas, riscos e agente transmissor;
- Vistoria do domicílio para identificação de focos;
- Realizar atividades educativas e de mobilização com a comunidade;
- Comunicar à Vigilância Epidemiológica a existência de focos que dependam de tratamento químico ou outras intervenções;
- Atentar para a acessibilidade da população para diagnóstico precoce;
- Divulgar através de meios de comunicação social mecanismos de controle de riscos e agravos;
- Escorrer a água e colocar areia até a borda dos pratos de vasos de plantas ou de xaxim;
- Fechar bem os sacos plásticos de lixo e manter a lixeira tampada;
- Colocar embalagens, copos ou objetos que possam acumular água em saco plástico;
- Lavar com bucha e sabão em água corrente, pelo menos uma vez por semana, os vasilhames para água de animais;
- Deixar as tampas sempre fechadas dos vasos sanitários. Em banheiros pouco usados, dar descarga uma vez por semana;
- Providenciar o concerto imediato de ralos de cozinha e banheiro caso haja entupimento;
- Retirar sempre a água e lavar a bandeja externa da geladeira com água e sabão;
- Lavar bem os suportes de água mineral toda vez que houver troca dos garrafões;
- Manter sempre limpos os lagos, cascatas e espelhos d'água decorativos. Crie peixes, pois eles se alimentam de larvas;
- Lavar os tonéis e depósitos de água com bucha e sabão e tampá-los com telas aqueles que não tenham tampa própria;
- Evitar acumular entulhos e lixo. São focos de dengue;
- Tratar água de piscina com cloro, limpar uma vez por semana. Caso não for usá-la, cubra bem, se vazia, coloque 1 Kg de sal no ponto mais raso;
- Verificar se as calhas de água da chuva estão entupidas e remover materiais que possam impedir o escoamento da água;
- Retirar a água acumulada das lajes e se houver buracos, tampá-los com cimento;
- Colocar areia em todos os cacos de vidro dos muros que possam acumular água;
- Entregar aos serviços de limpeza urbana os pneus velhos. Caso realmente precise mantê-los, guarde-os em local coberto;
- Guardar as garrafas de vidro ou pet, baldes e vasos de plantas vazios e com a boca para baixo.

HEPATITES VIRAIS

EPIDEMIOLOGIA:

A distribuição das hepatites virais é mundial, mas a magnitude dos diferentes tipos varia de região para região. A **hepatite A** possui uma característica de incidência que acompanha o grau de desenvolvimento da região. Regiões com boa qualidade de saneamento apresentam taxa de incidência inferiores a 20 casos por 100.000 habitantes e ocorrência predominante entre adultos jovens. O Brasil possui incidência superior a 130 casos por 100.000 habitantes, e estimativa de que mais de 90% da população maior de 20 anos tenha tido exposição ao vírus da hepatite A.

A hepatite B, no Brasil, apresenta os três padrões de endemicidade, de acordo com estimativas de prevalência de portadores assintomáticos. O primeiro padrão, definido como de alta endemicidade, com prevalência superior a 7%, presente na região Amazônica, Espírito Santo e oeste de Santa Catarina; um segundo padrão, de média endemicidade, com prevalência entre 2 a 7%, nas regiões nordeste e centro-oeste do Brasil; e um terceiro padrão, de baixa endemicidade, com prevalência abaixo de 2%, nas regiões sul e sudeste.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a hepatite C no Brasil apresenta uma prevalência na faixa de 2,6%. Entretanto, esta estimativa não vem sendo confirmada em estudos populacionais realizados em capitais como São Paulo, com prevalência de 1,4% e Salvador, com prevalência de 1,5%.

CARACTERÍSTICAS DAS HEPATITES VIRAIS

| TIPO DE VÍRUS | A | B | C | D | E |
|-------------------------------|--|--|---|---|--------------|
| Ácido nucléico/genoma | RNA | DNA | RNA | RNA | RNA |
| Período de incubação (dias) | 15-45 | 30-180 | 15-150 | 30-50 | 28-48 |
| Apresentação clínica crônica | Não há | Adultos 5-10% Neonatos 90% | Em 85% | Em 5 – 80% | Não há |
| Transmissão | Fecal-oral | Parenteral, sexual e percutânea transversal | Parenteral, sexual e percutânea transversal | Parenteral, sexual e percutânea transversal | Fecal-oral |
| Período de transmissibilidade | 15 dias antes dos sintomas até 7 dias após a icterícia | Semana antes dos sintomas até o desaparecimento/persistência do antígeno | Semana antes do início – duração indefinida | Pouco antes do início dos sintomas – duração indefinida | Desconhecida |

HEPATITES VIRAIS / CONTINUAÇÃO

DEFINIÇÃO DE CASO

Caso suspeito:

Todo indivíduo que apresenta:

- Icterícia aguda e colúria;
- Icterícia aguda, colúria, e elevação da dosagem de aminotransferases (transaminases) no soro, igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas, segundo método utilizado;
- Elevação da dosagem de aminotransferase (transaminases) no soro, igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas, segundo método utilizado;
- História de exposição percutânea ou mucosa a sangue e/ou secreções, ou com contato sexual ou domiciliar com indivíduo sabidamente HbsAg reagente e/ou anti-HBc reagente;
- História de exposição percutânea a sangue de indivíduo sabidamente anti-HCV reator;
- Exames sorológicos reagentes para hepatites virais em serviços que realizam triagem sorológica (doadores de sangue e/ou órgãos, usuários de hemodiálise e casos de doença sexualmente transmissível);
- História de contato de paciente com hepatite viral aguda confirmada.

Caso confirmado:

HEPATITE A AGUDA

Indivíduo que preenche as condições de caso suspeito, do qual detecta-se no soro o anticorpo da classe IgM contra o vírus A (anti HAV – IgM);

Indivíduo que preenche as condições de caso suspeito e que se identifique vínculo epidemiológico com caso confirmado de hepatite A.

HEPATITE B AGUDA

Indivíduo que preenche as condições de caso suspeito, do qual detecta-se:

- antígeno de superfície contra o vírus da hepatite B (HbsAg), e/ou
- anticorpo IgM contra o vírus B (Anti-HBc IgM) no soro.

Óbito em que se detecte antígenos ou DNA do vírus B em tecido.

HEPATITE B CRÔNICA

Repetir exames após 6 meses.

HEPATITE C

Indivíduo que preenche as condições de caso suspeito do qual detecta-se RNA do HCV no soro por métodos de biologia molecular; nos locais onde não for possível à realização desse teste, poderá ser confirmado como caso o indivíduo que tiver anti-HCV positivo por ELISA, em duas amostras diferentes e aminotransferases (ALT) uma vez e meia maior que o limite máximo normal;

Repetir exames após 6 meses.

Óbito em que se detecte antígeno ou RNA do vírus C em tecido, quando não for possível a coleta de soro.

EXAMES INESPECÍFICOS

- Aminotransferase (transaminases) – AST/TGO e ALT/TGP;
- Bilirrubinas;
- Atividade de protrombina;
- Hemograma.

PROVAS ESPECÍFICAS

- Anti- HAV IgM;
- Anti-HBc IgM e IgG (Anti-HBc total);
- HbsAg;
- Anti HCV

HEPATITES VIRAIS / CONTINUAÇÃO

CRITÉRIOS PARA A UTILIZAÇÃO DA VACINA CONTRA HEPATITE B:

- Pessoas de 0 – 19 anos;
- Todos grupos abaixo:
 - Profissionais de saúde;
 - Profissionais do sexo;
 - Usuários de drogas;
 - Homens que fazem sexo com homens;
 - Pessoas que residem ou trabalham em reclusão - presídios, instituições de menores, forças armadas;
 - Pessoas que convivem e parceiros sexuais de portadores do vírus da hepatite B;
 - Infectados pelo HIV;
 - Pessoas que realizam hemodiálise;
 - Vítimas de abuso sexual;
 - Pessoas que necessitam de transfusão sanguíneas freqüentes – talassêmicos, anemia falsiforme e neoplasias;
 - Portadores do Vírus da Hepatite C;
 - Populações indígenas.

HEPATITES VIRAIS / FLUXOGRAMA

Fase prodômica: sintomas inespecíficos de anorexia, astenia, mal-estar, náuseas e vômitos, alterações do olfato e paladar, artralgia, mialgias, cefaléia e febre baixa.

Fase icterica: inicia-se após 5 a 10 dias da fase prodômica, caracterizando-se pela redução na intensidade dos sintomas e a ocorrência de icterícia. Colúria precede esta fase por 2 ou 3 dias.

Fase de convalescença: a sintomatologia desaparece gradativamente, geralmente em 2 a 12 semanas.

HEPATITE?

Avaliação clínica e solicitação dos exames laboratoriais específicos e inespecíficos

O tratamento das hepatites virais consiste basicamente em repouso no leito na fase inicial de aparecimento dos sintomas, uso de sintomáticos. É dispensável o repouso absoluto, com retorno gradual das atividades à medida que a doença regride. A dieta deve ser saudável e balanceada, contendo proteínas, açúcares e gorduras em quantidades adequadas. O álcool deve ser totalmente suprimido. Os sucos de frutas podem ser usados livremente, dentro da tolerância individual. O uso moderado de café e dos chás tradicionais pode ser continuado. As pessoas com hepatite que evoluíram com a cronificação deverão ser encaminhados com relatório para Unidade de Referência.

MEDIDAS DE CONTROLE

Hepatite A:

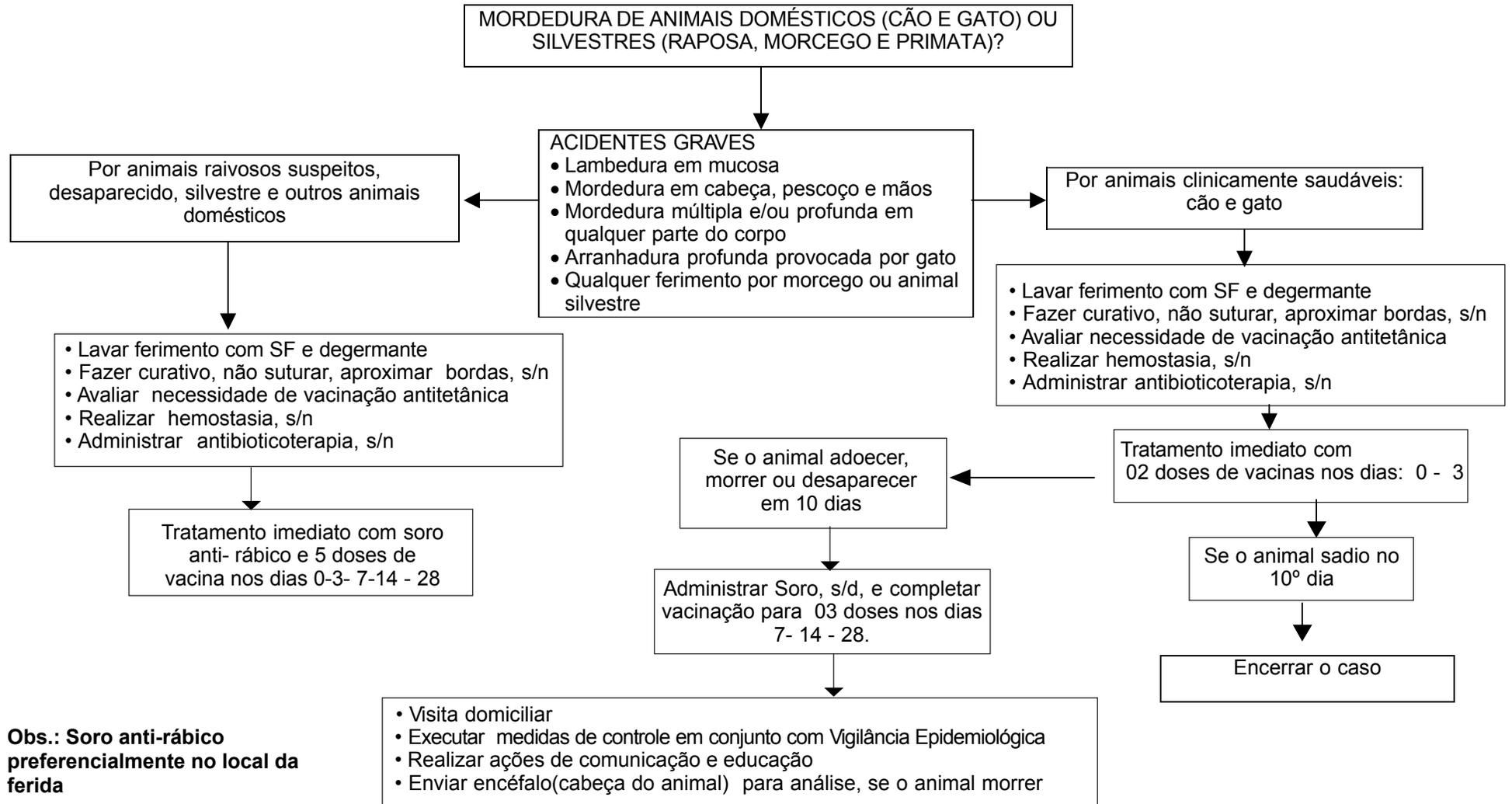
- Ações de saneamento básico;
- Vacina contra o vírus A (em caso de surto em creches e escolares < 5 anos);
- Portadores devem fazer acompanhamento clínico regular.

Hepatite B

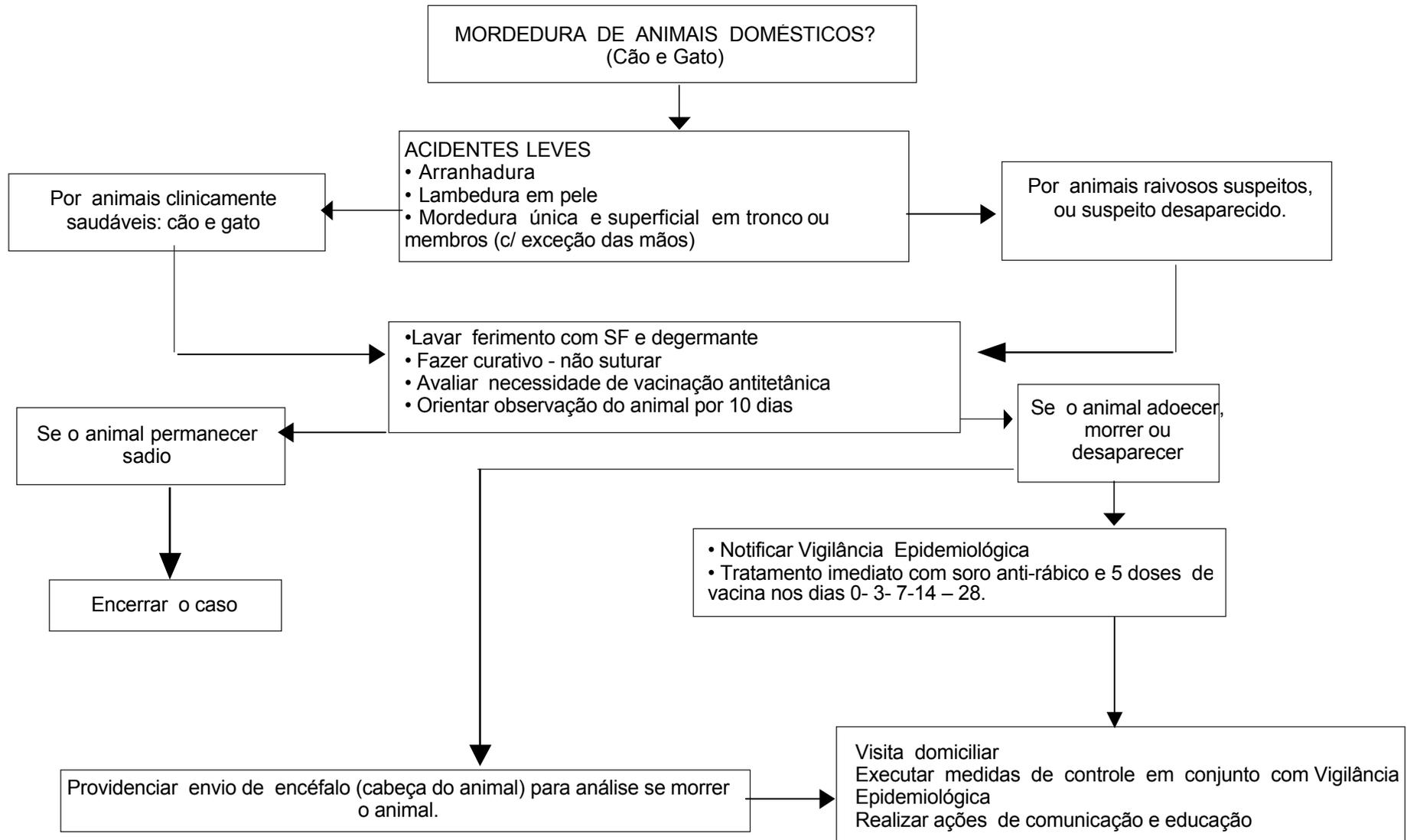
- Medidas de biossegurança – profissionais da área de saúde;
- Portadores devem fazer acompanhamento clínico regular;
- Usuários de drogas intravenosas devem ser encaminhados ao serviço especializado;
- Filhos de mães HbsAg positivo devem receber a 1ª dose de vacina contra o vírus da hepatite tipo B imediatamente após o nascimento e deve ser dada também a HBig (imunoglobulina) nas primeiras 12 horas.
- Pacientes com manifestações clínicas de hepatite viral aguda devem fazer acompanhamento, usar preservativo e encaminhar seus contactantes para vacinação quando confirmada a condição de caso de hepatite B
- Vacina contra o vírus B - veja critérios para utilização;
- Imunoglobulina humana anti-hepatite B para pessoas não vacinadas após exposição ao vírus B nas seguintes situações: recém – nascidos, cuja mãe tem sorologia positiva para HbsAg, acidente com ferimento percutâneo contaminados, contato sexual com pessoas que tem sorologia positiva e vítima de abuso sexual.

É IMPRESCINDÍVEL A NOTIFICAÇÃO NO SINAN E INVESTIGAÇÃO DOS CASOS E MEDIDAS ADEQUADAS DE CONTROLE.

RAIVA / FLUXOGRAMA



RAIVA / FLUXOGRAMA - CONTINUAÇÃO

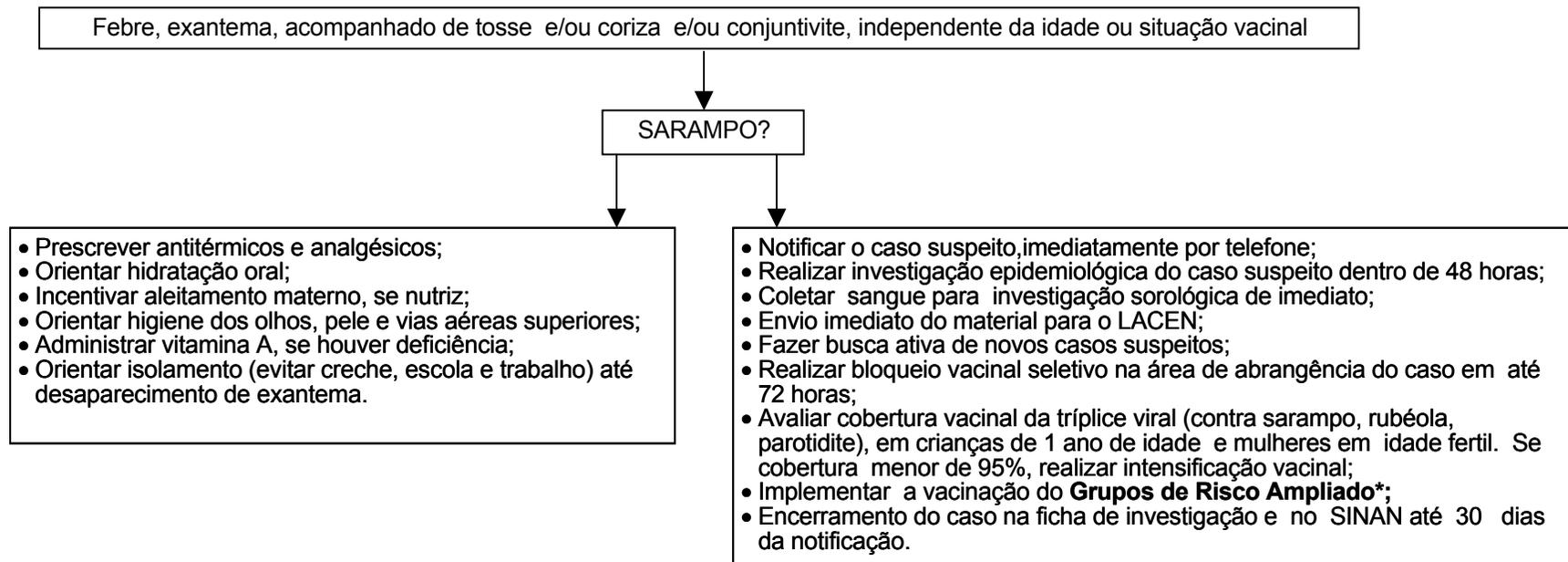


SARAMPO

EPIDEMIOLOGIA:

No Brasil, o sarampo é doença de notificação compulsória desde 1968. Até 1991, o país enfrentou cerca de nove epidemias, sendo uma a cada dois anos, em média. O país completa cinco anos sem caso autóctone de sarampo. No entanto, dois casos importados de sarampo foram confirmados, sendo um em 2001 e outro em 2002. Esses ocorreram no estado de São Paulo, importados do Japão. No ano de 2003, foram confirmados dois casos de sarampo em Santa Catarina, importados da Europa. Em 2005 foram confirmados seis casos de sarampo importado das Ilhas Maldivas, sendo que quatro deles ocorreram em Santa Catarina e dois em São Paulo. Devido a agilidade na adoção das medidas de controle não houve a introdução do vírus do sarampo no país.

SARAMPO / FLUXOGRAMA



* Grupos de Risco Ampliado:

| | |
|---|------------------------------------|
| • Professores e alunos; | • Profissionais e alunos de saúde; |
| • Profissionais do sexo; | • Comerciantes, ambulantes; |
| • Profissionais da área turística; | • Pessoas institucionalizadas; |
| • Motoristas (taxistas, caminhoneiros, alternativos, ônibus). | |

TUBERCULOSE

EPIDEMIOLOGIA:

A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil. Estima-se que ocorram 129.000 casos por ano, dos quais são notificados cerca de 90.000. A taxa de incidência foi de 47/100.000 habitantes em 2001. Em 1998, o coeficiente de mortalidade foi de 3,5 por 100.000 habitantes. Esses números não representam a realidade do País, pois parte dos doentes não são diagnosticados nem registrados oficialmente. A meta é diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. A expansão das ações de controle para 100% dos municípios complementa o conjunto de metas a serem alcançadas. Essa expansão se dará no âmbito da atenção básica, na qual os gestores municipais, juntamente com o gestor estadual deverão agir de forma planejada e articulada para garantir a implantação das ações de controle da tuberculose.

ATRIBUIÇÕES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE:

- Identificar sintomáticos respiratórios. **Estima-se que 1% da população seja sintomática.**
- Aplicar a BCG;
- Encaminhar material para pesquisa direta de bacilos para laboratório;
- Realizar teste tuberculínico nos contactantes não vacinados e solicitar sorologia anti-HIV quando necessário;
- Acompanhar e tratar os casos confirmados na UBS;
- Assegurar acessibilidade aos esquemas terapêuticos padronizados para os doentes inscritos no programa de tuberculose;
- Manter o livro de Controle de Tratamento de Casos de Tuberculose atualizado quanto ao acompanhamento, baciloscopias de controle e motivos de alta.
- Realizar trimestralmente estudo de coorte para avaliação do resultado de tratamento dos casos;
- Dispor da programação anual para o Programa de controle da Tuberculose, juntamente com a Vigilância Epidemiológica do município, estabelecendo metas a serem atingidas;
- Fazer visita domiciliar nos faltosos e pacientes com tratamento supervisionado;
- Realizar atividades junto a comunidade disponibilizando informações sobre o agravo e serviços prestados;
- Notificar o caso através da ficha do SINAN encaminhar para Secretaria Municipal de Saúde.

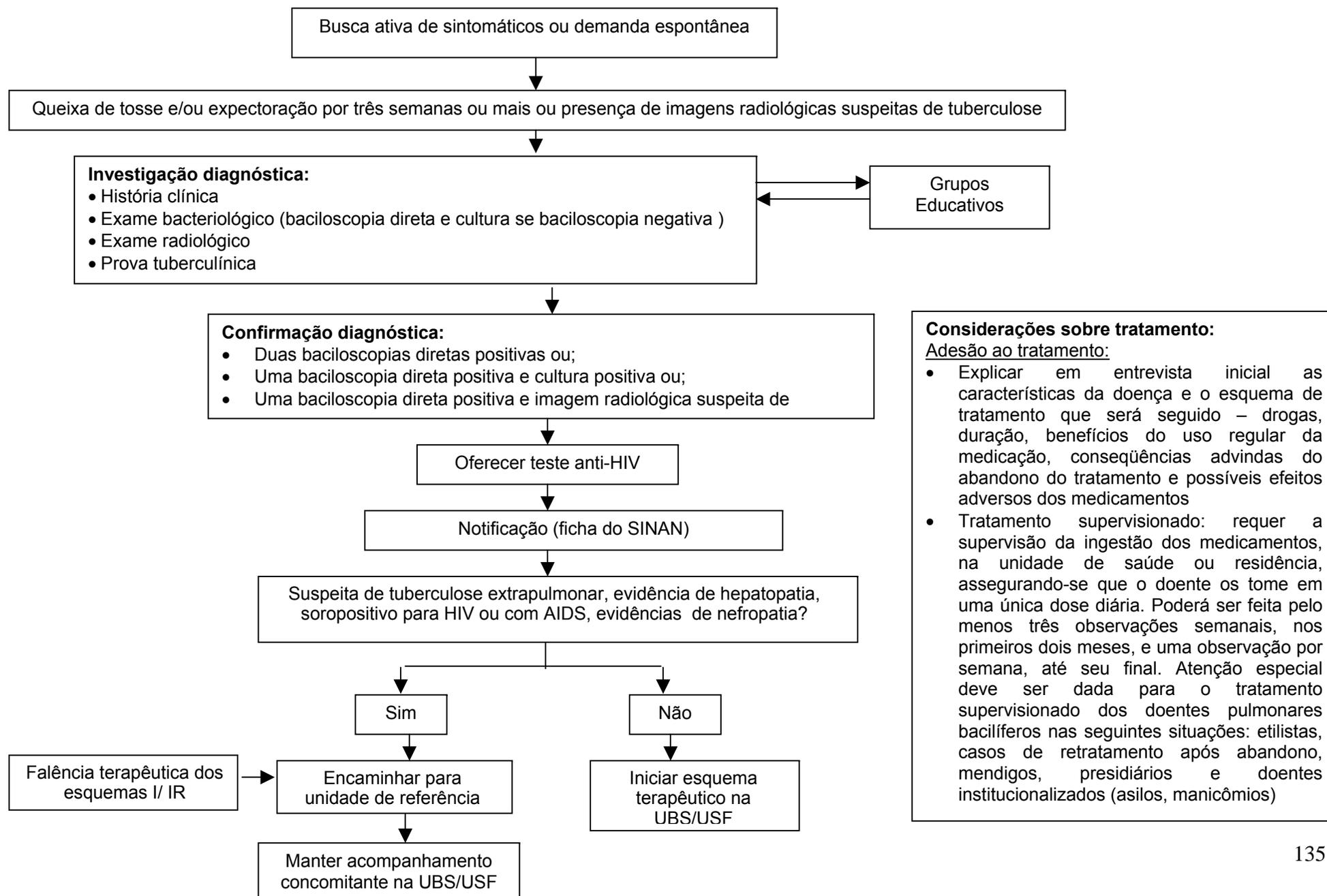
DEFINIÇÃO DE CASO:

Todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de outros exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose.

AÇÕES PARA BUSCA DE CASOS:

- Busca de sintomáticos respiratórios: Identificar as pessoas com queixa de tosse e expectoração por três semanas ou mais;
- Contatos de casos de tuberculose: toda pessoa, parente ou não, que coabita com um doente de tuberculose;
- Atenção especial às populações de maior risco de adoecimento, como os residentes em comunidades fechadas (creches, asilos, orfanatos, abrigos, presídios, manicômios), etilistas, usuários de drogas, imunodeprimidos por uso de medicamentos ou doenças imunossupressoras (aids, diabetes) e ainda trabalhadores que mantêm contato próximo com doente com tuberculose pulmonar bacilífera.
- A procura deve ser feita também entre os casos suspeitos radiológicos (pacientes com imagens suspeitas de tuberculose que chegam ao serviço de saúde).

TUBERCULOSE / FLUXOGRAMA

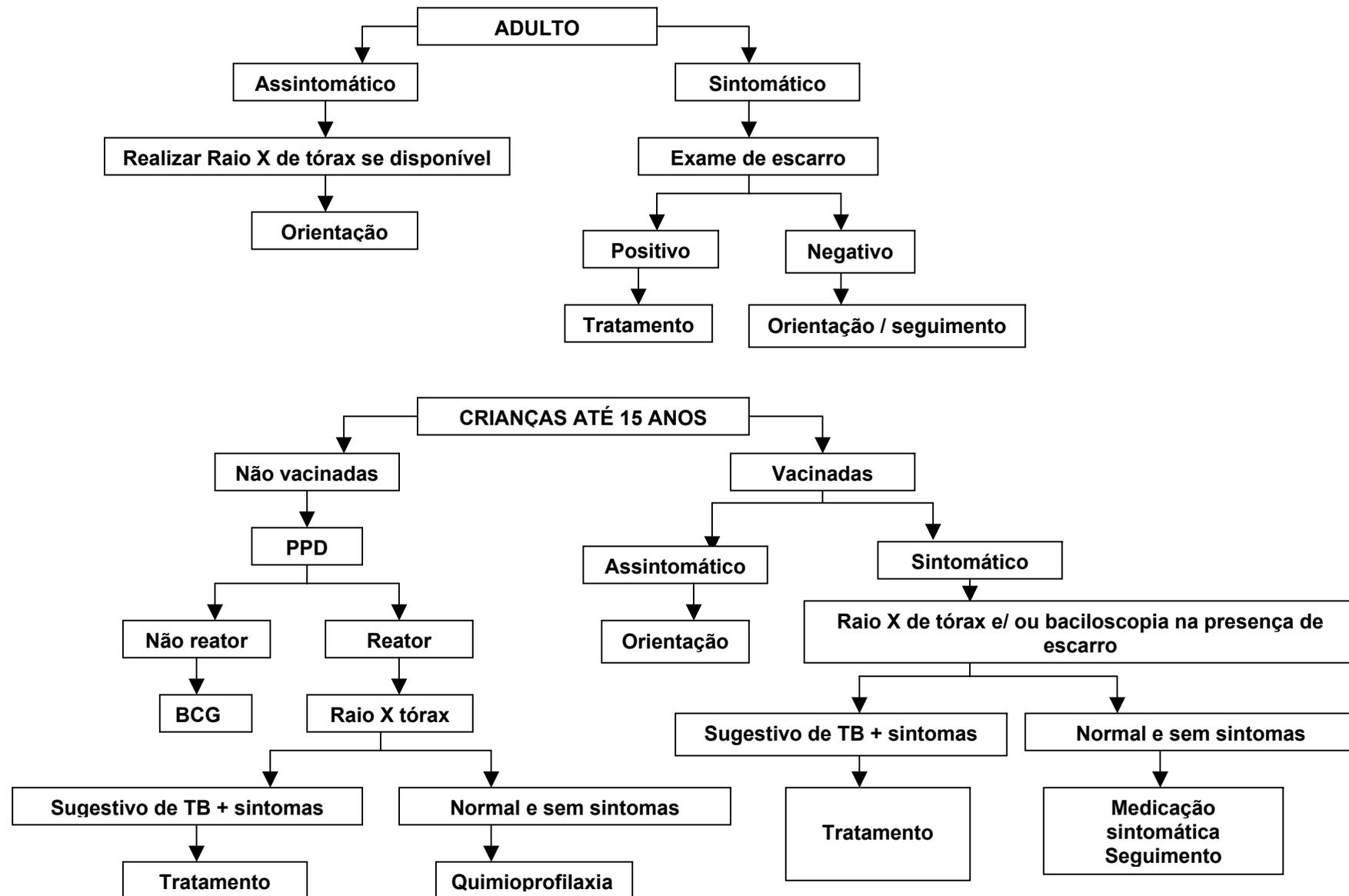


TUBERCULOSE / CONTINUAÇÃO

CRIANÇA COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE:

- As manifestações clínicas são variáveis. São mais comuns febre persistente por mais de 15 dias e freqüentemente vespertina, irritabilidade, tosse, perda de peso, sudorese noturna, às vezes profusa.
- A suspeita de tuberculose é feita em casos de pneumonia de evolução lenta, sem melhora com os antibióticos usuais. Suspeitar também em caso de linfadenopatia cervical ou axilar, após excluir adenite infecciosa aguda. Na presença de reação forte ao PPD, está indicado o tratamento.
- Os achados radiográficos mais sugestivos de tuberculose nessa faixa etária são: adenomegalias hilares e/ou paratraqueais; pneumonias com qualquer aspecto radiológico de evolução lenta, às vezes associada a adenomegalias mediastínicas, ou que cavitam durante a evolução e apresentação de infiltrado nodular difuso (padrão miliar).
- Deve-se sempre investigar se houve contato prolongado com adulto doente de tuberculose pulmonar bacilífera ou com história de tosse por três semanas ou mais;
- Os casos suspeitos de tuberculose em crianças e adolescentes devem ser encaminhados para unidade de referência para investigação e confirmação diagnóstica.
- Após definição e estabelecimento do tratamento, a criança deverá voltar para acompanhamento na UBS ou USF.

AVALIAÇÃO DOS CONTATOS DOMICILIARES DE CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR COM BACILOSCOPIA POSITIVA/FLUXOGRAMA



TUBERCULOSE / CONTINUAÇÃO

QUIMIOPROFILAXIA DA TUBERCULOSE

Dose: A quimioprofilaxia deve ser administrada a pessoas infectadas pelo M. tuberculosis, com a isoniazida na dosagem de 10 mg/kg de peso, com total máximo de 300 mg diariamente, durante seis meses.

Indicações:

- Recém-nascidos coabitantes de foco tuberculoso ativo. A isoniazida é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica. Se a criança for reatora, a quimioprofilaxia deve ser mantida por mais três meses; senão interrompe-se o uso da isoniazida e vacina-se com BCG.
- Crianças menores de 15 anos, não vacinadas com BCG, que tiveram contato com um caso de tuberculose bacilífera, sem sinais compatíveis de tuberculose doença, reatores à tuberculina de 10 mm ou mais (em caso de contágio recente, a prova tuberculínica pode estar negativa. Deve-se portanto, nesse caso, repetir a prova tuberculínica entre 40 a 60 dias. Se a resposta for positiva, indica-se a profilaxia; se negativo, vacina-se com BCG).
- Indivíduos com viragem tuberculínica recente (até 12 meses), isto é, que tiveram um aumento na resposta tuberculínica de, no mínimo, 10mm.
- População indígena. Neste grupo, a quimioprofilaxia está indicada em todo o contato de tuberculose bacilífero, reator forte ao PPD, independente da idade e do estado vacinal, após avaliação clínica e afastada a possibilidade de tuberculose-doença, através de baciloscopia e do exame radiológico.
- Imunodeprimidos por uso de drogas ou por doenças imunodepressoras e contatos intradomiciliares de tuberculosos, sob criteriosa decisão médica. Reatores fortes à tuberculina, sem sinais de tuberculose ativa, mas com condições clínicas associadas a alto risco de desenvolvê-la, como: alcoolismo, diabetes insulínica, silicose, nefropatias graves, sarcoidose, linfomas, pacientes com uso prolongado de corticosteróides em dose de imunodepressão, pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica, tratamento com imunodepressores, portadores de imagens radiográficas compatíveis com tuberculose inativa, sem história de quimioterapia prévia.

Observação: Estes casos deverão ser encaminhados a uma unidade de referência para tuberculose. Co-infectados HIV e M. tuberculosis CE este grupo deve ser submetido a prova tuberculínica, sendo de 5 mm em vez de 10 mm, o limite da reação ao PPD, para considerar-se uma pessoa infectada pelo M. tuberculosis.

CRITÉRIOS PARA ENCERRAMENTO DO TRATAMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE

Alta por cura: Pulmonares inicialmente positivos - a alta por cura será dada se, durante o tratamento, o paciente apresentar duas baciloscopias negativas: uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento(cura).

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

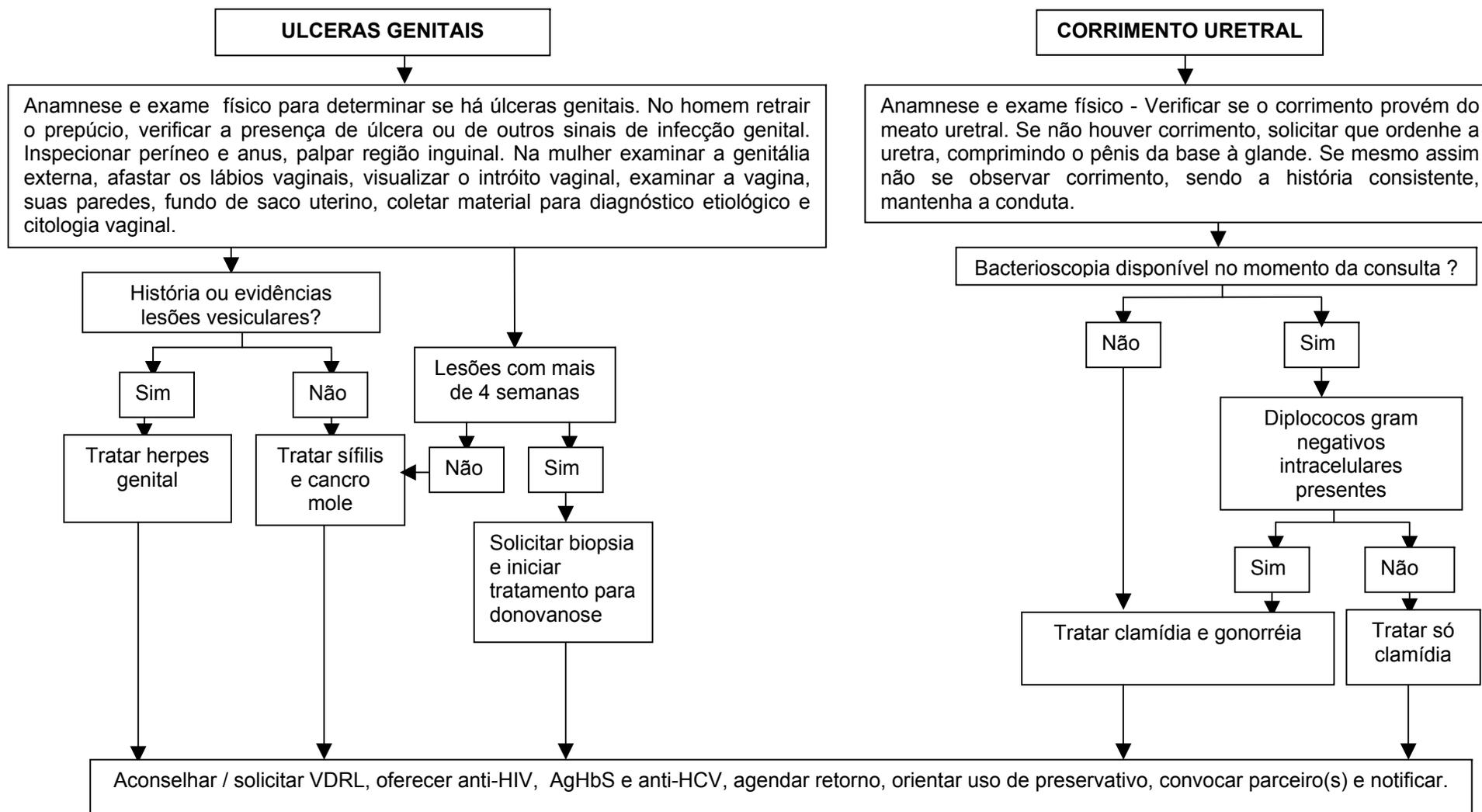
Alta por abandono de tratamento: Será dada ao doente que deixou de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno. Nos casos de tratamento supervisionado, o prazo de 30 dias conta a partir da última tomada da droga. A visita domiciliar realizada pela equipe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

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

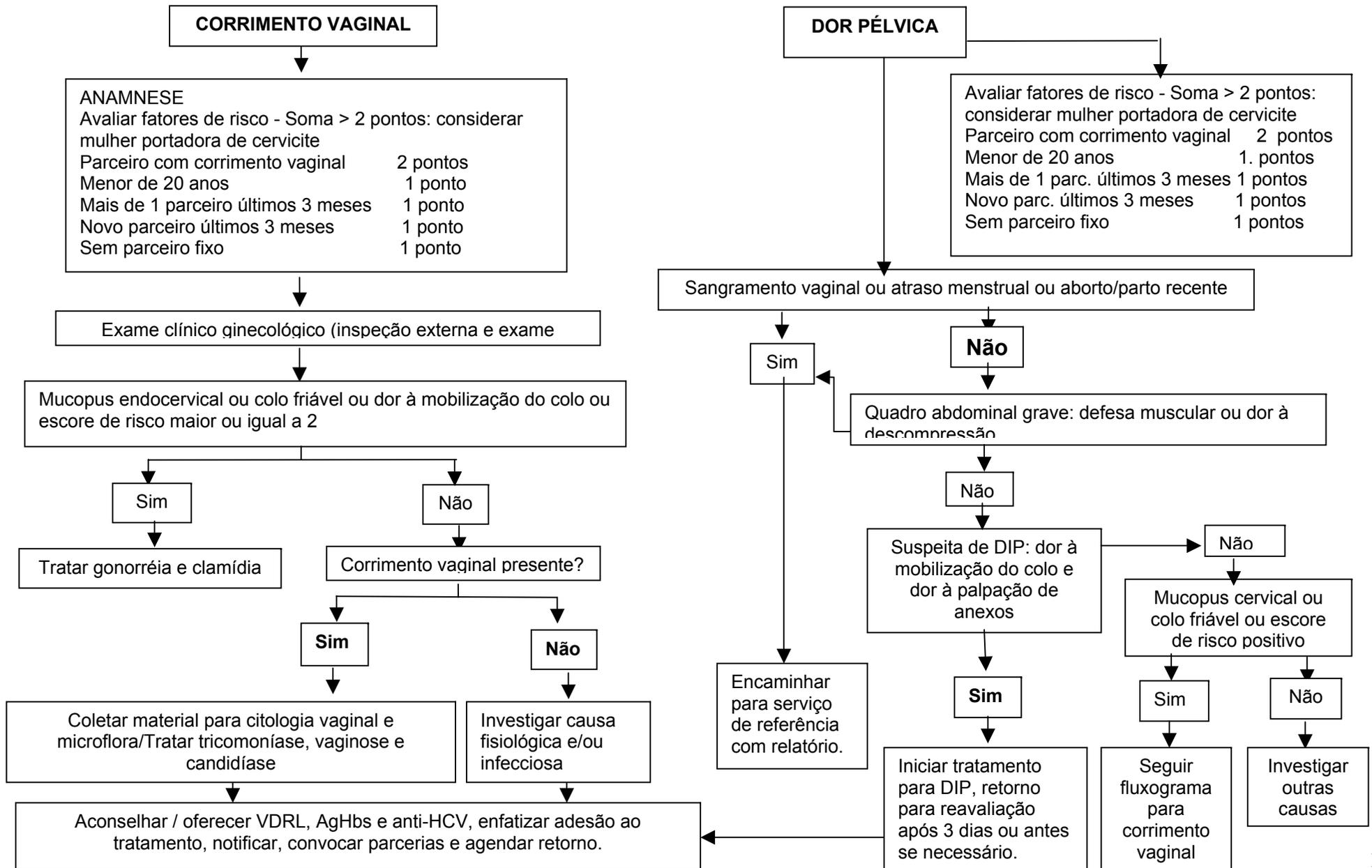
Alta por óbito: Será dada por ocasião do conhecimento da morte do paciente, durante o tratamento e independentemente da causa.

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

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - ABORDAGEM SINDRÔMICA / FLUXOGRAMA



DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - ABORDAGEM SINDRÔMICA / CONTINUAÇÃO



DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS / CONTINUAÇÃO

COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO:

- O usuário não é um simples receptor passivo da mensagem. Ele deve participar na reconstrução de suas informações valorizando sua cultura e grau de entendimento;
- O profissional deve proporcionar ambiente de troca de conhecimentos, mostrando-se , discreto, compreensivo, solidário, oferecendo sempre apoio moral ao cliente;
- O ambiente deve ser acolhedor, respeitando a privacidade da pessoa.

INVESTIGAÇÃO PARA OCORRÊNCIA DE DST:

- Presença de sintomas/e ou sinais no trato genital (corrimento vaginal e uretral, úlceras ou lesões na pele) ;
- Parceria sexual com presença de sinais e sintomas de DST;
- Parceria sexual com multiplicidade de parceiros sexuais;
- Mais de um parceiro nos últimos 3 meses;
- Práticas sexuais e parenterais de riscos.

GRUPOS EDUCATIVOS

- Fornecer noções de anatomia e fisiologia da reprodução;
- Enfatizar a importância da realização e a finalidade do exame preventivo do câncer de colo uterino;
- Estimular uso de preservativos em todas as relações sexuais;
- Esclarecer dúvidas, identificar mitos, tabus e preconceitos ligados à vida sexual e reprodutiva;
- Facilitar trocas de experiências e conhecimento no grupo;
- Estimular o auto-exame, sobretudo para o homem;
- Desestimular a auto-medicação;
- Enfatizar a necessidade de investigação de parcerias sexuais mesmo assintomáticas;
- Ratificar o conceito de portador sadio;
- Diferenciar doença de infecção, pois existe o equívoco que a pessoa tem que estar “doente” ou sintomática para estar infectada.

AIDS / INFECÇÃO PELO HIV

EPIDEMIOLOGIA E HISTÓRICO DA INFECÇÃO PELO HIV

- Os novos dados revelam que a epidemia de aids no Brasil está num processo de estabilização, embora em patamares elevados, tendo sido diagnosticado, em 2003 um total de 32.247 casos novos com uma taxa de 18,4 casos por 100 mil habitantes,. Entre os anos de 1980 e 2004 foram registrados um total de 362.364 casos no País. A tendência à estabilização da incidência da doença é observada apenas entre os homens, que registrou, em 2003, 22,6 casos por 100 mil homens, menor do que a observada em 1998, de 26,3 por 100 mil. Entretanto, observa-se ainda o crescimento da incidência em mulheres, tendo sido observada a maior taxa de incidência em 2003: 14,0 casos por 100 mil mulheres. Estes dados são baseados na notificação dos casos de AIDS e não nos casos de sorologia positiva para o HIV, sendo ainda maior a magnitude do problema.
- Tendências da epidemia no Brasil: heterossexualização, feminização, interiorização (urbano x rural), pauperização; aumento da incidência em adolescentes com vida sexual precoce e idosos (retomada da vida sexual); 70% dos casos de aids ocorrem em indivíduos de 20 a 39 anos.

1º de dezembro: “Dia mundial de luta contra a aids”**PATOGENIA DO HIV**

PATOGENIA DO HIV

O HIV – vírus da imunodeficiência humana – é um vírus RNA que, após infectar o homem, penetra linfócitos T CD4+, liga-se a seu DNA, replica-se e é liberado da célula hospedeira para o meio extracelular infectando novas células.

- Janela imunológica: tempo entre a aquisição do vírus e a soroconversão (detecção de anticorpos no sangue); varia de seis a doze semanas.

MEIOS DE TRANSMISSÃO DO HIV:

- Transmissão sexual (mucosa genital ou colônica;sêmen e fluidos vaginais);
- Sangue e produtos de sangue;
- Transmissão de mãe para filho (durante a gestação, parto ou leite materno);
- Exposição ocupacional acidental.

DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV/ AIDS

Diagnóstico clínico: é dividido em 4 fases - infecção aguda, fase assintomática, fase sintomática inicial, aids.

Diagnóstico laboratorial:

O teste é confidencial e só deve ser solicitado a partir do consentimento da pessoa.

- Detecção de anticorpos: Elisa, testes rápidos, Imunofluorescência Indireta, Western-Blot;
- Detecção do vírus/produtos virais: antígeno p24, cultura, biologia molecular.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Sexual: uso de preservativos, abstinência;
- Sangüínea: controle da qualidade do sangue, estratégias de redução de danos para usuários de drogas endovenosas, uso individual de materiais perfuro-cortantes;
- Vertical: testagem das gestantes para HIV, uso de antiretrovirais (ARV) pela mulher na gestação, parto e pelo RN, suspensão do aleitamento materno; Estas medidas são fundamentais para impedir a transmissão do vírus para a criança.
- **Ocupacional: biossegurança, profilaxia com ARV.**

AIDS / INFECÇÃO PELO HIV / CONTINUAÇÃO

ACONSELHAMENTO

Pré-teste:

- identificar motivo da testagem;
- reafirmar caráter voluntário e confidencial;
- esclarecer sobre os possíveis resultados e período de janela imunológica;
- esclarecer a diferença entre HIV e AIDS;
- explorar o apoio emocional disponível (rede social);
- considerar as possíveis reações emocionais;
- reforçar adoção de práticas seguras, como uso de preservativos e não compartilhamento de materiais perfuro-cortantes;

Pós-teste:

- reafirmar o caráter confidencial e sigilo das informações;
- resultado negativo: avaliar a possibilidade de “janela imunológica”, lembrar que não significa imunidade, reforçar adoção de práticas seguras;
- resultado indeterminado: considerar possíveis reações emocionais, reforçar adoção de práticas seguras, nova amostra após 30 dias da emissão do 1o resultado; se persistindo resultado após 2a testagem, encaminhar para Centro de Referência com relatório;
- resultado positivo: dar tempo para assimilar o impacto, prestar apoio emocional, desmistificar sentimentos, ressaltar que a infecção é controlável, orientar quanto às parcerias, contribuir para um plano de redução de riscos, reforçar adoção de práticas seguras, agendar retorno, encaminhar para Centro de Referência com relatório; se gestante, explicar as formas de transmissão do HIV para o feto e como minimizar os riscos, a transmissão de anticorpos e soro conversão do RN, a necessidade de testagem dos filhos nascidos após a infecção; se adolescente, avaliar necessidade de informar aos responsáveis.

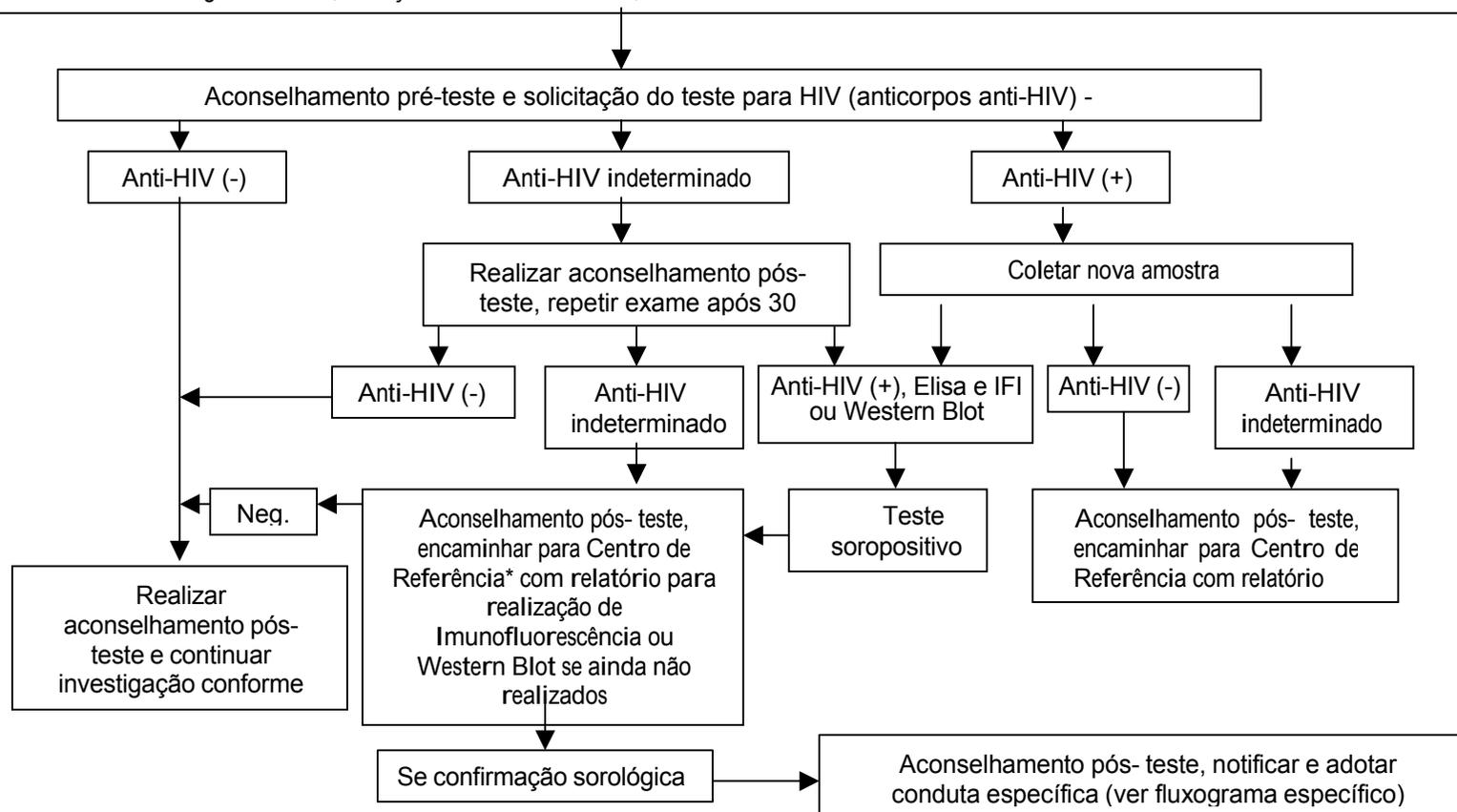
PROPOSTAS DE ATUAÇÃO PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA:

- Articular ações intersetoriais para promoção coletiva e individual, atividades educativas, comunicação de risco e medidas de proteção;
- Conhecer sobre os mitos e preconceitos que rondam a sexualidade humana e refletir constantemente sobre seus próprios mitos em relação ao HIV/AIDS;
- Reconhecimento de situações de maior vulnerabilidade;
- Garantia de acesso aos serviços;
- Acolhimento/aconselhamento;
- Diagnóstico precoce;
- Tratamento adequado para a maioria das DSTs;
- Estimular paciente a adesão do tratamento antiretroviral, comparecimento periódico ao serviço especializado, adotar práticas preventivas evitando sua reinfeção e transmissão do vírus;
- Prevenção da transmissão vertical do HIV;
- Profilaxia das infecções oportunistas mais comuns;
- Acompanhamento domiciliar conjunto de pacientes com AIDS;
- Encaminhamento para centro de referência;
- Notificação dos casos de AIDS.

TESTAGEM SOROLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV / FLUXOGRAMA

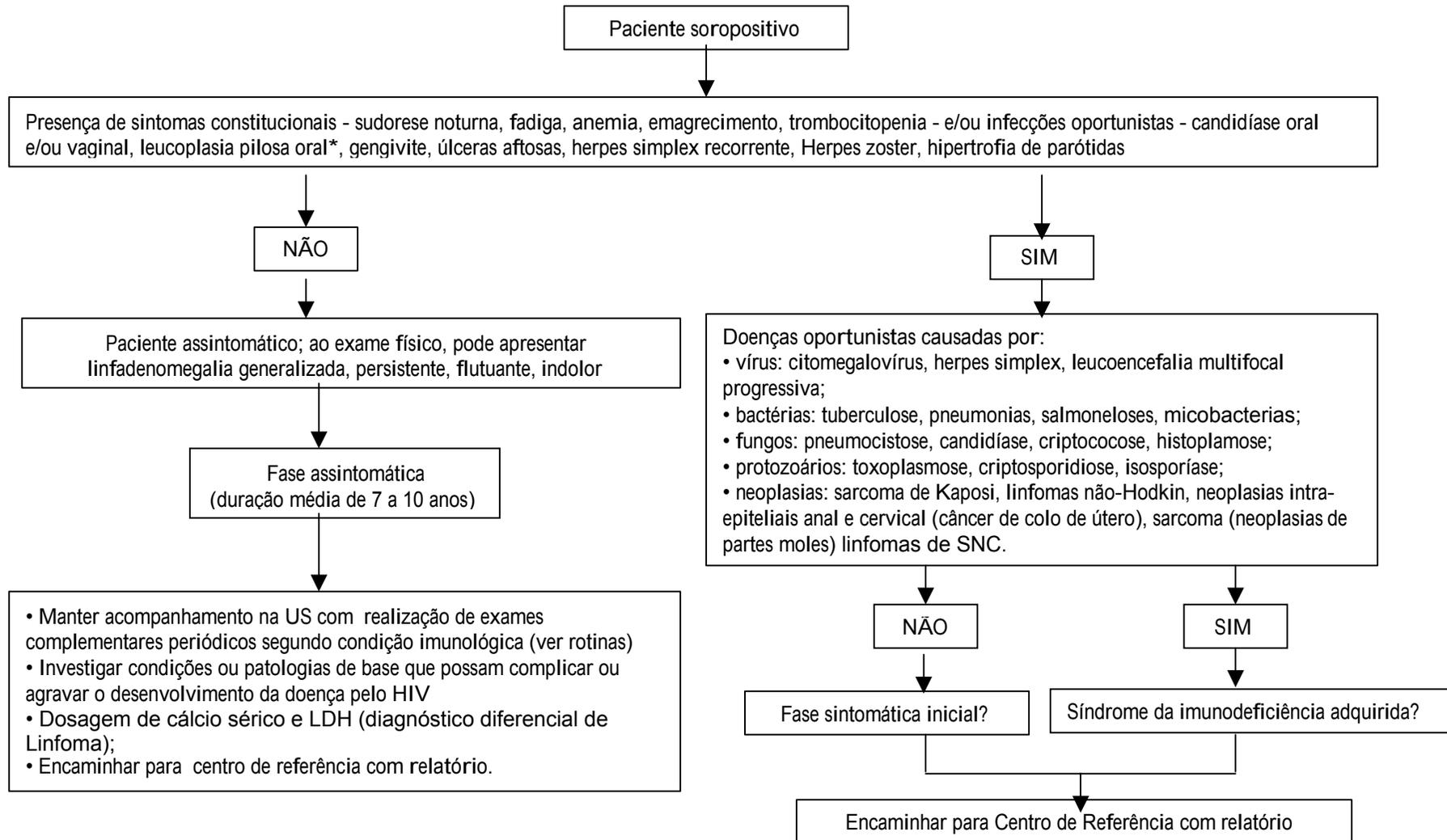
INDICAÇÃO DE TESTAGEM SOROLÓGICA

- Demanda espontânea de paciente com dúvida no seu diagnóstico;
- Paciente assintomático com história de exposição ao HIV, história de DST, profissional do sexo, filho de mulher infectada, parceria sexual de pessoa infectada, gestante;
- Paciente apresentando as seguintes patologias: DST, tuberculose, poliadenopatia crônica inexplicada, diarreia crônica inexplicada, plaquetopenia inexplicada, Herpes Zoster, Candidíase oral ou vaginal crônica, doenças indicativas de AIDS;



* Ver junto à Secretaria Municipal de Saúde o fluxo adequado.

AIDS / INFECÇÃO PELO HIV / FLUXOGRAMA - CONTINUAÇÃO



* Leucoplasia pilosa oral: lesões brancas, encontradas mais frequentemente nas bordas laterais da língua, textura grosseira, não pode ser removida, é geralmente confundida com candidíase, o diagnóstico é suspeito quando não responde a antifúngicos, provável etiologia vírus Epstein-Barr.

AIDS / INFECÇÃO PELO HIV / CONTINUAÇÃO

ROTINAS DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SOROPOSITIVO EM FASE ASSINTOMÁTICA NA UNIDADE BÁSICA

Exames laboratoriais solicitados na 1º consulta:

- hemograma completo com plaquetas;
- transaminases, bilirrubinas, fosfatase alcalina, amilase, lipase, creatinina;
- colesterol total, HDL-c, LDL-c, triglicérides, glicemia;
- sorologia para hepatite B (AgHBs, Anti HBc, Anti-HBs), hepatite C (Anti-HCV), sífilis (VDRL/FTA-abs) e toxoplasmose IgG, citomegalovirus IgG, HTLV, Chagas;
- PPD, Rx de tórax, sumário de urina, parasitológico de fezes com Baermann;

Periodicidade de acompanhamento clínico (pelo Centro de Referência):

- CD4 > 500 e carga viral < 30.000 cópias: a cada 4 ou 6 meses;
- CD4 de 350-500 e carga viral entre 30.000 e 100.000 cópias: a cada 2 ou 4 meses.

Exames laboratoriais para acompanhamento:

A cada 4 meses

- hemograma completo
- colesterol total, HDL-c, LDL-c, triglicérides, amilase e lipase.

A cada 6 meses

- Papanicolau

Anual

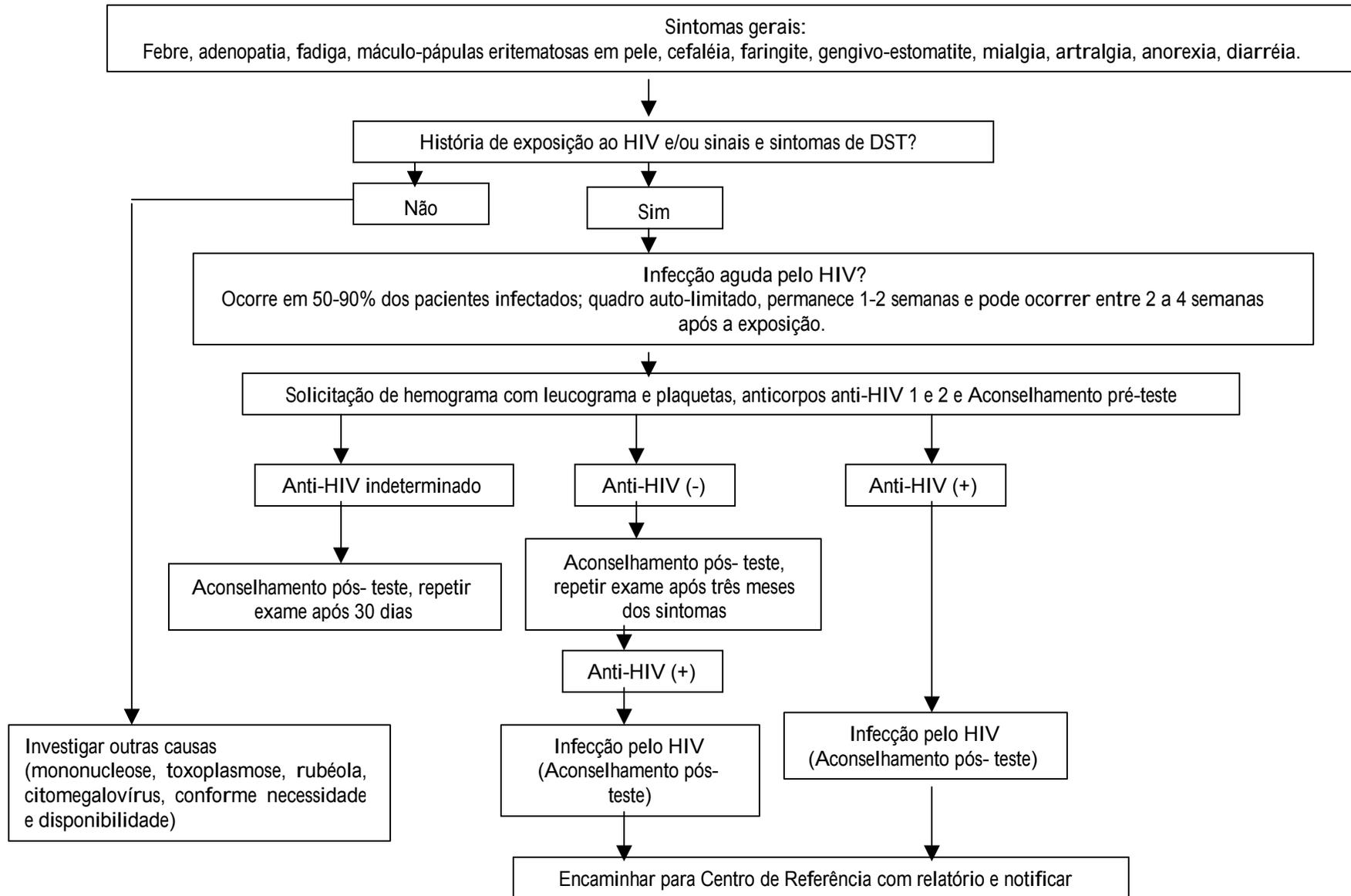
- VDRL/FTA-ABS
- PPD

obs: solicitar outros exames conforme indicação clínica

Contagem de células T - CD4 do sangue periférico/ Implicações prognósticas na evolução da infecção pelo HIV

- CD4 > 500 cél/mm³: baixo risco de doenças;
- CD4 de 200-500 cél/mm³: risco moderado de sintomas constitucionais e doenças oportunistas;
- CD4 de 50-200 cél/mm³: alta probabilidade de surgimento de doenças oportunistas;
- CD4 < 50 cél/mm³: estágio com grave comprometimento imunológico.

INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA EM PACIENTES SINTOMÁTICOS / FLUXOGRAMA



AIDS / INFECÇÃO PELO HIV / CONTINUAÇÃO

QUIMIOPROFILAXIA APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO

Cuidados locais: lavar com água e sabão, usar PVPI ou clorexidina; em mucosas, lavar com água boricada ou SF 0,9%; procurar serviço de referência levando relatório do acidente e sangue da fonte de contato (5 ml em tubo sem EDTA em condições seguras) para realização de teste rápido para HIV (não é necessário realizar na pessoa que se acidentou); as drogas antiretrovirais, quando indicadas, devem ser iniciadas preferencialmente até 2 horas da exposição, não ultrapassando 72 horas; risco aumenta quando: dispositivo com sangue visível, retirada diretamente da veia ou artéria, lesão profunda, agulhas ocas, paciente-fonte com doença avançada.

O uso dos antiretrovirais profiláticos está indicado conforme a situação sorológica do paciente fonte e a gravidade da lesão. Seu uso é recomendado em caso de lesões mais graves aquelas por agulhas com lúmen de grosso calibre, lesão profunda, sangue visível no instrumento ou agulha usada recentemente em artéria ou veia do paciente (3 drogas) e lesões menos graves provocadas por agulha sem lúmen e lesões superficiais (2 drogas), e com sorologia positiva. Em caso de sorologia negativa, considerar quimioprofilaxia de acordo com a gravidade da lesão.

Abuso Sexual:

Durante o aconselhamento, as pacientes devem ser informadas sobre os efeitos físicos e psicológicos do abuso sexual e da necessidade de:

Profilaxia da gravidez (nos casos de coito desprotegido em pacientes em período fértil); início da antibioticoprofilaxia das DST; coleta imediata de sangue para sorologia para sífilis e HIV (para conhecimento do estado sorológico no momento do atendimento para posterior comparação) e agendamento do retorno para acompanhamento psicológico e realização de sorologia para sífilis (após 30 dias) e para o HIV (após no mínimo 3 meses).

Seguimento ambulatorial para os casos expostos : Coleta de sorologia para hepatite B (HbsAg, Anti-HBs e anti-HBc IgM), hepatite C no momento inicial e após 6 meses. Colher sorologia para HIV (não teste rápido) no momento, com 6 semanas, 3 meses e 6 meses. Triagem para gravidez quando necessário.

PARTICULARIDADES HIV / AIDS EM CRIANÇAS

DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

- O teste Elisa anti-HIV não diferencia entre os anticorpos da mãe e da criança, pois são transferidos passivamente pela placenta e podem persistir até 24 meses de idade;
- Crianças que persistem com anticorpos anti-HIV após 24 meses são consideradas infectadas;
- Crianças que apresentam manifestações clínicas de AIDS deve-se solicitar sorologia e encaminhar para Centro de Referência.

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE CRIANÇA HIV POSITIVA NA REDE BÁSICA

- Verificar frequência no acompanhamento no Centro de Referência e adesão de tratamento;
- Realização de exames a cada 4 meses com envio de resultados para o Centro de Referência – Hemograma, TGO, TGP, Tempo de protombina, amilase, uréia, creatinina, sumário de urina, parasitológico de fezes com Baerman;
- Verificar calendário vacinal:

| Idade (meses) | Vacina (nº de doses) |
|---------------|---|
| • 0 (RN) | • Hepatite B (1), BCG ID |
| • 1 | • Hepatite B (2) |
| • 2 | • Tetravalente (1), Vacina injetável contra Pólio (Vip) ou Vacina oral contra Pólio (Vop) (1), Vacina contra Pneumococo 7 – Valente (VP7) (1) |
| • 4 | • Tetravalente (2), VIP ou VOP, VP7 (2) |
| • 6 | • Tetravalente (3), Hepatite B (3), VOP (3), VP7 (3), Influenza |
| • 7 | • Influenza |
| • 12 | • Hib (4), Hepatite B (4), Hepatite A (10), Tríplice viral (1), Varicela (1), VP7 (4) |
| • 15 | • DPT (4), VOP ou VIP (4), Varicela (2) |
| • 18 | • Hepatite A |
| • 24 | • Pneumo 23 (1) |
| • 48 | • Tríplice viral (2) |
| • 60 | • Pneumo 23 (2), DPT (5), VIP ou VOP (5) |

- Obs.:
- Este calendário deve ser adaptado às circunstâncias operacionais ou epidemiológicas, sempre que necessário.
 - Deve-se dar preferência a VIP. Em crianças maiores ou naquelas que apresentarem sinais de imunodeficiência deve-se usar VIP. A criança que convive com pessoa imundeficiente deve usar VIP.
 - Caso esteja disponível deve-se usar DPT, por ser menos reatogênica.
 - Vacina contra Varicela deve ser aplicada em crianças nas categorias N1 e A1. Recomenda-se, caso disponível, uma segunda dose, com um intervalo mínimo de 1 mês máximo de 3 meses. A vacina contra febre amarela pode ser recomendada levando-se em consideração a condição imonológica do paciente e a situação epidemiológica local.
 - A vacina conjugada contra o meningococo C, aos 3, 5 e 7 meses e a partir dos 12 meses em dose única, deve ser recomendada de acordo com as condições epimiológicas, regionais ou locais.

FEBRE EM CRIANÇA COM HIV

- Avaliação inicial: A criança com HIV deverá ser avaliada exatamente igual a qualquer criança – com uma boa anamnese e exame físico completo. Exames laboratoriais deverão ser solicitados de acordo com o resultado da história acolhida e do exame físico realizado, se forem necessários, da mesma maneira que qualquer outra criança.
- Febre prolongada deverá ser encaminhado para o Centro de Referência, nestes casos deverão ser solicitados exames, também relacionados com a história e exame físico. Exemplo: criança com febre prolongada e tosse persistente deverá ser investigada para tuberculose.
- Crianças infectadas pelo HIV apresentam risco aumentado de infecções bacterianas moderadas ou graves, com ocorrências frequentes. O patógeno mais comum nas infecções bacterianas graves é o *Streptococcus pneumoniae*. O tratamento anti microbiano de tais condições deve seguir as mesmas normas indicadas para crianças imunocompetentes.

HANSENIASE

EPIDEMIOLOGIA: No Brasil, apesar da redução drástica no número de casos, de 19 para 1,71 doentes em cada 10.000 habitantes, no período compreendido entre 1985 a 2004 a hanseníase ainda se constitui um importante problema de saúde pública e exige uma vigilância resolutiva. Desde 1985, o país vem reestruturando suas ações voltadas para este problema e, em 2005 reajustou as metas e assumiu o compromisso de eliminar a hanseníase até 2010, alcançando o índice de menos de um doente em cada 10.000 habitantes de forma global em todo o país.

DEFINIÇÃO

Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. 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.

Definição de caso:

Um caso de hanseníase é uma pessoa que apresenta uma ou mais de uma das seguintes características e que requer quimioterapia:

- Lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade;
- Acometimento de nervo(s) com espessamento neural;
- Baciloscopia positiva.

Sinais e sintomas:

Lesões de pele que se apresentam com diminuição ou ausência de sensibilidade. As lesões mais comuns são: manchas pigmentares ou discrômicas; placas; aumento da espessura e consistência da pele; pápula ou nódulo; Essas lesões podem estar localizadas em qualquer região do corpo e podem, também, acometer a mucosa nasal e raramente a cavidade oral. Ocorrem, porém, com maior frequência, na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas.

Lesões nos nervos periféricos com dor e espessamento dos nervos periféricos; perda de sensibilidade nas áreas inervadas, principalmente nos olhos, mãos e pés; perda ou diminuição da força muscular. Alguns casos, porém, apresentam alterações de sensibilidade e motoras sem sintomas agudos de neurite. Esses casos são conhecidos como neurite silenciosa.

OBS: A classificação clínica da doença pode ser: indeterminada, tuberculóide, virchowiana e dimorfa. O Ministério da Saúde preconiza no entanto a classificação operacional (vide fluxograma)

HANSENIASE / CONTINUAÇÃO

DETECÇÃO ATIVA DA HANSENIASE

Busca sistemática de doentes pela equipe da unidade de saúde por meio das seguintes atividades:

- investigação epidemiológica de um caso conhecido (exame de contatos);
- exame das pessoas que demandam espontaneamente os serviços gerais da unidade de saúde por outros motivos que não sinais e sintomas dermatológicos ou neurológicos;
- exame de grupos específicos - em prisões, quartéis, escolas, de pessoas que se submetem a exames periódicos, etc.;
- mobilização da comunidade adstrita à unidade, principalmente em áreas de alta prevalência da doença, para que as pessoas demandem os serviços de saúde sempre que apresentarem sinais e sintomas suspeitos. Em todas essas situações deve ser realizado o exame dermatoneurológico das pessoas, para o diagnóstico da hanseníase.
- vigilância de contatos, portanto, compreende a busca sistemática de novos casos de hanseníase entre as pessoas que convivem com o doente (nos últimos 5 anos), a fim de que sejam adotadas medidas de prevenção em relação às mesmas: diagnóstico e tratamento precoces. Uma vez identificados, os contatos do portador de hanseníase devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico (vide fluxograma específico).

OBS: Os contatos cujo diagnóstico de hanseníase seja confirmado, devem receber o tratamento específico. Os contatos sem diagnóstico de hanseníase devem receber informações sobre a doença e sobre a necessidade de ficarem atentos ao aparecimento de sinais e sintomas da hanseníase, devendo neste caso procurar a unidade de saúde.

ROTEIRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Anamnese - obtenção da história clínica e epidemiológica; avaliação dermatológica - identificação de lesões de pele com alteração de sensibilidade.

Testar sensibilidade: Térmica (com tubos de ensaio contendo água fria e outro com água aquecida para ser testado nas áreas sãs e afetadas); dolorosa (tocando com a ponta de um alfinete nas áreas sãs e afetadas), e tátil (teste com mecha final de algodão) ; avaliação neurológica – palpação de troncos nervosos para identificação de dor local, espessamento e aderência aos planos adjacentes; identificação de neurites, incapacidades e deformidades; diagnóstico dos estados reacionais; diagnóstico diferencial; classificação do grau de incapacidade física.

OBS: As pessoas que têm hanseníase, geralmente, queixam-se de manchas dormentes na pele, dores, câimbras, formigamento e fraqueza nas mãos e pés. A investigação epidemiológica é muito importante para se descobrir a origem da doença e para o diagnóstico precoce de novos casos de hanseníase.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Doenças dermatológicas: Ptíriase Versicolor (pano branco), eczemátide (pápulas foliculares que acometem cada folículo piloso), tinea do corpo, vitiligo.
- Doenças neurológicas: Síndrome do túnel do carpo; neuralgia parestésica; neuropatia alcoólica; neuropatia diabética; lesões por esforços repetitivos (LER).

HANSENIASE / CONTINUAÇÃO

TRATAMENTO DA HANSENIASE– Princípios Gerais

O tratamento integral de um caso de hanseníase compreende o tratamento quimioterápico específico - a poliquimioterapia (PQT), seu acompanhamento, com vistas a identificar e tratar as possíveis intercorrências, complicações da doença, prevenção e tratamento das incapacidades físicas.

Há necessidade de um esforço organizado de toda a rede básica de saúde no sentido de fornecer tratamento quimioterápico a todas as pessoas diagnosticadas com hanseníase. O indivíduo, após ter o diagnóstico, deve, periodicamente, ser visto pela equipe de saúde para avaliação e para receber a medicação. Na tomada mensal de medicamentos é feita uma avaliação do paciente para acompanhar a evolução de suas lesões de pele, do seu comprometimento neural, verificando se há presença de neurites ou de estados reacionais. Quando necessárias, são orientadas técnicas de prevenção de incapacidades e deformidades. São dadas orientações sobre os auto cuidados que deverá realizar diariamente para evitar as complicações da doença, sendo verificada sua correta realização.

O encaminhamento da pessoa com hanseníase para uma Unidade de Referência somente está indicado quando houver necessidade de cuidados especiais - no caso de intercorrências graves ou para correção cirúrgica. Nestes casos, após a realização do procedimento indicado, ela deve retornar para o acompanhamento rotineiro em sua unidade básica.

Casos multibacilares que iniciam o tratamento com numerosas lesões e/ou extensas áreas de infiltração cutânea poderão apresentar uma regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria desses doentes continuará melhorando após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, no entanto, que alguns desses casos demonstrem pouca melhora, nestas situações os pacientes deverão ser reavaliados em uma unidade de referência.

Situações especiais

A gravidez e o aleitamento materno não contra-indicam a administração dos esquemas de tratamento poliquimioterápico da hanseníase que são seguros tanto para a mãe como para a criança. Algumas drogas são excretadas pelo leite, mas não causam efeitos adversos. Os recém-nascidos, porém, podem apresentar a pele hiperpigmentada pela Clofazimina, ocorrendo a regressão gradual da pigmentação, após a parada da PQT.

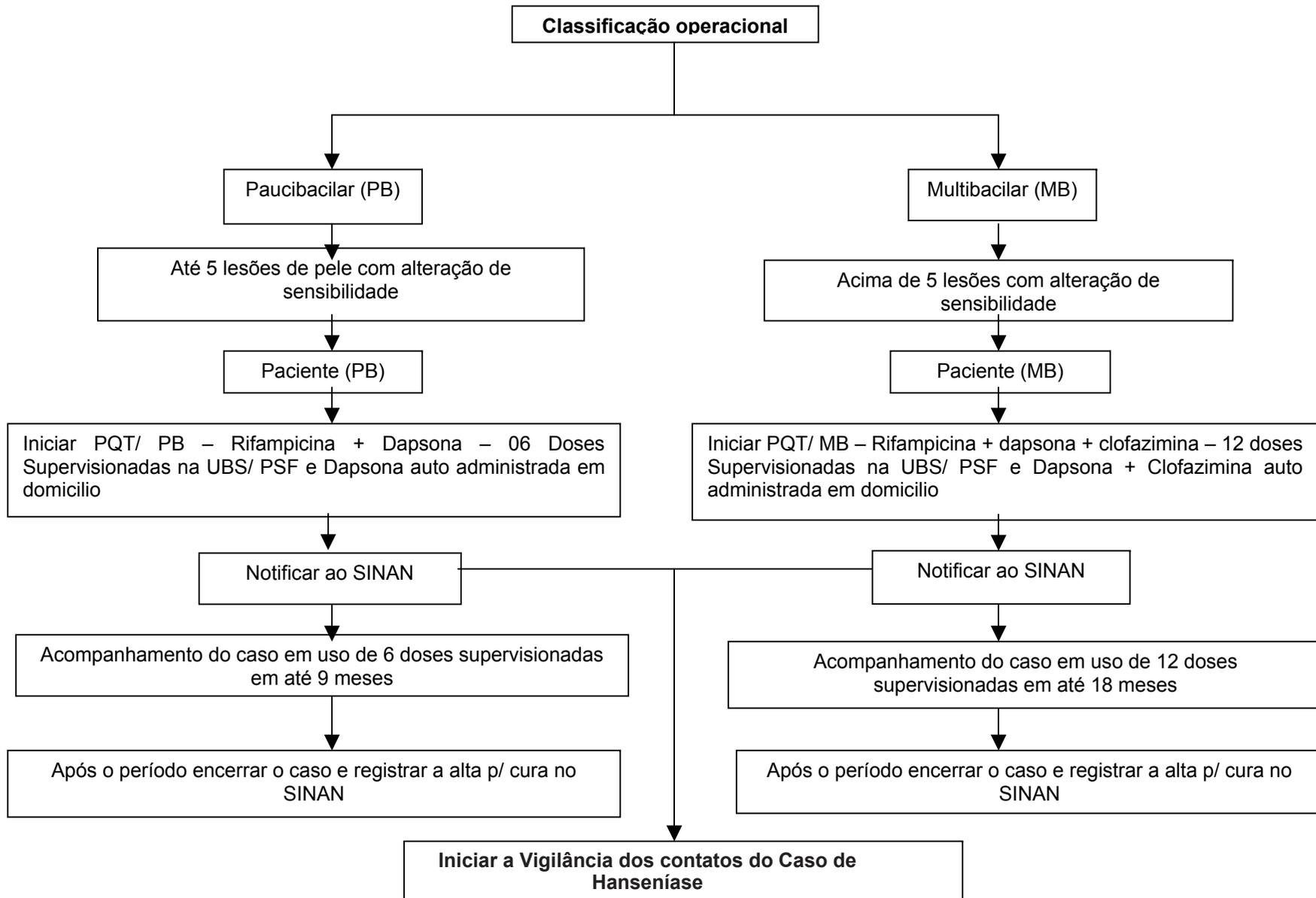
ACOMPANHAMENTO DAS INTERCORRÊNCIAS PÓS-ALTA

Recidiva: Aquele que completar com êxito o tratamento PQT, e que tenha pelo menos 3 anos pós alta cura e venha eventualmente desenvolver novos sinais e sintomas da doença. A maior causa de recidivas é o tratamento PQT inadequado ou incorreto. O tratamento portanto, deverá ser repetido integralmente de acordo com a classificação Pauci ou Multibacilar. Deve haver a administração regular dos medicamentos pelo tempo estipulado no esquema.

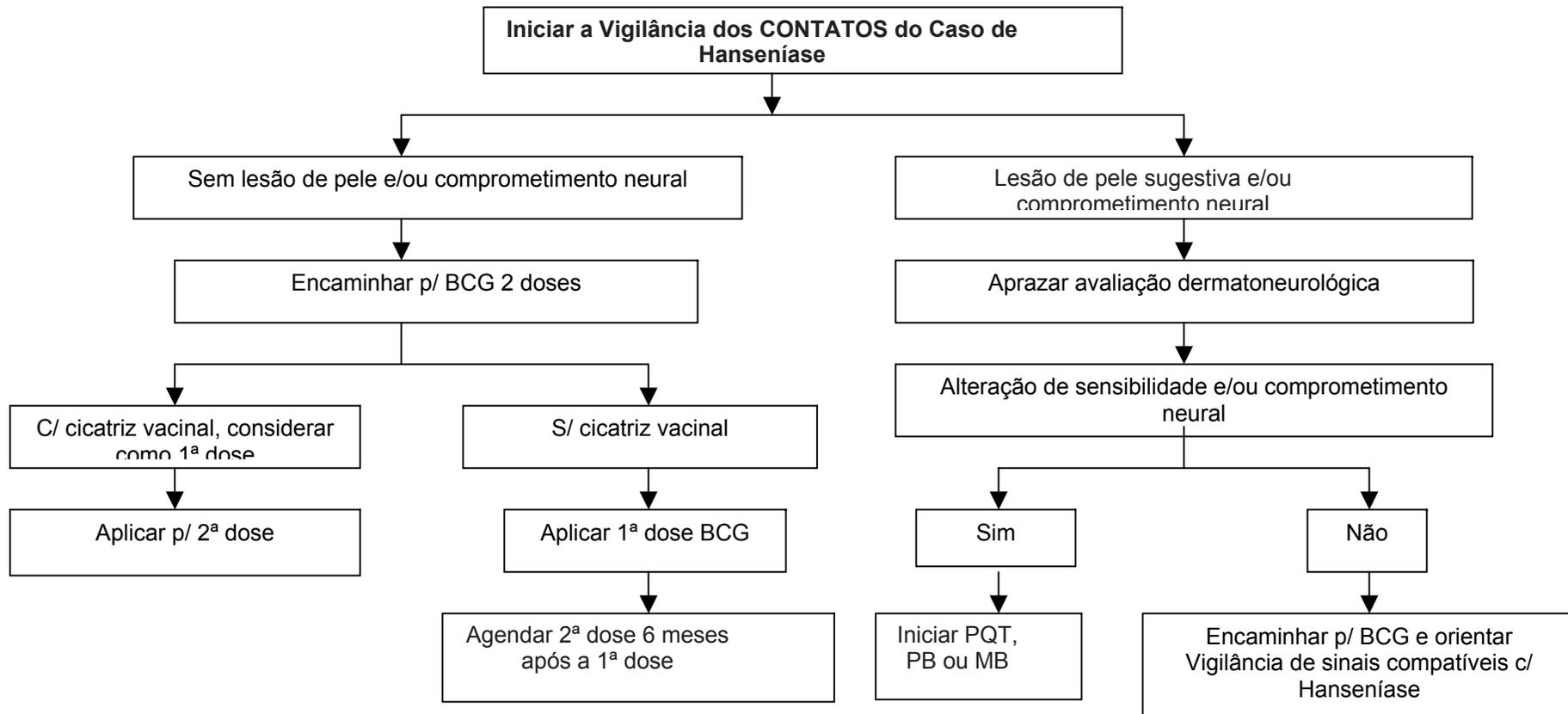
Prevenção de **incapacidades físicas**, e para evitar complicações causadas pelas incapacidades, o paciente deve ser orientado para realizar regularmente certos auto cuidados apropriados ao seu caso. Aqueles que apresentam perda de sensibilidade protetora nos olhos, nas mãos e nos pés, com incapacidades devem ser orientados a observar-se diariamente, e a realizar auto cuidados específicos ao seu caso. Pacientes com hanseníase que não apresentam comprometimento neural ou incapacidades devem ser também alertados para a possibilidade de ocorrência dos mesmos e orientados para observar-se diariamente para procurar a unidade de saúde ao notar qualquer alteração neurológica, tais como dor ou espessamento nos nervos.

REABILITAÇÃO E PREVENÇÃO DAS SEQÜELAS DA HANSENIASE (vide capítulo de Reintegração e Reabilitação)

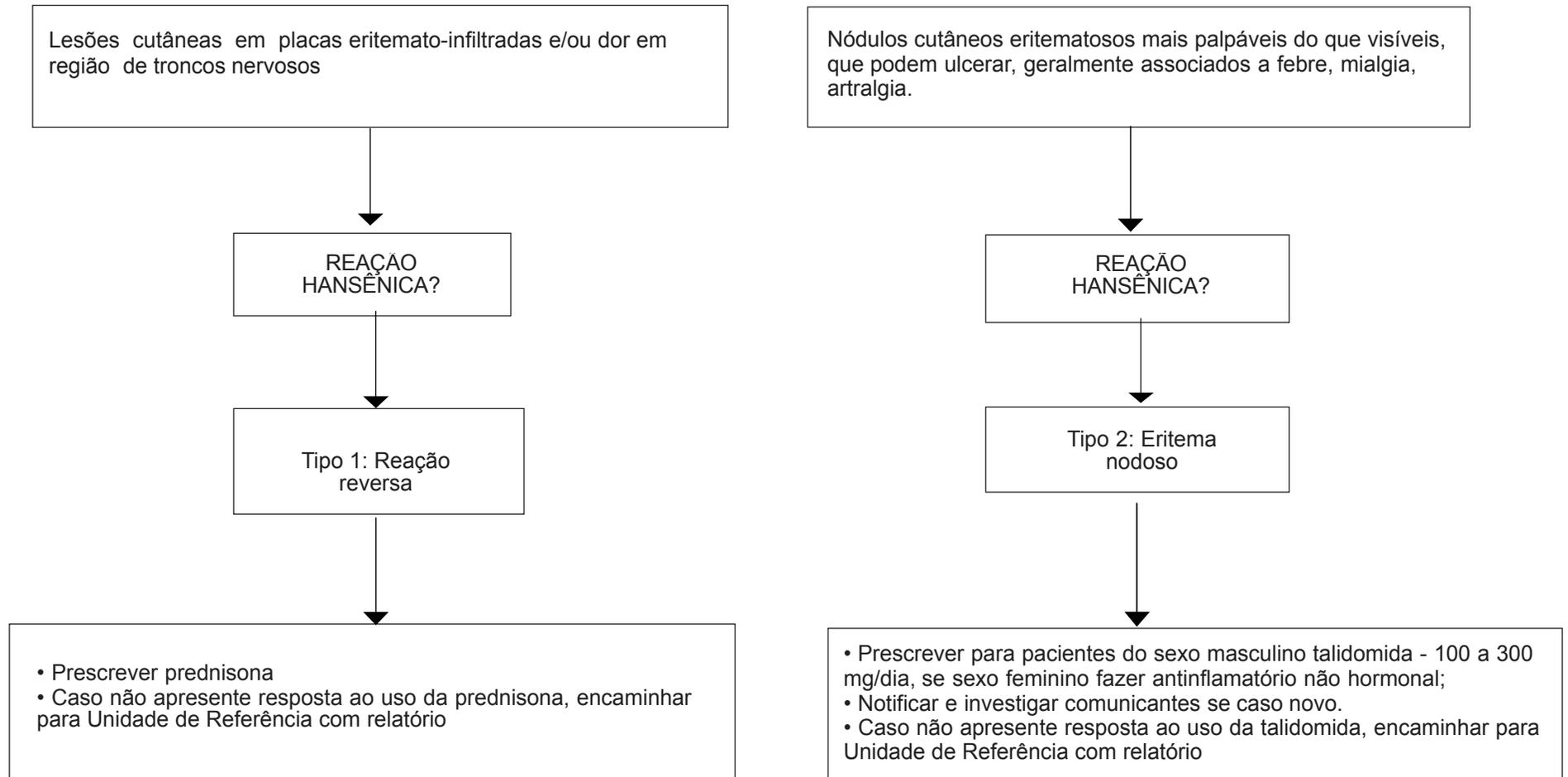
TRATAMENTO DA HANSENÍASE



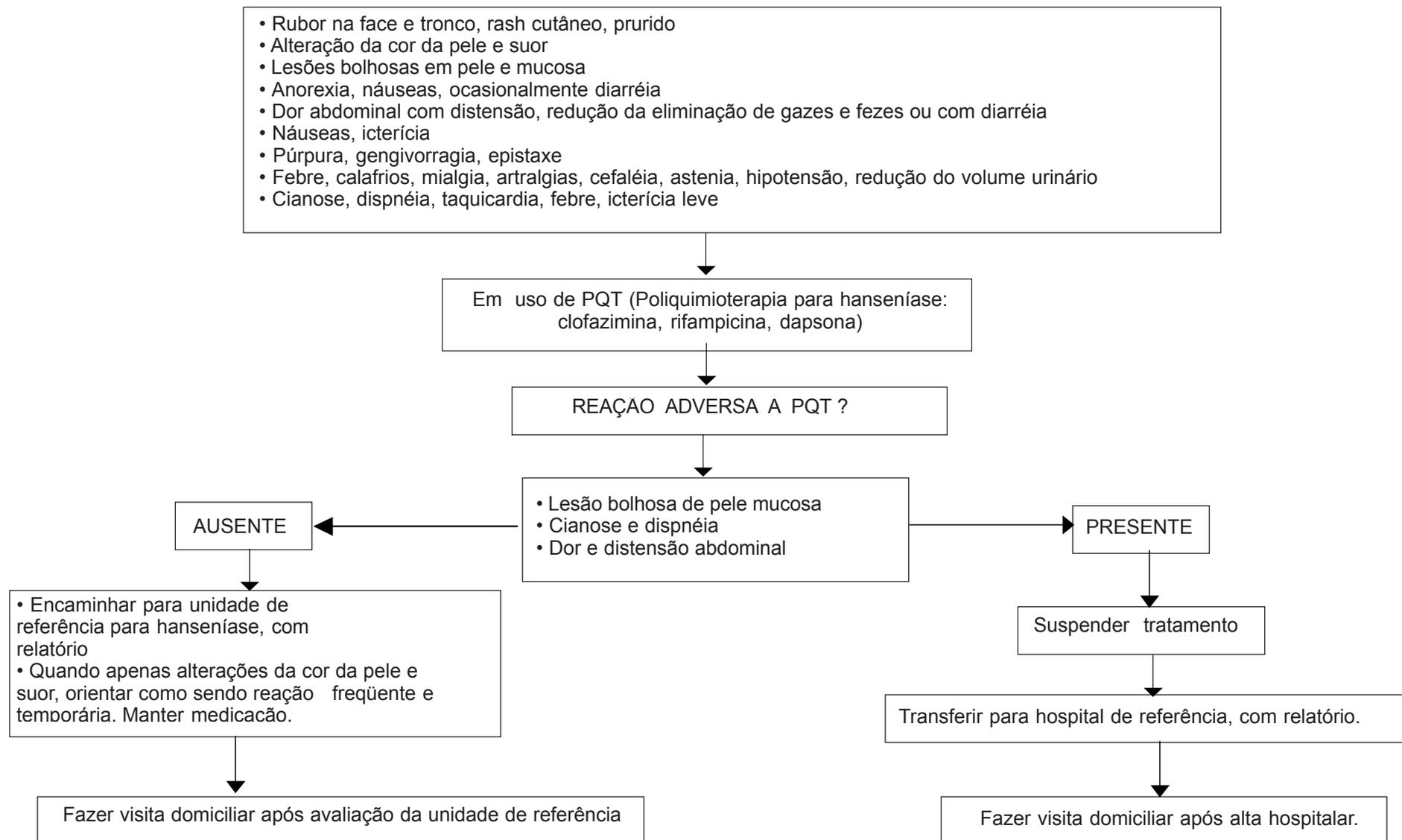
TRATAMENTO DA HANSENÍASE/ FLUXOGRAMA - CONTINUAÇÃO



REAÇÃO HANSENICA / FLUXOGRAMA



REAÇÃO ADVERSA A POLIQUIMIOTERAPIA / FLUXOGRAMA



IMUNOPREVENÇÃO - TABELA I

| Vacina | Composição | Início da vacinação | Vacinação básica | Intervalo entre as doses | | Reforço | Contra-indicação |
|--|---|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------|---------|---|--|
| | | | | Recom. | Mínimo | | |
| Contra tuberculose – BCG | Bactéria viva atenuada | Ao nascer | 1 dose | - | - | - | Peso abaixo de 2 Kg. Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) |
| Contra Poliomielite | Vírus vivo atenuado Tipos I, II e III | 2 meses | 3 doses | 2 meses | 30 dias | 15 meses/ entre 4 a 6 anos | Diarréia e vômitos intensos |
| Tetavalente | Bactéria morta, toxinas e polissacarídeos | 2 meses | 3 doses | 2 meses | 30 dias | 15 meses/ entre 4 a 6 anos | Reação anafilática sistêmica após aplicação de dose anterior |
| Contra difteria, tétano e coqueluche – DPT | Bactérias mortas e tóxicas | 2 meses | 3 doses | 2 meses | 30 dias | 15 meses/ entre 4 a 6 anos | Crianças com 7 ou mais, doença neurológica ativa, reação grave a doses anteriores. |
| Vacina tríplice acelular - DTPa | toxinas | 2 meses | 3 doses | 2 meses | 30 dias | - | Choque anafilático provocado pela DPT ou PTPa, DT, dT ou TT; choque anafilático após essas vacinas; encefalopatia instalada. |
| Contra difteria e tétano – dupla adulto dT | Toxinas | 7 anos (não vacinados com DPT) | 3 doses | 2 meses | 30 dias | A cada 10 anos | Reação anafilática à dose anterior; Encefalite; Fenômeno Arthus |
| | | | | | | Exceto gestante e acidente grave – 5 anos | |
| Contra difteria e tétano – dupla infantil DT | Toxinas | Substitui a DPT (evento adverso) | 3 doses | 2 meses | 30 dias | 15 meses | Maiores de 6 anos Reações anafiláticas à dose anterior |
| Contra tétano -TT | Toxoide tetânico | 7 anos (na falta da dT) | 3 doses | 2 meses | 30 dias | A cada 10 anos | Dor, calor, vermelhidão, endurecimento local e febre |
| Contra sarampo, caxumba e rubéola – tríplice viral - SRC | Vírus vivo atenuado | 12 meses | 1 doses | - | - | 4 a 6 anos -Mulheres em idade fértil (12 a 49 anos); -Grupo ampliado de risco >12 anos. | Relatório prévio de anafilaxia à vacina |
| Contra sarampo e rubéola – dupla viral | Vírus vivos atenuados | 12 meses | 1 dose | - | - | - | Antecedente de reação anafilática sistêmica a vacina, gravidez, adm. De imunoglobulina humana normal. |
| Contra febre amarela | Vírus vivo atenuado | 9 meses | 1 dose | - | - | A cada 10 anos | Relatório prévio de anafilaxia à vacina |
| Contra hepatite B | DNA recombinante | Ao nascer | 3 doses | 2ª 1 mês da 1ª 3ª 6 meses da 1ª | - | - | Reações anafiláticas à dose anterior |
| Contra raiva | Vírus inativo | - | Vide fluxograma específico | | - | - | Não há |

IMUNOPREVENÇÃO / TABELA II

| Vacina | Conservação | Volume da dose | Via de administração | Validade após abertura do frasco |
|--|---------------|-------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| Contra tuberculose – BCG | + 2°C a 8° C | 0,1 ml | Intradérmica (ID) | 6 horas |
| Contra Poliomielite | + 2°C a 8° C | 2 gotas | Oral | 5 dias úteis |
| Tetraivalente | + 2°C a 8° C | 0,5 ml | Intramuscular (IM) | 5 dias |
| Contra difteria, tétano e coqueluche – DPT | + 2°C a 8° C | 0,5 ml | Intramuscular (IM) | Até o final |
| Vacina tríplice acelular - DPTa | + 2°C a 8° C | 0,5 ml | Intramuscular (IM) | Até 7 dias |
| Contra difteria e tétano – dupla adulto dT | + 2°C a 8° C | 0,5 ml | Intramuscular (IM) | Até o final |
| Contra difteria e tétano – dupla infantil DT | + 2°C a 8° C | 0,5 ml | Intramuscular (IM) | Até o final |
| Contra tétano - TT | + 2°C a 8° C | 0,5 ml | Intramuscular (IM) | Até o final |
| Contra sarampo, caxumba e rubéola – tríplice viral | + 2°C a 8° C | 0,5 ml | Subcutânea (SC) | 8 horas |
| Contra sarampo e rubéola – dupla viral | + 2°C a 8° C | 0,5 ml | Subcutânea (SC) | 8 horas |
| Contra febre amarela | + 2°C a 8° C | 0,5 ml | Subcutânea (SC) | 4 horas |
| Contra hepatite B | + 2°C a 8° C | 0,5 ml < 20 a 1,0 ml ≥20 a | Intramuscular (IM) | Até o final |
| Contra raiva | + 20°C a 8° C | 1,0 ml | IM | 7 dias |

OBS: Apresentação varia de acordo com o fabricante.

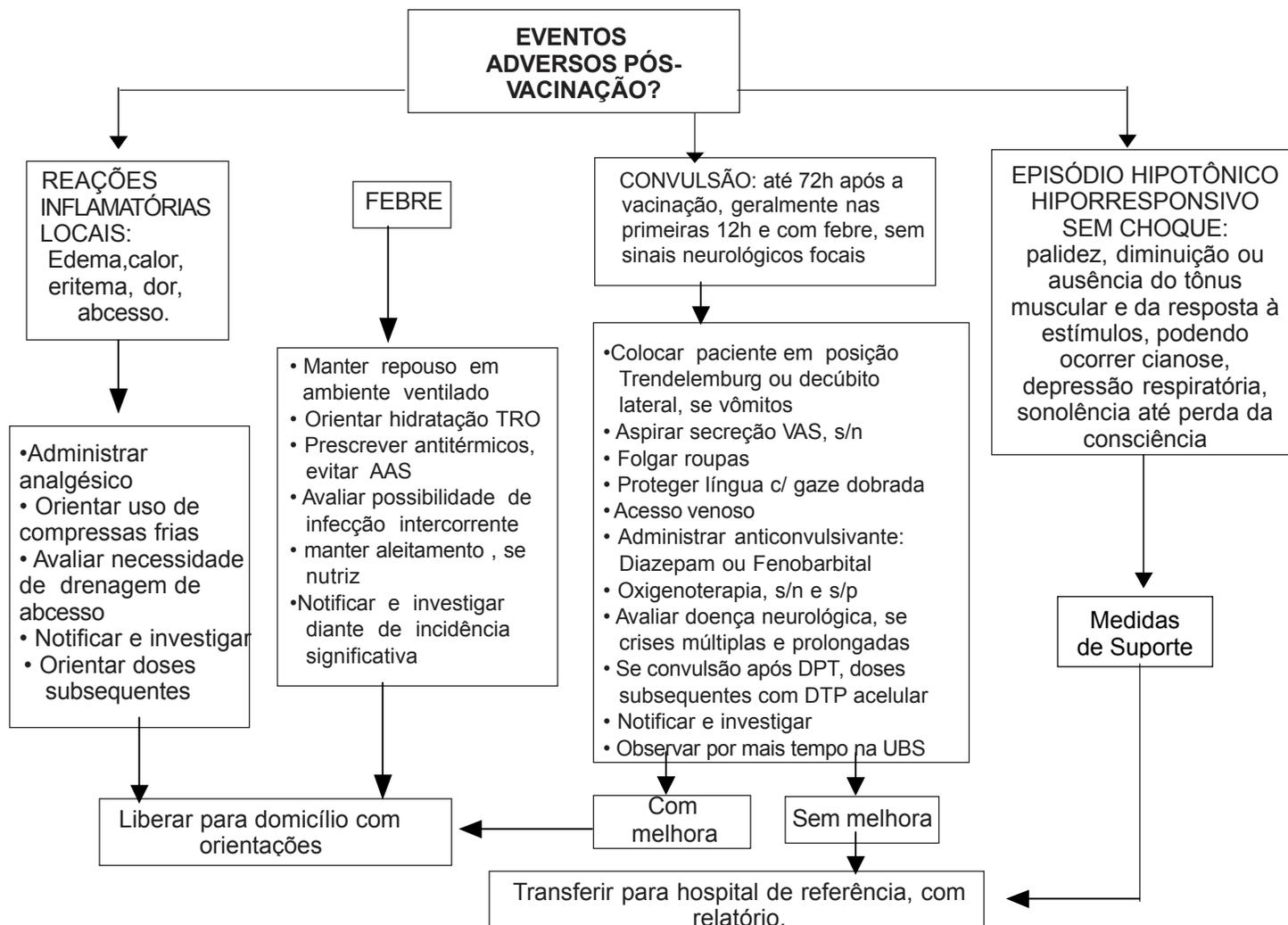
IMUNOPREVENÇÃO/ VACINAS ESPECIAIS – TABELA I

| Vacina | Composição | Início da vacinação | Vacinação básica | Intervalo entre as doses | | Reforço | Contra-indicação |
|--------------------------------------|--|---------------------|------------------------|--|--------|---------------------|--|
| | | | | Recom. | Mínimo | | |
| Contra Varicela | Vírus atenuado | 12 meses | 1 ou 2 doses | 30 a 60 dias para ≥ 13 anos | - | - | <ul style="list-style-type: none"> • Para crianças com menos de 6 meses de idade e pessoas que apresentam hipersensibilidade imediata (reação anafilática) após o recebimento de qualquer dose anterior, ou de história de hipersensibilidade aos componentes da vacina; • Em gravidez e pacientes imunodeprimidos, excetuando-se casos com indicação. |
| Contra pneumococo | Polissacarídeos do <i>Streptococcus pneumoniae</i> | 2 anos | 1 dose | - | - | Após 3 anos | Reação anterior de hipersensibilidade imediata (anafilaxia) a vacina. |
| Contra hepatite A | Vírus inativado | 2 anos | Varia conforme a idade | Varia | - | - | História de hipersensibilidade a alguns dos componentes da vacina |
| Vacina contra meningococo A e C | Polissacarídeos capsulares dos meningococos | 2 anos | 1 dose | - | - | 3 anos se indicação | <ul style="list-style-type: none"> • Febre e doença infecciosa aguda; • Ocorrência de reação anafilática seguindo-se de aplicação à dose anterior |
| Contra vírus da influenza (campanha) | Vírus inativado e purificado | 6 meses | Varia conforme a idade | 30 dias para menores de 9 anos na 1ª vez | - | anualmente | Para crianças com menos de 6 meses de idade e pessoas que apresentam hipersensibilidade imediata (reação anafilática) após o recebimento de qualquer dose anterior, doenças febris agudas ou de história de hipersensibilidade aos componentes da vacina. |

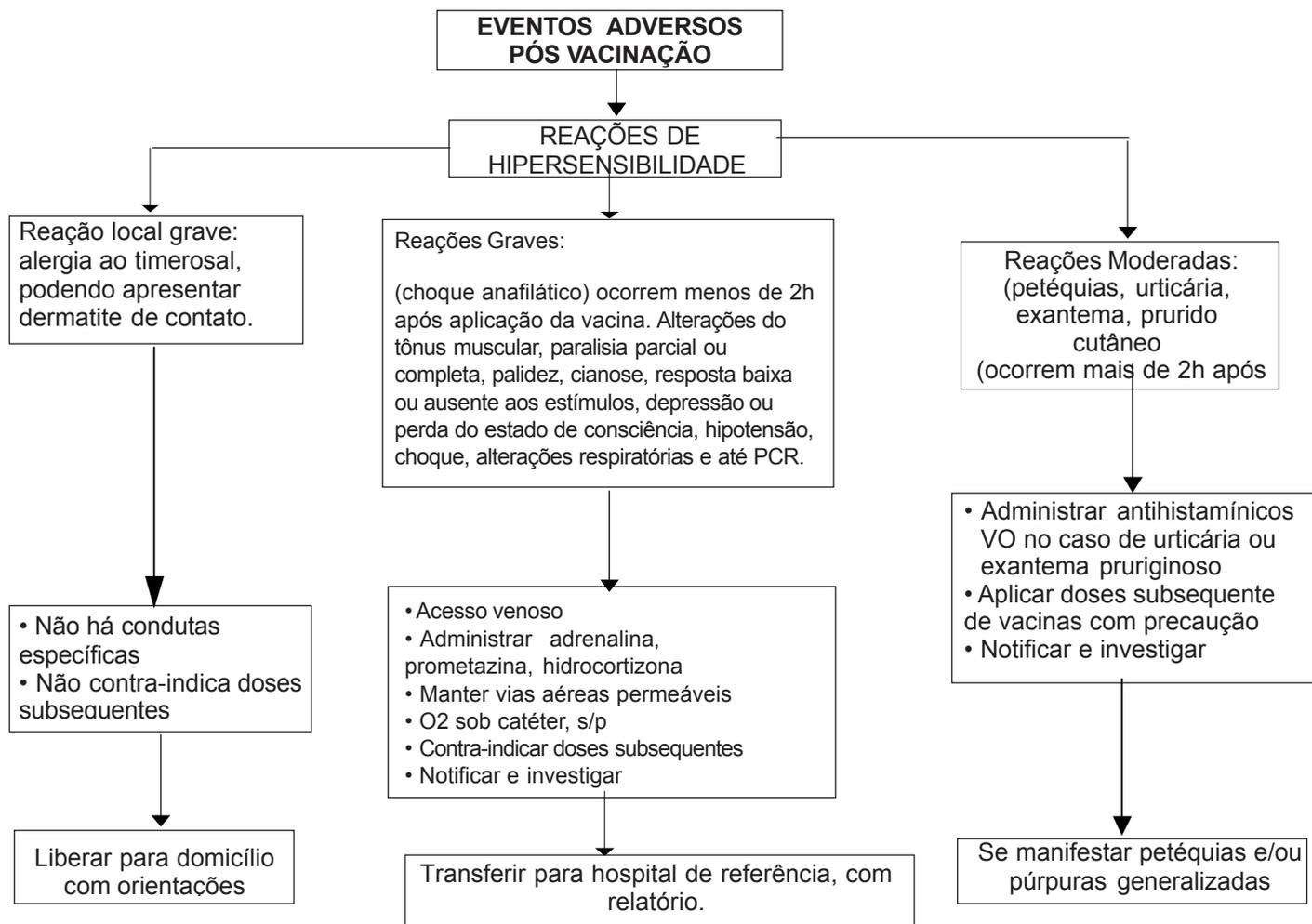
IMUNOPREVENÇÃO / VACINAS ESPECIAIS – TABELA II

| Vacina | Conservação | Volume da dose | Via de administração | Validade após abertura do frasco |
|--------------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------|---|
| Contra varicela | + 2°C a 8° C ou -20° C | 0,5 ml | SC | - |
| Contra pneumococo | + 2°C a 8° C | 0,5 ml | SC ou IM | - |
| Contra hepatite A | + 2°C a 8° C | 0,5 a 1 ml | IM | - |
| Vacina contra meningococo A e C | + 2°C a 8° C | 0,5 ml | SC ou IM | - |
| Contra vírus da influenza (campanha) | + 2°C a 8° C | 0,25 ou 0,5 ml | IM | 8 horas |

IMUNOPREVENÇÃO/ EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO / FLUXOGRAMA - I



IMUNOPREVENÇÃO / EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO / FLUXOGRAMA - II



LEPTOSPIROSE

EPIDEMIOLOGIA:

É uma zoonose de grande importância social e econômica por apresentar elevada incidência em determinadas áreas, alto custo hospitalar e perdas de dias de trabalho, como também por sua letalidade, que pode chegar a até 40% dos casos mais graves. No Brasil é uma doença endêmica, tornando-se epidêmica em períodos chuvosos, principalmente em centros urbanos maiores, devido à aglomeração populacional de baixa renda em condições inadequadas de saneamento e à alta infestação de roedores infectados. Entre os casos notificados as maiores frequências têm sido encontradas entre indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 35 anos. A maior parte dos casos ocorre entre pessoas que habitam ou trabalham em locais com más condições de saneamento e exposto à urina de roedores. No período de 1991 a 2000, foram confirmados no Brasil, 34.124 casos de leptospirose, com uma média anual de 3.414, variando entre 1.728 (1993) e 5.579 casos (1996), sendo observado em alguns lugares aumento da letalidade.

MEDIDAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO:

- Controle da população de roedores: anti-ratização, desratização e corretivas do meio ambiente (manejo integrado);
- Atividades educativas para alertar a população sobre a distribuição da doença, formas de transmissão, manifestações clínicas e medidas de prevenção da doença;
- Redução do risco de exposição de ferimentos às águas/lama de enchentes ou outra situação de risco;
- Medidas de proteção individual para trabalhadores ou indivíduos expostos ao risco, através do uso de equipamentos de proteção individual como luvas e botas;
- Limpeza e desinfecção de áreas físicas e domiciliares contaminadas, com solução de hipoclorito de sódio (100ml de água sanitária para 10 litros de água);
- Utilização de água potável, filtrada, fervida ou clorada para consumo humano;
- Vigilância sanitária dos alimentos, descartando os que entraram em contato com águas contaminadas;
- Armazenagem apropriada dos alimentos em locais livres de roedores;
- Destino adequado do lixo, principal fonte de alimento de roedores;
- Manutenção de terrenos baldios, públicos e/ou privados, murados e livres de mato e entulhos, evitando condições à instalação de roedores;
- Eliminar entulho, materiais de construção ou objetos em desuso que possam oferecer abrigo a roedores;
- Construção e manutenção permanente das galerias de águas pluviais e esgoto em áreas urbanas;
- Desassoreamento, limpeza e canalização de córregos.

Para viabilização de algumas medidas é necessário que a equipe de saúde articule com outros setores ou órgão competentes.

LEPTOSPIROSE / CONTINUAÇÃO

DEFINIÇÃO DE CASO:

SUSPEITO:

- Indivíduo com febre de início súbito, mialgias, cefaléia, mal estar e/ou prostração, associados a um ou mais dos seguintes sinais e/ou sintomas: sufusão conjuntival ou conjuntivite, náuseas e/ou vômitos, calafrios, alterações do volume urinário, icterícia, fenômeno hemorrágico e/ou alterações hepáticas, renais e vasculares compatíveis com leptospirose icterica (Síndrome de Weil) ou anictérica grave;
- Indivíduo que apresente sinais e sintomas de processo infeccioso inespecífico com antecedentes epidemiológicos sugestivos nos últimos trinta dias anteriores à data de início dos primeiros sintomas.

Considera-se como antecedentes epidemiológicos sugestivos:

- Exposição a enchentes, lama ou coleções hídricas potencialmente contaminadas;
- Exposição a esgoto e fossas;
- Atividades que envolvam risco ocupacional com coleta de lixo, limpeza de córregos, trabalho em água ou esgoto, manejo de animais, agricultura em áreas alagadas, dentre outros;
- Manipulação de animais domésticos, como cães e gatos, em tosa, banho e exame clínico (no caso de funcionários de Pet Shops e veterinários);
- Presença de animais infectados nos locais frequentados pela pessoa.

CONFIRMADO:

Critério clínico laboratorial: presença de sinais e sintomas clínicos compatíveis, associados a um ou mais dos seguintes resultados de exames laboratoriais:

- Isolamento da Leptospira (em sangue, líquido, urina ou tecido);
- Reação de macroaglutinação reagente;
- Teste ELISA – IgM reagente;
- Soroconversão na reação de microaglutinação, entendida, como o aumento ou a diminuição, de 4 vezes ou mais, nos títulos entre amostras sanguíneas coletadas com um intervalo de 14 a 21 dias entre elas;
- Imunohistoquímica positiva para leptospirose em pacientes suspeitos que evoluíram para óbito.

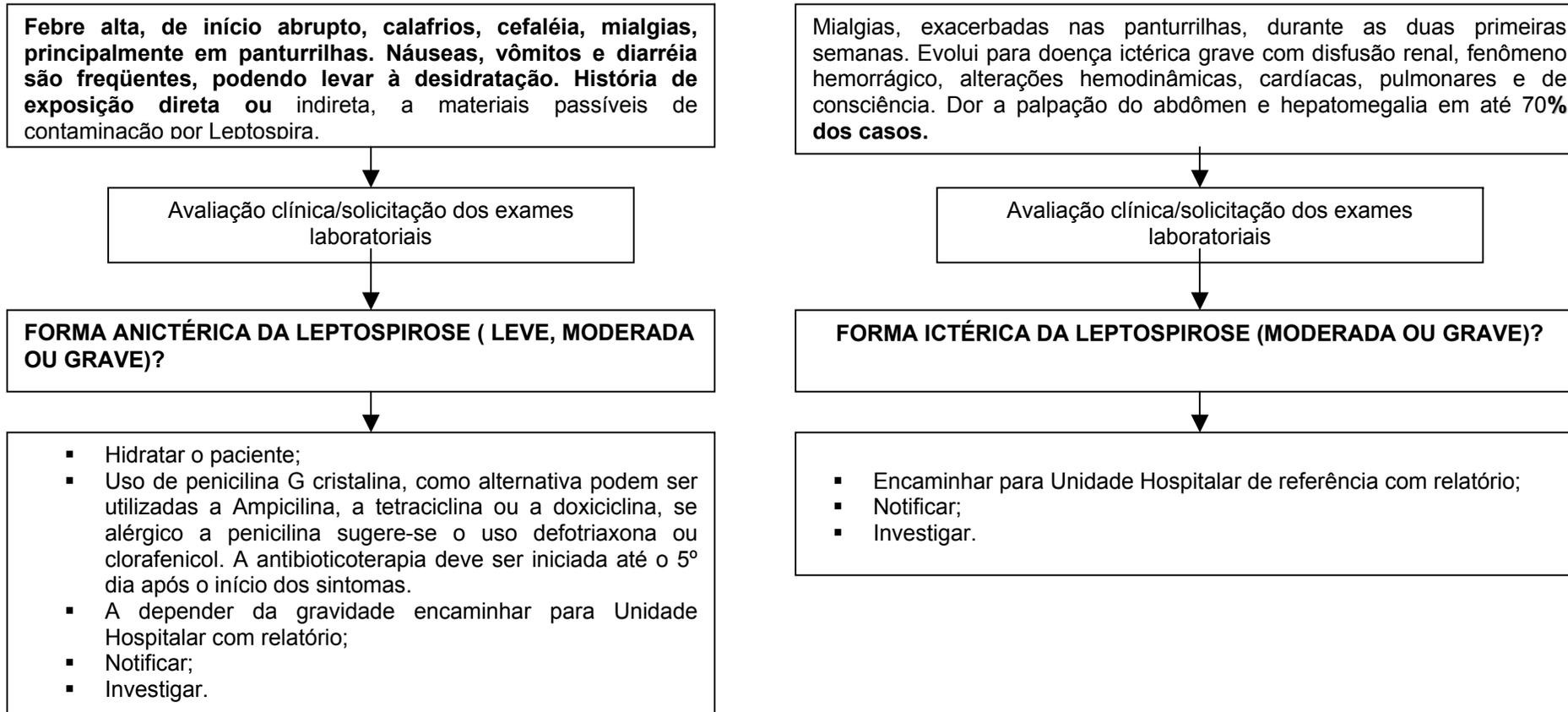
Critério clínico epidemiológico

- Todo caso suspeito que apresente sinais e/ou sintomas inespecíficos associados com alterações nas funções hepáticas e/ou renais vasculares, e antecedentes epidemiológicos que por algum motivo não tenha colhido material para exames laboratoriais específicos, ou estes tenham resultado não reagente com amostra única coletada antes do 7º dia de doença;
- Todo caso suspeito com o mesmo vínculo epidemiológico de um caso já confirmado por critério clínico-laboratorial que, por alguma motivo, não tenha colhido material para exames laboratoriais específicos, ou estes tenham resultado não reagente, com amostra única coletada antes do 7º dia de doença.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

O RESULTADO NEGATIVO (não reagente) de qualquer exame sorológico específico para a leptospirose (macroaglutinação, microaglutinação, ELISA - IgM, ou outros), com amostra sanguínea coletada antes do 7º dia do início dos sintomas, não descarta o caso suspeito. Outra amostra sanguínea deverá ser coletada, a partir do 7º dia do início dos sintomas, para auxiliar na interpretação do diagnóstico, conforme referido anteriormente (lembrar que, o pico de produção de anticorpos, dá-se a partir do 14º dia do início dos sintomas).

LEPTOSPIROSE / FLUXOGRAMA



MENINGITE/MENINGOCOCCEMIA

EPIDEMIOLOGIA:

As meningites têm distribuição mundial e sua expressão epidemiológica varia, de região para região, dependendo de aglomerados populacionais, fatores climáticos, agentes circulantes e a falta de acesso à infra-estrutura adequada de serviços de saúde. Durante a década de 90 foram notificados, em média, 28.000 casos/ano de meningites, de todos os tipos, no Brasil, sendo que 18% desses corresponderam à meningite meningocócica - média de 5.000 casos anuais.

DEFINIÇÃO DE CASO DE MENINGITE:

CASO SUSPEITO: todo aquele que apresenta sinais e sintomas de meningite - febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca, sonolência, alteração do humor, convulsões.

CASO CONFIRMADO: caso suspeito com isolamento bacteriano ou viral (cultura), ou detecção de antígeno polissacarídico (CIE – contra-imunoeletroforese cruzada e aglutinação pelo Látex) e PCR – reação em cadeia pela polimerase, bacterioscopia e quimiocitológico ou por critério clínico.

* Padrão ouro é a cultura

COMUNICANTE: moradores do mesmo domicílio, comunicantes de creche, pessoas diretamente expostas às secreções do paciente.

MENINGOCOCCEMIA: doença infecciosa causada pela *Neisseria meningitidis*, que inicia com mal-estar súbito, febre alta, calafrios, prostração acompanhada de manifestações hemorrágicas na pele (petéquias e equimoses). A doença se desenvolve de forma fulminante, podendo evoluir para óbito em poucas horas.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE:

- Orientar a população para que seja encaminhado, a uma Unidade de Saúde, qualquer indivíduo com sinais e sintomas de meningite;
- Diagnóstico precoce e tratamento oportuno;
- Notificar de imediato e compulsoriamente todo caso suspeito às autoridades sanitárias;
- Vacinas meningo (A e C); pneumococo - Imunológicos especiais/CRIE;
HIB e BCG – imunológicos de rotina.
- Realizar de forma adequada, e em tempo hábil, a quimioprofilaxia dos contatos íntimos, quando indicado (meningite meningocócica, meningococemia e meningite por *Haemophilus influenzae*);

Quimioprofilaxia – Prevenção de casos secundários (droga de escolha é a rifamicina):

- Meningite meningocócica e meningococemia: deve ser administrada precocemente, simultaneamente a todos os contatos, no prazo de até 10 dias preferencialmente nas primeiras 48 horas do início dos sintomas do caso índice. É recomendado também a pacientes antes da alta, no mesmo esquema preconizado para os contatos, exceto se o tratamento da doença foi com ceftriaxona, droga capaz de eliminar o meningococo da orofaringe.

- Meningite por *Haemophilus Influenzae* - quimioprofilaxia esta indicado nas seguintes situações:

- Se houver crianças, com menos de 48 meses, no domicílio do caso índice, todos os contatos. O caso índice também deverá receber a quimioprofilaxia antes da alta, exceto se o tratamento instituído foi ceftriaxona, nas doses indicadas;
- Crianças menores de 5 anos, não vacinadas com tetravalente/ HIB ou com esquema vacinal incompleto, deverão ser vacinadas e também receber a quimioprofilaxia.
- Em creches que tenham crianças menores de 24 meses, não vacinadas ou com esquema incompleto, se o contato com o índice tiver sido superior a 25 horas semanais, os adultos e crianças deverão receber a quimioprofilaxia;
- Em creches e escolas, quando as crianças tiverem mais de 2 anos, a quimioprofilaxia é necessária se houver mais de um caso, em um período de 60 dias, adultos e crianças deverão receber quimioprofilaxia.

MENINGITE/MENINGOCOCCEMIA / FLUXOGRAMA

- Febre alta, cefaléia intensa, náuseas, vômitos, rigidez de nuca, sonolência, alteração de humor, convulsões;
- Mal-estar súbito, febre alta, calafrios, prostração acompanhada de manifestações hemorrágicas na pele -

Avaliação clínica – investigar sinais de Kerning e de Brudzinski

Meningite? / Meningococemia?

Sim

Não

- Notificar de imediato e compulsoriamente no SINAN;
- Encaminhar com urgência para hospital/unidade especializada com relatório;
- Investigar e adotar medidas de controle em conjunto com a vigilância epidemiológica. Confirmar ou descartar caso no SINAN.

Investigar outras causas e encaminhar para centro especializado

Sinal de Kerning: resposta em flexão da articulação do joelho, quando a coxa é colocada em certo grau de flexão, relativamente ao tronco. Verificar:

- Paciente em decúbito dorsal: eleva-se o tronco, fletindo-o sobre a bacia; há flexão da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia; e
- Paciente em decúbito dorsal: eleva-se o membro inferior em extensão, fletindo-o sobre a bacia; após pequena angulação, há flexão da perna sobre a coxa.

Sinal de Brudzinski: flexão involuntária da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia. ao se tentar fletir a cabeça do paciente.

OBS: Em crianças até nove meses, as meningites poderão não apresentar os sinais clássicos de irritação meníngea. Outros sinais e sintomas permitem a suspeita diagnóstica, tais como: febre, irritabilidade ou agitação, grito meníngeo (grito ao ser manipulada, principalmente, quando se flete as pernas para trocar a fralda) e recusa alimentar, acompanhada ou não de vômitos, convulsões e abaulamento de fontanela.

MANEJO DAS INFECÇÕES CONGÊNITAS E PERINATAIS

Definição: São infecções adquiridas durante a gestação e/ou no período perinatal, que podem trazer conseqüências graves para o recém-nascido como malformações, deficiências auditivas e visuais, entre outras conseqüências. Por isso, é de extrema importância a realização de um pré-natal adequado para que a infecção seja diagnosticada precocemente, e dessa forma, impedir ou minimizar os efeitos sobre o recém-nascido. As infecções que ocorrem neste período não são de fácil diagnóstico, pois mesmo na gestante cursam oligossintomática, passando muitas vezes desapercebidas; no RN, a grande maioria é assintomática, com surgimento tardio de manifestações clínicas ou até mesmo de seqüelas. As infecções abordadas neste capítulo são sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, varicela zoster e AIDS e HTLV I E II.

Papel da equipe de saúde da Atenção Básica: Viabilizar o início mais precoce possível do pré-natal de gestantes de sua área de abrangência; Detectar precocemente as infecções perinatais congênitas para tratamento, reduzindo assim as chances de transmissão e seus danos. Realizar investigação e notificação, se necessária.

MANEJO DAS INFECÇÕES CONGÊNTAS E PERINATAIS / CONTINUAÇÃO

| PATOLOGIA | FATORES DE RISCO | QUADRO CLÍNICO | LABORATÓRIO | TRATAMENTO | ACOMPANHAMENTO |
|-----------|--|--|---|--|--|
| Sífilis | Comportamento sexual de risco da mãe e/ou parceiro | <p>Precoce (quando as manifestações clínicas ocorrem nos primeiros 2 anos de vida): LESÕES MAJOR: lesões máculopapulares, pênfigo palmoplantar, periostite, osteocondrite, rinorréia persistente e condiloma. Podem ocorrer ainda: anemia, hepatoesplenomegalia, perda de pelos, fissuras periorificiais, atrofia ungueal, perionix, laringite, icterícia, diátese hemorrágica, diarreia, miocardite, pneumonia, hipertensão pulmonar (broncopneumonia localizada, hemorragia pulmonar, infiltrado intersticial de mononucleares, com fibrose), meningite, hidrocefalia, neurite óptica, glaucoma, uveíte, glomerulonefrite, síndrome nefrótica, pseudoparalisia de Parrot (paralisia de plexo braquial) osteomielite, baixo peso.</p> <p>Tardia: As manifestações clínicas ocorrem a partir dos dois anos de vida: Fronte olímpica, ceratite intersticial, surdez labiríntica, nariz em sela, hidrocefalia, retardo mental, dentes de Hutschinson, tibia em lâmina de sabre, paralisia dos nervos cranianos, meningoencefalite, irite, coriorretinite, iridociclite, lesões gomosas em véu do palato, fibrose hepática.</p> | <p>VDRL quantitativo e qualitativo do binômio mãe/bebê</p> <p>FTA ABS ou, HTPA</p> <p>Líquor: celularidade aumentada as custas de linfócitos proteína elevada, VDRL que pode ou não ser positivo.</p> <p>Raio X de ossos longos: periostite</p> <p>Hemograma: inespecífico, mas pode haver linfocitose, anemia e plaquetopenia</p> | <p>Penicilina cristalina 100.000U/l a 150.000UI/kg/dia por dez dias. Se houver envolvimento de SNC fazer 150.000U/kg/dia por 14 dias.</p> <p>Pode ser utilizado Penicilina procaína 50.000 U/kg/dia, IM dose única diária por 10 dias.</p> <p>Toda criança cuja mãe for soropositiva para sífilis e estiver clinicamente bem com VDRL positivo havendo dificuldade de seguimento, fazer uma dose de penicilina benzatina (50.000UI/Kg)</p> <p>Todo RN cuja mãe tenha VDRL + (independente das titulação) que não tenha sido tratada na gestação, ou tenha sido tratada inadequadamente (uso de eritromicina, penicilina incompleta ou instituído nos 30 dias que antecederam o parto) deverá ser investigado e tratado para sífilis independente do seu VDRL</p> | <p>Acompanhar o RN com consulta mensal, no primeiro ano de vida;</p> <p>Realizar VDRL no 1º,3º,6º,12º,18 e 24º mês, interrompendo quando negativar;</p> <p>Se houver elevação de títulos sorológicos ou caso não haja negatificação até os 18 meses, reinvestigar o caso;</p> <p>Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral para as crianças infectadas;</p> <p>Crianças com alteração de líquido devem ser referidas ao hospital para controle semestral (até os 24 meses, se necessário).</p> <p>de líquido até a sua normalização;</p> <p>Nos casos de crianças tratadas inadequadamente, na dose e/ou tempo preconizados, deve-se proceder à reavaliação clínico-laboratorial:</p> <p>Se houver alterações, reiniciar o tratamento conforme o caso, obedecendo aos esquemas preconizados;</p> <p>Se normal, fazer seguimento ambulatorial. Notificar no SINAN.</p> |

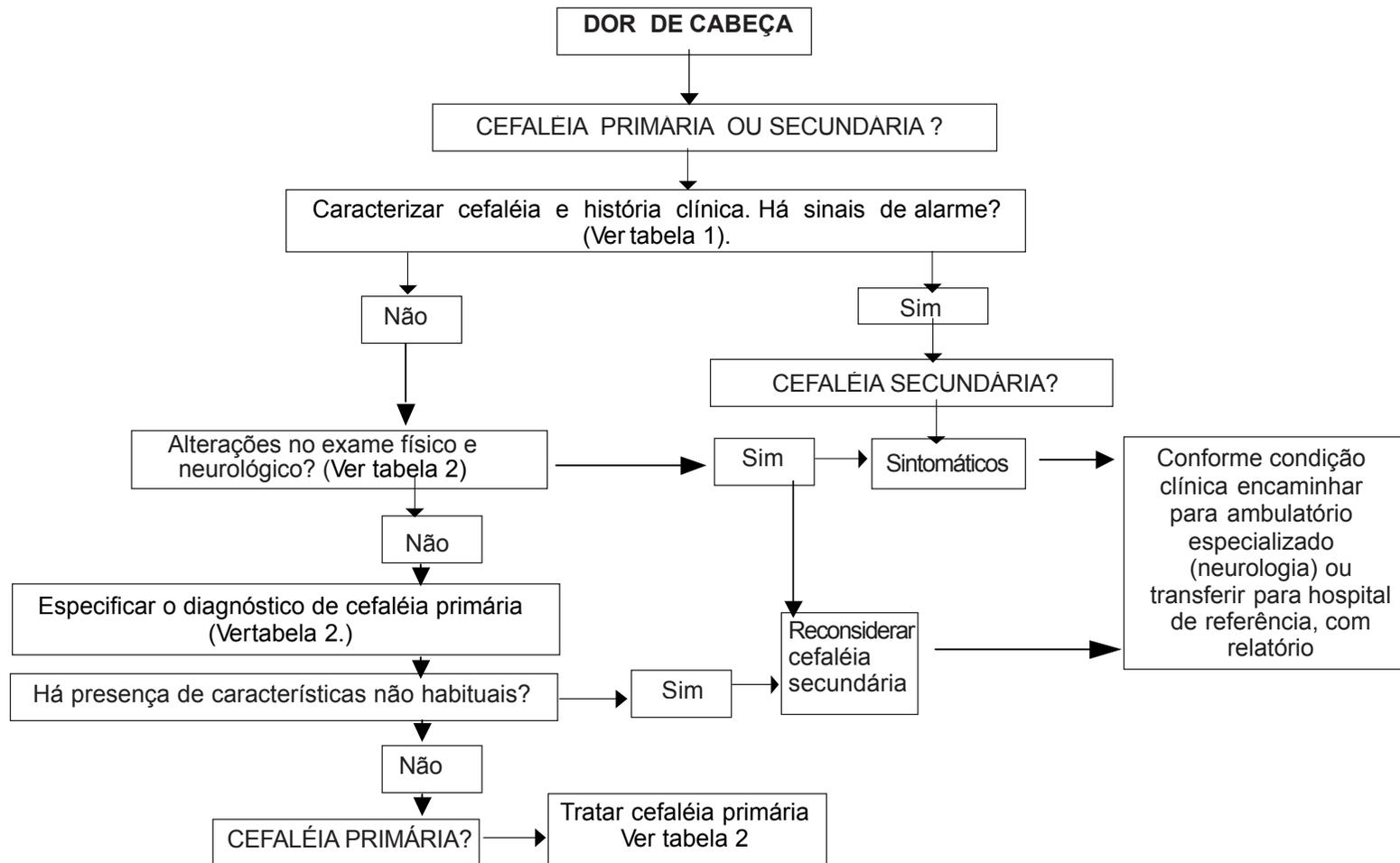
| | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|
| <p>Toxoplasmose</p> | <p>Mãe com história de contato com locais contaminados, com fezes de gatos, ingestão de leite não pasteurizado, ingestão de carne mal cozida, contato com carne ou ovos crus. Viragem sorológica na gestação.</p> | <p>70% das crianças são assintomáticas ao nascimento; podem apresentar coriorretinite, convulsão, micro ou hidrocefalia, febre, hipotermia, calcificações cranianas, hiperproteinorraquia, hepatoesplenomegalia, icterícia, apnéia ou taquipnéia, linfadenomegalia, vômitos, diarreia, pneumonite, diátese hemorrágica, rash cutâneo, catarata, glaucoma, microftalmia. Mais raramente hidropsia fetal, retardo mental e miocardite. A forma subclínica é a mais comum com história materna, sorologia positiva no RN, alterações leves no líquido e posteriormente seqüelas oculares e neurológicas.</p> | <p>Imunofluorescência indireta IgG seriada ELISA IgM por captura IgG quantitativo, parear título da criança com título materno (se título da criança superior ao materno considerar toxoplasmose congênita) Líquor: aumento da celularidade e da proteína Raios-X de ossos do crânio Ultrassom transfontanela TC de crânio Oftalmoscopia e audiometria. Obs: as sorologias do binômio mãe/bebê devem ser colhidas no mesmo dia e no mesmo laboratório, o mais precoce possível.</p> | <p>Sulfadiazina e pirimetamina associado ao ácido fólico durante todo o primeiro ano de vida. Quando há comprometimento do SNC e/ou ocular fazer uso de Prednisona oral, por quatro semanas. Sulfadiazina: 100 mg/kg/dia, VO, 6/6h Pirimetamina: 1 mg/kg/dia, VO, 12/12h Acido fólico: 5 a 10 mg mg três vezes na semana O tratamento específico deve ser iniciado nos casos sob risco mas ainda sem diagnóstico até haver o necessário esclarecimento.</p> | <p>Fazer puericultura, esquema vacinal de rotina, orientações sobre sinais clínicos de toxoplasmose e busca ativa para todas as crianças suspeitas, em investigação ou confirmadas de toxoplasmose congênita; Em relação aos casos suspeitos: Fazer visita precoce ao RN e agendar exame pediátrico na UBS (Unidade Básica de Saúde) o mais breve, se possível na maternidade; A UBS deve solicitar IgG e IgM por captura para toxoplasmose da mãe e do RN o mais breve possível. Encaminhar para consulta com oftalmologista para realização de fundoscopia. Encaminhar para avaliação com infectologia pediátrica para o 30º dia de vida; Monitorar uso adequado da medicação dos RN suspeitos de mães com toxoplasmose gestacional confirmada. Em relação aos casos em investigação: Só suspender o tratamento depois que for afastado a possibilidade de toxoplasmose congênita. Deverá ser acompanhado pelo infectologista desde o nascimento até alta após ser afastada a doença. Em relação aos casos confirmados: Fazer visita domiciliar bimestral nos lactentes confirmados; Monitorar uso da medicação, comparecimento às consultas de infectologia e eventuais intercorrências; Na detecção de sinais de coriorretinite ou uveíte em atividade, associar corticoide ao tratamento</p> |
|----------------------------|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| Rubéola/ Síndrome da rubéola congênita | Gestante soronegativa, em contato com o agente viral. | Apenas 50% tem manifestações ao nascer. Pode ocorrer restrição do crescimento intra-uterino, cardiopatia congênita (PCA, estenose pulmonar), surdez neurossensorial, catarata, glaucoma, púrpura; na forma aguda ocorrem adenite, hepatoesplenomegalia, icterícia, lesões ósseas, encefalite, meningite, miocardite, lesões oculares, anemia, plaquetopenia; manifestações tardias: déficit neurológico, defeitos de audição, autismo, retardo psicomotor, doenças da tireóide, diabetes mellitus. | Isolamento viral em urina, conjuntiva, líquido, nasofaringe Inibição da hemaglutinação ELISA IgM por captura e IgG quantitativa da mãe e do bebê. Obs: as sorologias do binômio mãe/bebê devem ser colhidas no mesmo dia e no mesmo laboratório. Líquor (hiperproteínoorraquia) Avaliação oftalmológica, cardiológica e audiológica., US transfontanela, Tc de crânio | Nenhum específico. O paciente deve ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar capaz de oferecer um maior suporte às possíveis seqüelas. | |
| Citomegalovírus | Gestante com IgM positivo na gestação e gestante soronegativa (IGM e IGG) | Apenas 10% tem manifestações clínicas sendo que 20 a 30% deste grupo apresenta doença grave. Podem ocorrer baixo peso, prematuridade, macro ou microcefalia, icterícia, coriorretinite, hepatoesplenomegalia, pneumonia, hepatite, petequias, trombocitopenia, calcificações cerebrais periventriculares, surdez neurossensorial, seqüelas neurológicas. O CMV está relacionado a anomalias do trato digestivo, genito-urinário e músculo-esquelético. | Cultura de urina, PCR no sangue e/ou urina, ELISA IgG quantitativo e IgM por captura do binômio mãe/bebê, teste de avidéz para IgG, líquido, US transfontanela, oftalmoscopia, audiometria, hemograma, Raio X de crânio, TC de crânio Obs: as sorologias do binômio mãe/bebê devem ser colhidas no mesmo dia e no mesmo laboratório. | Suporte clínico Quando houver envolvimento do SNC e/ou ocular, pneumonite, viremia grave ou hepatite encaminhar para unidade de referência para uso de antivirais | |

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|---|--|---|
| Herpes simples | Herpes genital ou labial materno | Surgimento na 2ª ou 3ª semana de vida com lesões vesico-bolhosas em pele e mucosa oral, ceratoconjuntivite ou coriorretinite. Pode haver abaulamento de fontanela, irritabilidade, convulsões, encefalite. Em casos mais graves (forma disseminada) apresenta envolvimento de SNC, sufusões hemorrágicas, hepatoesplenomegalia, apnéia, icterícia,, febre, rash ou púrpura, choque, colapso vascular. Em caso infecção intra-uterina (mais raro) apresenta-se com cicatrizes cutâneas, coriorretinite, microftalmia, hidrocefalia. | ELISA IgG quantitativa IgM por captura mãe/bebê Obs: as sorologias do binômio mãe/bebê devem ser colhidas no mesmo dia e no mesmo laboratório. Raio X de crânio USG transfontanela ou TC de crânio | Encaminhar para unidade de referência para uso de antiviral | |
| Hepatite A | | História materna (grave na gestante) em geral RN assintomático. | Alteração de função hepática Anti- VHA IgM elevada | | |
| Hepatite B | Mãe com AgHBs positivo; Comportamento sexual de risco da genitora e/ou parceiro; exposição a perfurocorantes contaminados; uso de hemoderivados. | RN geralmente assintomático, mas uma vez infectado, tem grande chance de evoluir para hepatite crônica, cirrose ou apresentar hepatocarcinoma; Pode apresentar-se sob a forma de hepatite fulminante. | Alteração da função hepática; AgHBs, Anti-HBc Mãe: AgHBs, AgHBe, Anti Hbe, Anti-HBc | Vacina e Imunoglobina específica (0,5 ml de cada IM) nas primeiras 12 horas de vida, quando a mãe for AgHBs positiva. Liberar aleitamento materno após uso de vacina e imunoglobulina | Encaminhar para centro de referência |

| | | | | | |
|--------------------|--|---|--|--|---|
| Hepatite C | Comportamento sexual de risco da genitora e/ou parceiro; exposição a perfurocorantes contaminados; Anti HCV +; uso de hemoderivados; | Quadro clínico assintomático | ELISA Anti HVC seriado ou PCR aos dois e seis meses | | Encaminhar para centro de referência |
| AIDS | Genitora soropositiva e transfusão de hemoderivados | Inespecífico, a maioria assintomático no período neonatal | ELISA para HIV só quando não houver diagnóstico de infecção materna PCR- carga viral na primeira semana se sintomático ou com um mês se apresentar sintomatologia nas primeiras semanas de vida; caso contrário, realizar este exame aos dois e quatro meses. CD4 posteriormente | Antiretroviral para a genitora na gestação e parto; Lavagem gástrica se o RN deglutir sangue materno, banho precoce para remoção imediata de sangue ou secreções, antiretrovirais com 6 a 8 horas de vida (AZT, VO, 2 mg/kg/dose de 6/6h) por seis semanas;Fazer medicação EV quando a via oral não for possível. Contra indica-se o aleitamento materno. | Encaminhar par acentro de referência |
| HTLV I E II | Genitora soropositiva e transfusão de hemoderivados | Assintomático no período Neonatal.História importante de eczema,infecções piogênicas e manifestações neurológicas na infância | PCR (polymerase Chain Reaction) aos dois e seis meses; quando não for disponível, realizar ELISA seriado durante os primeiros 18 meses | Contra indica-se o aleitamento materno. | Encaminhar para centro de referência |

CEFALÉIA / FLUXOGRAMA



CEFALÉIA / CONTINUAÇÃO

| Tabela 1 SINAIS DE ALARME NO DIAGNÓSTICO DAS CEFALÉIAS |
|--|
| • Cefaléia que se inicia após os 50 anos (HAS, HIC, TU, arterite temporal?) |
| • Cefaléia de início súbito (AVCH, HSD, HSA, HAS2 ^a ?) |
| • Cefaléia com características progressivas: intensidade, frequência, duração. (processo expansivo intra-craniano?) |
| • Cefaléia de início recente em paciente com neoplasia ou HIV (implante metastático, toxoplasmose?) |
| • Cefaléia com doença sistêmica: febre, rigidez de nuca, rash cutâneo, púrpura, petequia (meningite, meningococcalite, leucose, distúrbio coagulação?) |
| • Cefaléia com sinais neurológicos focais (AVCI, AVCH, HSD, HSA, TU?) |
| • Cefaléia associada a edema de papila (processo expansivo intra-cerebral, edema cerebral?) |

Fonte: Adaptado -RBM – VER. BRAS. MED. – VOL. 58 – EDIÇÃO ESPECIAL – DEZEMBRO DE 2001

| Tabela 2 CEFALÉIAS PRIMÁRIAS |
|--|
| I. Migrânea ou enxaqueca <ol style="list-style-type: none">1. Migrânea sem aura2. Migrânea com aura3. Oftalmoplégica4. Retiniana5. Síndromes periódicas da infância que podem ser Precursores da ou associadas à migrânea6. Complicações da migrânea7. Distúrbio migranoso que não preenche os critérios acima |
| II. Cefaléia do tipo tensional <ol style="list-style-type: none">1. Episódica2. Crônica3. Cefaléia do tipo tensional que não preenche os critérios acima |
| III. Cefaléia em salvas e hemicrânia paroxística crônica <ol style="list-style-type: none">1. Cefaléia em salvas de periodicidade indeterminada2. Episódica3. Crônica4. Hemicrânia paroxística crônica5. Distúrbio do tipo cefaléia em salvas que não preenche os critérios acima |
| IV. Cefaléias não associadas à lesão estrutural intracraniana <ol style="list-style-type: none">1. Cefaléia idiopática em facadas2. Cefaléia por compressão externa3. Cefaléia do estímulo a frio4. Cefaléia benigna da tosse5. Cefaléia benigna do exercício6. Cefaléia associada à atividade sexual |

INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA - IRA

FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS RESPIRATÓRIAS:

- Desnutrição/anemia, carência de vitaminas A e D;
- Desmame precoce/esquema alimentar inadequado;
- Idade < de 5 anos e > 60 anos;
- Alergia respiratória;
- Poluição intra e extradomiciliar;
- Tabagismo passivo e ativo;
- Esquema vacinal incompleto;
- Aglomeração nas residências e creches;
- Imunodeficiências;
- Doenças cardiopulmonares;
- Refluxo gastroesofágico;
- Mal formações congênitas;
- Baixo peso ao nascer;
- Baixo nível sócio-econômico;
- Acessibilidade a serviços é fator prognóstico.

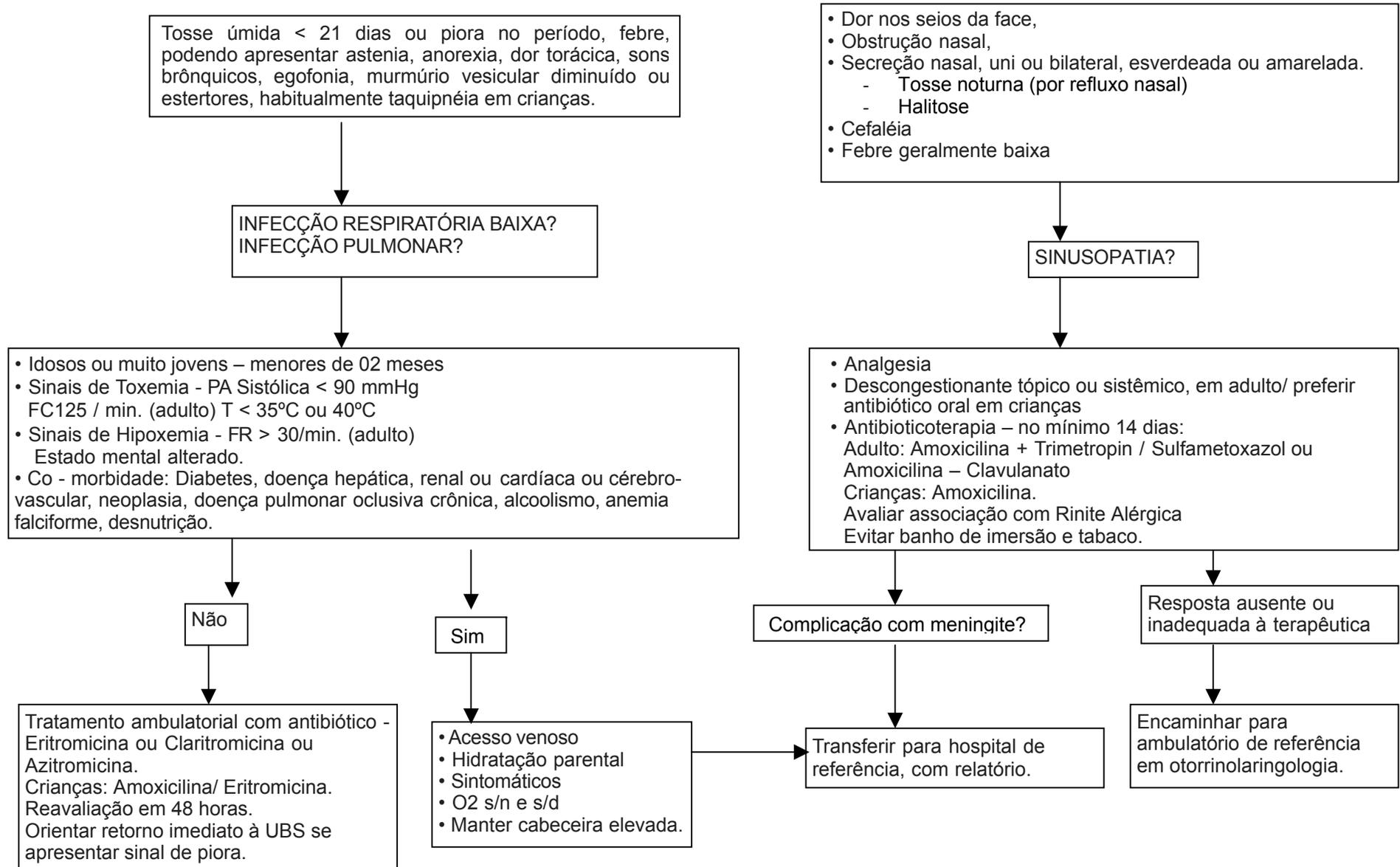
SINAIS INDICADORES DE GRAVIDADE:

- Aspecto toxêmico;
- Alterações do sensório;
- Convulsão;
- Hipotermia;
- Vômitos ou dificuldade para ingerir líquidos;
- Desnutrição protéico-calórica;
- Gemidos;
- Batimento de asa de nariz; cianose;
- Palidez;
- Apnéias; dispnéia;
- Taquipnéia;
- Taquicardia;
- Hipotensão;
- Tiragem subcostal.

VALORES NORMAIS DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (LIMITE SUPERIOR)

- Lactentes até 2 meses: menos de 60 movimentos respiratórios por minuto (mrp);
- Entre 2 e 11 meses: menos que 50 mrp;
- Entre 1 e 5 anos: menos que 40 mrp;
- Entre 6 a 8 anos: menos de 30 mrp;
- Maiores de 8 anos e adultos: menos de 20 mrp.

INFECÇÃO RESPIRATÓRIA / FLUXOGRAMA



FARINGOAMIGDALITES / FLUXOGRAMA

Doença inflamatória das amígdalas e da mucosa que reveste as estruturas da faringe, geralmente de início agudo, caracterizado por dor na garganta, febre e alteração inflamatória da orofaringe acompanhada de odinofagia, cefaléia, náuseas e vômitos.

Avaliação Clínica

Febre variável, pouca dor, bom estado geral; Pode haver coriza, tosse, rouquidão, conjuntivite e diarreia. Início gradual.
Ao exame da orofaringe: hiperemia, úlceras, vesículas raramente com pontos de pus, adenomegalia cervical posterior. Pode apresentar pontilhadas brancas, pequenas vesículas ou úlceras no palato mole e nas pilares anteriores.

Faringoamigdalite viral?

Antitérmico/ analgésico.

OBS: O uso de antiinflamatórios não hormonais, pastilhas e soluções anti-sépticas bucais não têm indicação. Não tem indicação de uso de antibióticos.

Dor de garganta, dor à deglutição e febre alta (39 a 40°), cefaléia, dor abdominal, náuseas, vômitos podem ocorrer.
Ao exame da orofaringe: hiperemia, com ou sem exudato e linfadenite cervical anterior dolorosa. Outros achados incluem petéquias no palato e/ou nos pilares tonsilares anteriores, edema de úvula com hiperemia, erosões com crostas nas fossas nasais e rash escarlariforme.

Faringoamigdalite estreptocócica?

Antitérmico/ analgésico.

Antibiótico:

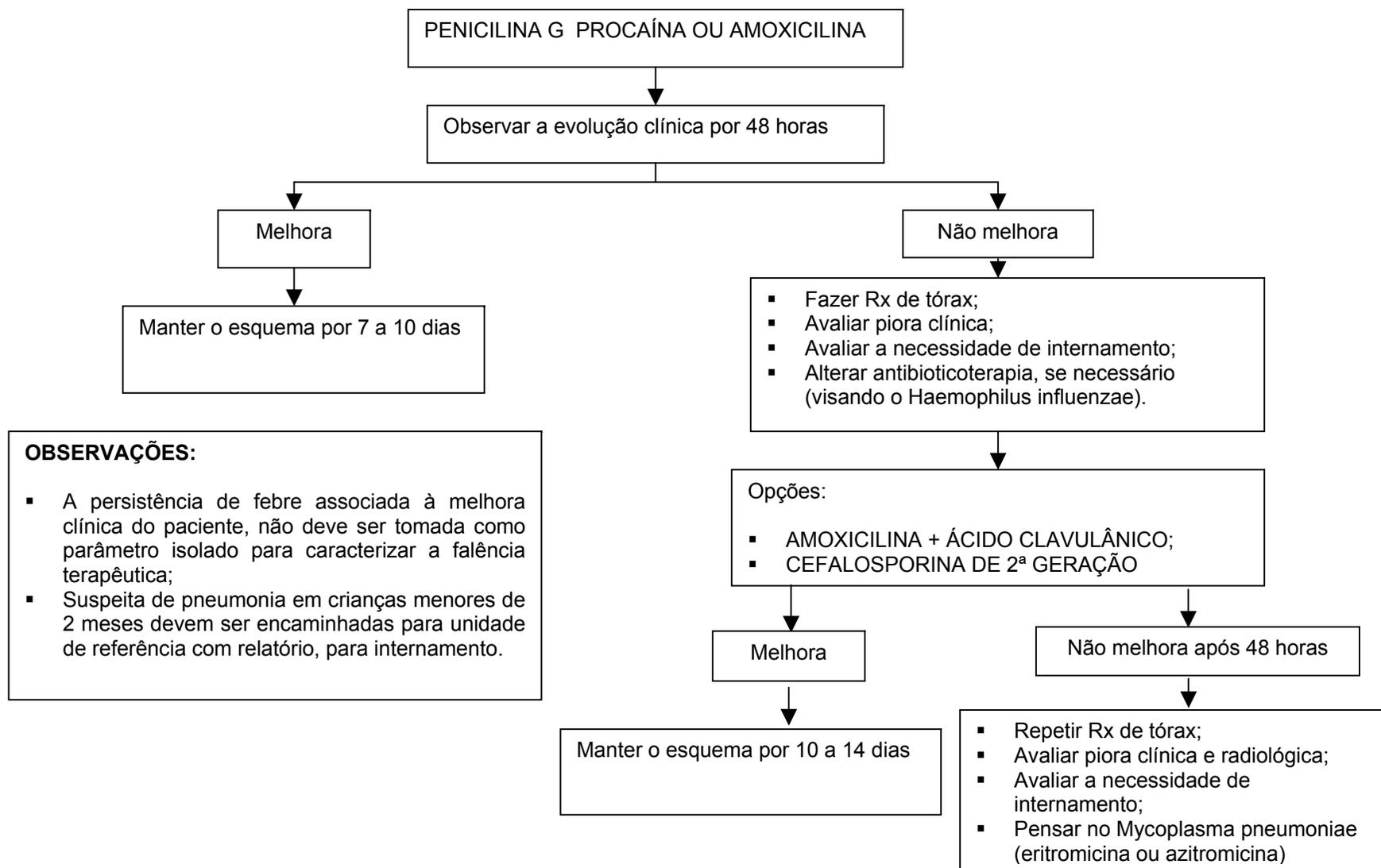
- Penicilina benzatina dose única ou
- Amoxicilina por 10 dias;
- Se alergia à penicilina: eritromicina por 10 dias.

PNEUMONIA

Agentes etiológicos mais prováveis, por faixa etária, de pneumonia comunitária.

| IDADE | AGENTE ETIOLÓGICO | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS |
|---------------------|---|---|
| 0 – 20 dias | <p>Estreptococo do Grupo B</p> <p>Enterobactérias (ex. E. coli, Klebsiella sp., proteus sp.)</p> <p>Citomegalovirus</p> <p>Listeria monocytogenes</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sepses precoce; pneumonia grave, bilateral, difusa ▪ Infecção nosocomial, geralmente após 7 dias de vida ▪ Outros sinais de infecção congênita ▪ Sepses precoce |
| 3 semanas a 3 meses | <p>Chlamydia trachomatis</p> <p>Vírus sincial respiratório (VSR)</p> <p>Streptococcus pneumoniae</p> <p>Staphylococcus aureus</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afebril, progressiva, subaguda, infiltrado intersticial; ▪ Infecção genital materna ▪ Pico de incidência entre 2 e 7 meses de vida, rinorréia profusa, sibilância, predomínio no inverno e primavera ▪ Quadro semelhante ao VSR, afetando crianças maiores, sem caráter sazonal ▪ Provavelmente a causa mais comum de pneumonia bacteriana ▪ Pneumonia ocorre em casos graves ▪ Doença grave, freqüentemente complicada. |
| 4 meses a 4 anos | <p>Streptococcus pneumoniae</p> <p>Haemophilus influenzae</p> <p>Staphylococcus aureus</p> <p>Mycoplasma pneumoniae</p> <p>VSR, parainfluenza, influenza, adenovirus, rinovirus</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Causam pneumonia freqüentemente entre crianças mais jovens deste grupo etário ▪ Causa mais provável de pneumonia lobar ou segmentar, mas também pode cursar com outras apresentações radiológicas ▪ Tipo b em desaparecimento devido ao uso da vacina conjugada em larga escala; outros tipos e não tipáveis também causam pneumonia ▪ Doença grave, freqüentemente complicada, entre os mais jovens deste grupo etário ▪ Crianças mais velhas neste grupo etário ▪ História epidemiológica, ausência de resposta à terapêutica para os agentes mais comuns. |
| 5anos a 15 anos | <p>Streptococcus pneumoniae</p> <p>Mycoplasma pneumoniae</p> <p>Chlamydia pneumoniae</p> <p>Mycobacterium tuberculosis</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Causa freqüente neste grupo de pacientes; apresentação radiológica variável ▪ Causa controversa entre os indivíduos mais velhos deste grupo ▪ Causa mais freqüente de pneumonia lobar, mas também cursa com outras apresentações radiológicas ▪ Freqüência aumentada no início da puberdade e na gravidez |

TRATAMENTO AMBULATORIAL DAS PNEUMONIAS AGUDAS BACTERIANAS ADQUIRIDAS NA COMUNIDADE EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES / FLUXOGRAMA



OTITES MÉDIAS / FLUXOGRAMA

Processo inflamatório/infeccioso do ouvido médio, com sinais e sintomas de doença aguda local ou sistêmica (febre, otalgia, otorréia); pode está associado à irritabilidade, dificuldade para sugar, comprometimento do estado geral. Pode haver vômitos, diarreia, meningismo.

Avaliação clínica - otoscopia

Abaulamento, hiperemia difusa e intensa, e perda da translucidez com opacificação da membrana timpânica.

Otite média aguda?

Para dor: analgésico; orientar calor local – compressas quentes e secas, posição semi-sentada.
Para obstrução nasal: S.F. 0.9%, orientar limpeza freqüente das narinas e aumentar ingestão de líquidos.
Antibiótico: **1ª escolha – amoxicilina por 10 a 14 dias – retorno em 5 dias.**
Sem melhora - **2ª escolha – amoxicilina + ácido clavulânico por 10 a 14 dias.**

Hipoacusia associada membrana timpânica íntegra e/ou opacificada, podendo haver retração e aumento da vascularização, líquido presente pode ser seroso, mucoso ou purulento.

Otite média com efusão?

Na maioria dos casos a resolução é espontânea.
Uso de antibióticos
Seguimento na unidade de saúde a cada 2 a 4 semanas, até que se resolva a efusão no ouvido médio com normalização da otoscopia.
Caso não haja melhora dentro de 3 meses, encaminhar a unidade de referência com relatório para atendimento com especialista.

Supuração visível no ouvido, podendo ou não apresentar sinais e sintomas de infecção aguda.

Otite média supurativa?

Orientar limpeza do ouvido, com freqüência, com pano limpo;
Antibiótico sistêmico por 10 a 14 dias – reavaliar em 5 dias
OBS: Caso não melhore, em 2 semanas, encaminhar ao otorrinolaringologista com relatório.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

MASTOIDITE:

Otalgia, edema, abaulamento retroauricular, eritema do pavilhão auricular, tumefação dolorosa ao tato atrás da orelha.

TRATAMENTO:

Analgésico se necessário e **ENCAMINHAR URGENTEMENTE A UNIDADE DE REFERÊNCIA OU HOSPITAL COM RELATÓRIO.**

ACOMPANHAMENTO E MANEJO ELETIVO DA ASMA BRÔNQUICA

INVESTIGAR NA ANAMNESE:

- Descrição das crises e fatores desencadeantes;
- Caracterização do período intercrítico, pesquisando as limitações às atividades habituais e alterações de sono por sintomas respiratórios, faltas à escola/trabalho e medicação ou tratamentos utilizados nesse período;
- História sugestiva de condições mórbidas que possam agravar a doença ou sugerir outra patologia diferencial, como sinusopatias, cardiopatias, doença do refluxo gastroesofágico e outras;
- Antecedentes pessoais e familiares de atopia;
- Condições ambientais no domicílio, creche/escola e ou qualquer outro ambiente que a pessoa frequente regularmente.
- Uso regular de medicações.

EXAME FÍSICO:

- Observar estado de hidratação;
- Verificar presença de cianose, baqueteamento digital;
- Verificar a presença de batimento de asas do nariz;
- Exame específico do tórax:
 - Observar frequência respiratória e cardíaca;
 - Roncos, estertores e sibilos, uso de musculatura acessória, tipo de tórax.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Hemograma completo, prova tuberculínea nas crianças, protoparasitológico de fezes, radiografia de tórax em PA e perfil. Prova de função pulmonar, se possível.

SÍNDROME DO BEBÊ CHIADOR - QUADRO DE SIBILÂNCIA RECORRENTE EM CRIANÇAS ATÉ 2 ANOS DE IDADE

Causas freqüentes:

- | | | |
|---|--|--|
| ▪ Asma; | ▪ Displasia bronco-pulmonar; | ▪ Má formação gastroesofágica; |
| ▪ Infecções de vias aéreas superiores; | ▪ Tuberculose pulmonar; | ▪ Imunodeficiências; |
| ▪ Refluxo gastroesofágico; | ▪ Fibrose cística; | ▪ Síndrome de Löffler; |
| ▪ Cardiopatias (insuficiência cardíaca esquerda); | ▪ Aspiração de corpo estranho; | ▪ Exposição a alérgenos e poluentes. |
| ▪ Aspiração de repetição; | ▪ Neoplasias: do trato respiratório, massas mediastinais com compressão de vias respiratórias, leiomioma brônquico relacionada à SIDA. | ▪ Má formação do trato respiratório (anomalias traqueobrônquicas); |
| ▪ Traumática | | |

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O CONTROLE AMBIENTAL:

- Escolher o lugar mais arejado e quente para colocar a cama, evitando deixá-la próxima da parede;
- Abrir as janelas da casa e do lugar de dormir pelo menos uma hora por dia;
- O dormitório deve ser sem tapetes e carpetes, evitando móveis e objetos desnecessários e que possam juntar pó;
- As cortinas devem ser leves e lavadas com freqüência;
- Encapar colchões e travesseiros com material impermeável;
- Caso utilize mosquiteiros, lavá-los com freqüência;
- Sempre que possível conservar roupas, livros e objetos em armários fechados;
- Fazer a limpeza diária do chão e dos móveis com pano úmido - não varrer;
- Evitar roupas e cobertores de lã;
- Evitar brinquedos de tecido, principalmente os de pelúcia;
- Evitar ter animais com pêlos e penas dentro de casa e, caso tenha, mantê-los limpos e intensificar a limpeza da casa;
- Evitar odores fortes (perfumes, ceras, inseticidas, etc.);
- Evitar contato com pó, talco, giz;
- Manter plantas fora de casa, principalmente as de vaso de xaxim;
- **Caso haja alguém que fume desestimular que o faça em ambiente fechado.**

ASMA / FLUXOGRAMA

Episódios recorrentes e reversíveis de sibilância; dispnéia; tosse; tiragem intercostal. Geralmente são mais intensos pela manhã, ao acordar e

AVALIAÇÃO CLÍNICA

- Chiado, aperto no peito, falta de ar, tosse até 1X por semana;
- Sintomas apenas com exercício intenso, como correr;
- Atividade: faltas ocasionais ao trabalho ou escola;
- Sono em geral normal ou interrompido por sintomas de asma até duas vezes por mês.

ASMA LEVE?

- Tratamento medicamentoso: inalação com broncodilatador de curta ação ou beta-adrenérgico de curta ação em aerossol 1 a 2 aplicações 4 vezes ao dia na crise
- Orientação para eliminação de fatores desencadeantes e agravantes da asma;
- Orientação de exercícios físicos e respiratórios.
- Controle ambiental

Obs: Avaliar pacientes que necessitarão de medicação de controle (corticosteróide inalatório em baixas doses).

Em caso de crise vide fluxograma de crise asmática

- Chiado, aperto no peito, falta de ar, tosse – diários;
- Sintomas com exercícios moderados, como subir escadas;
- Atividade: algumas faltas ao trabalho ou escola;
- Sono interrompido por sintomas de asma mais do que uma vez por semana e mais do que duas vezes ao mês.

ASMA MODERADA?

- Tratamento medicamentoso: inalação com broncodilatador de curta ação ou beta-adrenérgico de curta ação em aerossol 1 a 2 aplicações 4 vezes ao dia – na crise;
- Medicação controladora: corticosteróide inalatório doses baixas ou médias – doses baixas ou médias;
- Orientação para eliminação de fatores desencadeantes e agravantes da asma;
- Orientação de exercícios físicos e respiratórios;
- Controle ambiental

Em caso de crise vide fluxograma de crise asmática

- Chiado, aperto no peito, falta de ar, tosse – contínuos;
- Sintomas com exercícios leves, como andar no plano;
- Atividade: faltas freqüentes ao trabalho ou escola;
- Sono interrompido por sintomas de asma mais do que duas vezes por semana, quase que diário no último mês.

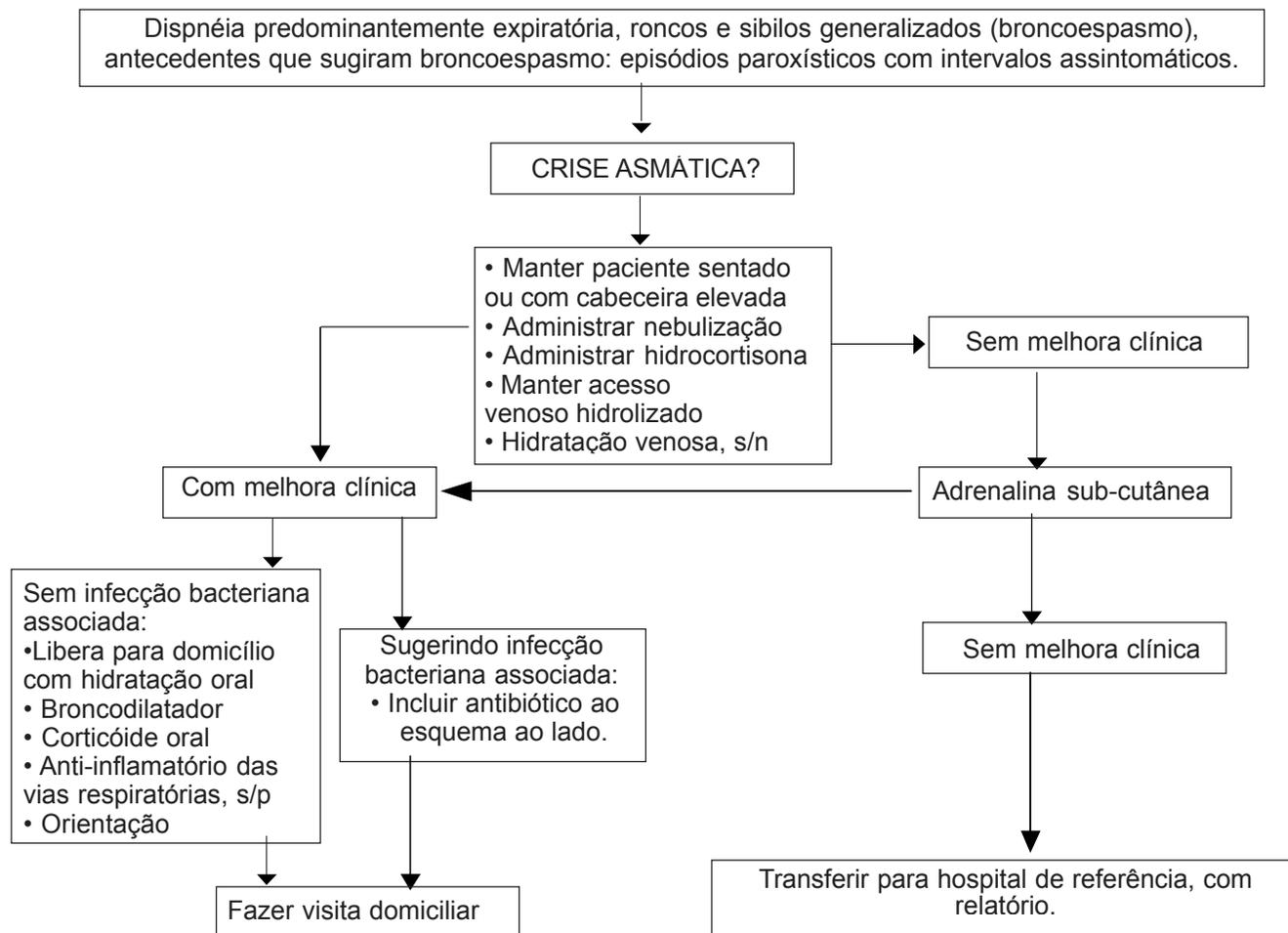
ASMA GRAVE?

- Introduzir corticoide inalatório dipropionato de beclometasona aerossol em altas doses;
- Encaminhar com relatório para avaliação e controle com especialista;
- Controle ambiental

Em caso de crise vide fluxograma de crise asmática.

Reavaliação a cada 3 meses após a estabilização do quadro e realizar reajuste do tratamento de acordo com o controle da asma. Em caso de falha terapêutica, rever: aderência ao tratamento, técnica para administração do aerossol e verificar se as medidas de controle ambiental intradomiciliar/trabalho/escola estão sendo executadas. Verificar se há necessidade de controle ambiental através de articulação de ações intersetoriais.

CRISE ASMÁTICA - ADULTO / FLUXOGRAMA



RINITE ALÉRGICA / FLUXOGRAMA

Obstrução e congestão nasal, associados a prurido nasal e ocular, espirros em salvas, rinorréia aquosa, freqüentemente após contato com alérgenos e/ou irritantes.

Avaliação clínica

Ao exame físico: Olheiras pela estase venosa, linha de Dennie-Morgan (pregas em pálpebras inferiores secundárias ao edema), prega no dorso nasal e hiperemia conjuntival.
Rinoscopia anterior: **cornetos nasais congestionados, edemaciados e mucosa de coloração pálida e acinzentada.**

Rinite alérgica?

CLASSIFICAÇÃO DA RINITE ALÉRGICA:

Intermitente Sintomas

- < 4 dias por semana;
- ou < 4 semanas

Persistente Sintomas

- ≥ 4 dias por semana;
- e > 4 semanas

Leve

- Sono normal;
- Atividades diárias, esportivas e de recreação, normais;
- Atividades normais na escola e no trabalho;
- Sem sintomas incômodos.

Moderada - Severa Um ou mais itens

- Sono anormal;
- Interferência com atividades diárias, esportivas e de recreação;
- Dificuldades na escola e no trabalho;
- Sintomas incômodos.

RINITE ALÉRGICA – FLUXOGRAMA/CONTINUAÇÃO

Controle ambiental: evitar a exposição aos alérgenos e/ou irritantes mais freqüentes: poeira domiciliar, pelos de animais domésticos, carpetes, fumaça de cigarro, perfumes, gases, dentre outros;



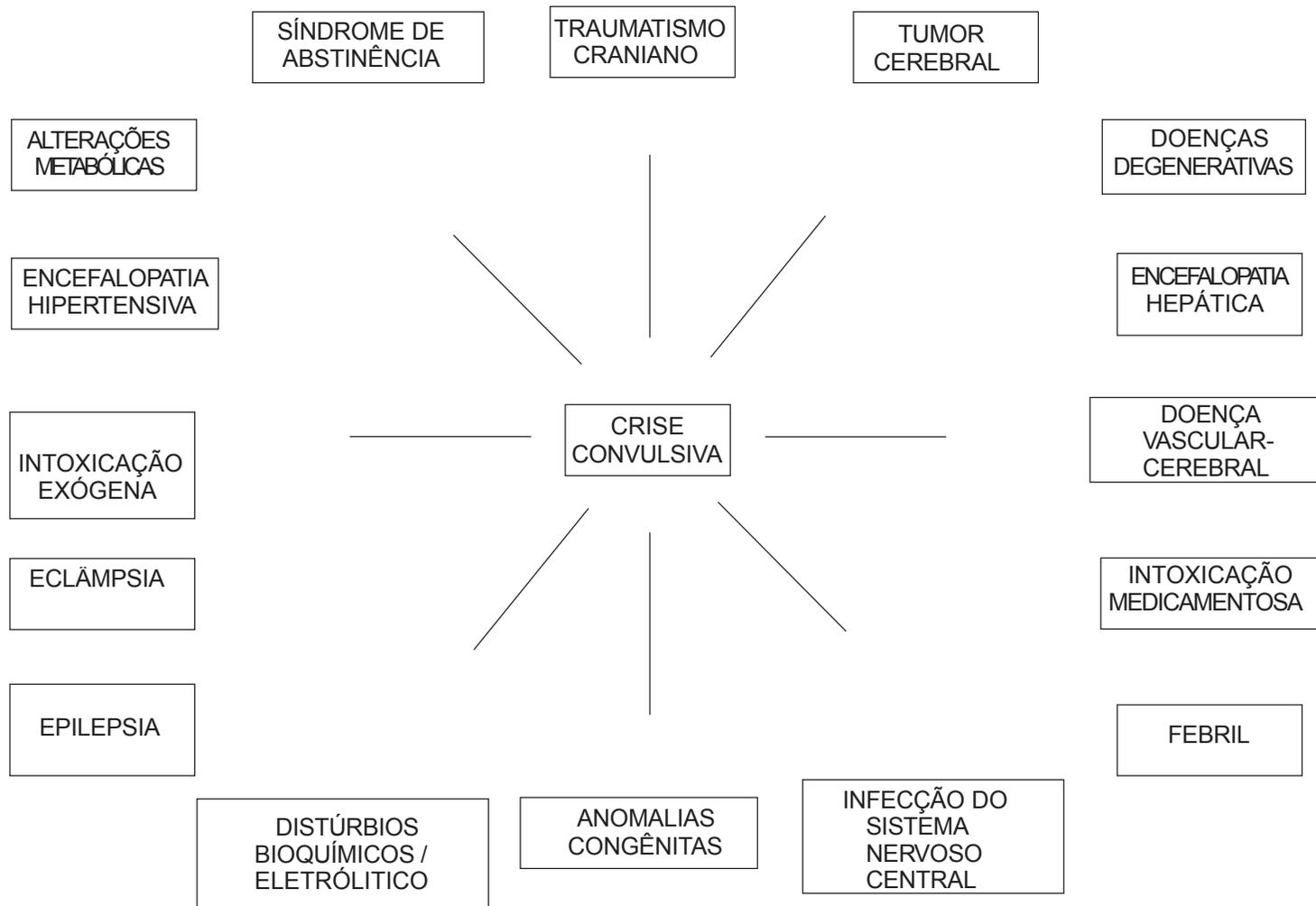
| Tratamento farmacológico da Rinite | |
|------------------------------------|--|
| GRAVIDADE | TRATAMENTO |
| Intermitente leve | Anti-histamínico oral |
| Intermitente moderada/grave* | Corticosteróide nasal |
| Persistente leve | Anti-histamínico oral ou Corticosteróide nasal |
| Persistente moderada/grave** | Corticosteróide nasal |

* Se necessário depois de uma semana de tratamento Anti-histamínico H1 orais e ou corticosteróide orais poderão ser acrescentados por poucos dias.

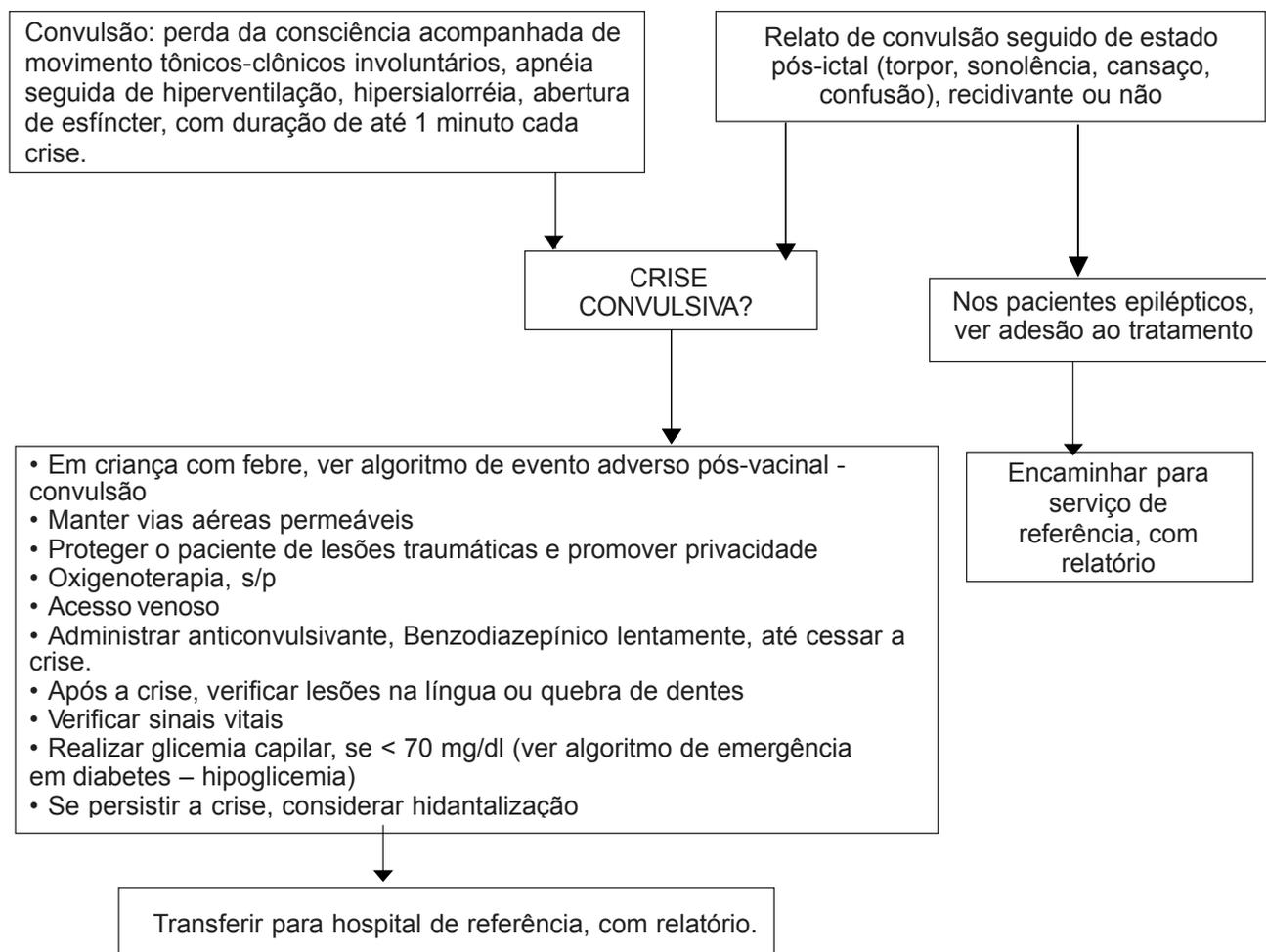
** Se os sintomas forem muito intensos acrescentar Anti-histamínico H1 oral e/ou corticosteróide oral por poucos dias, no início do tratamento.

Reavaliação dos sintomas em quatro semanas:

- Reduzir a dose se houver melhora clínica ou suspender o tratamento se assintomático.
- Reiniciar tratamento se recorrência de sintomas.



CRISE CONVULSIVA / FLUXOGRAMA



EPILEPSIA

EPIDEMIOLOGIA E CONCEITO:

É mais comum em crianças menores de dois anos de idade e em idosos com mais de 65 anos. Há um discreto predomínio no sexo masculino. A epilepsia é duas vezes mais freqüente em países subdesenvolvidos, portanto influenciados por fatores sócio-econômicos. É um distúrbio cerebral crônico, de várias etiologias, caracterizado por crises epilépticas recorrentes e espontâneas.

ETIOLOGIA:

Em relação à etiologia, as epilepsias podem ser idiopáticas, criptogênicas e sintomáticas.

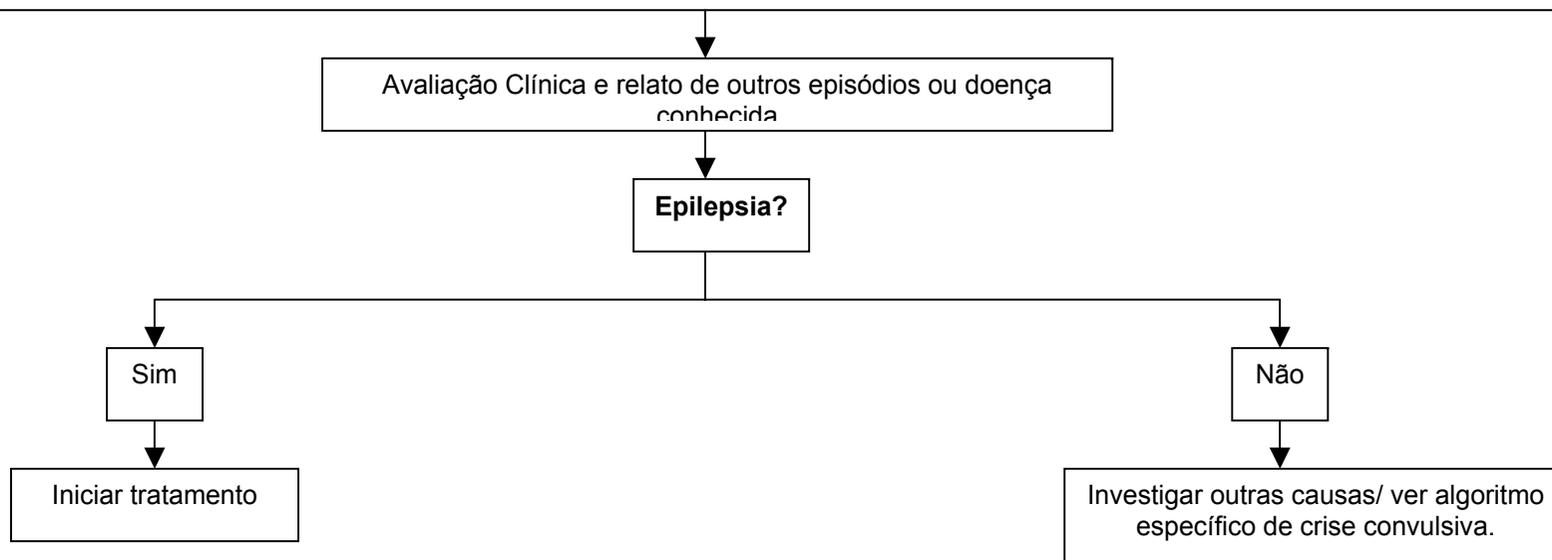
As idiopáticas apresentam a base genética. As criptogênicas são as que, embora presuma comprometimento orgânico, não é possível esclarecer a etiologia, pois os exames principais são normais. As sintomáticas são epilepsias em que a causa é conhecida, detectando-se uma lesão estrutural nos exames de imagem que pode ser devida a fatores congênitos, como as malformações do SNC, ou adquiridos, como vasculares, tumorais, infecciosos ou parasitários.

CLASSIFICAÇÃO DE CRISES EPILÉPTICAS:

- Parciais – se manifestam através de crises parciais ou secundariamente generalizadas e decorrem de uma disfunção localizada da excitabilidade neuronal. As crises parciais podem ser simples, quando a consciência é preservada, e complexa, com perda de consciência.
- Generalizadas – se manifestam através de crises generalizadas nas quais as descargas neuronais acometem simultaneamente múltiplas áreas corticais nos dois hemisférios cerebrais.

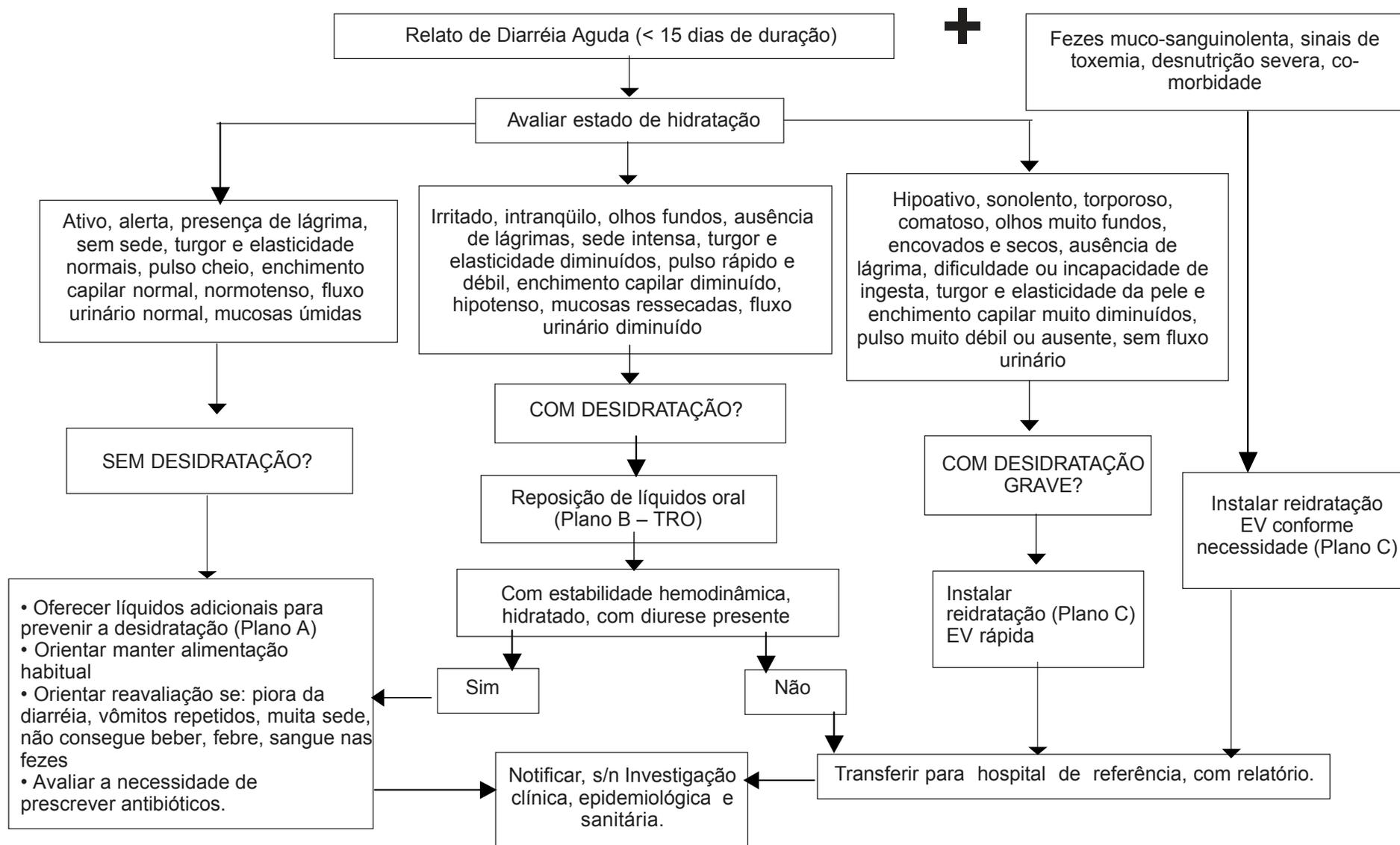
EPILEPSIA / FLUXOGRAMA

- Reações motoras: Movimentos anormais, geralmente cloniais, em regiões do corpo como mão, pé e face;
- Reações somatossensitivas: que se manifestam por sensações anormais, como agulhadas ou formigamento em determinada parte do corpo; Reações sensoriais simples: sensações simples que podem ser visuais (luzes coloridas), auditivas (zumbido, ruídos), olfatórias (odores desagradáveis), gustativas (gosto ruim) e vertiginosas;
- Reações sensoriais complexas: em que são referidas alucinações estruturadas, como ver pessoas e cenas, ouvir músicas;
- Autonômicas: que se manifestam por vômitos, palidez ou enrubescimento facial, sudorese, piloereção, dilatação pupilar, incontinências esfinterianas.



**ENCAMINHAR PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA COM RELATÓRIO:
Novo episódio de convulsão 30 dias após início do tratamento ou episódios recorrentes.**

DIARREIA AGUDA / FLUXOGRAMA



DIARRÉIA / CONTINUAÇÃO

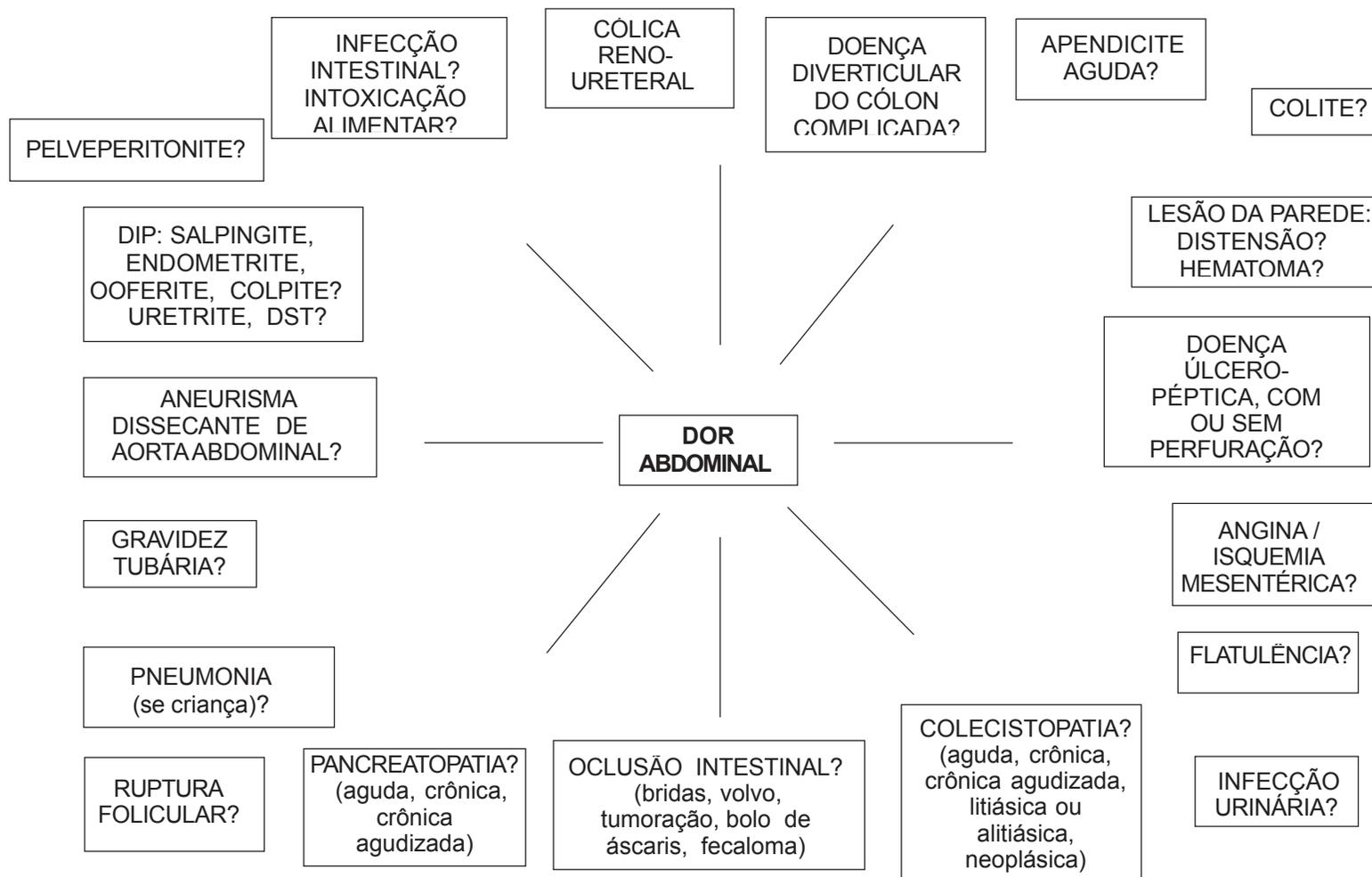
Plano B : Tratar a Desidratação com SRO

As crianças com desidratação deverão permanecer no serviço de saúde até a reidratação completa. Durante um período de 4 horas administrar, no serviço de saúde, a quantidade recomendada de SRO.

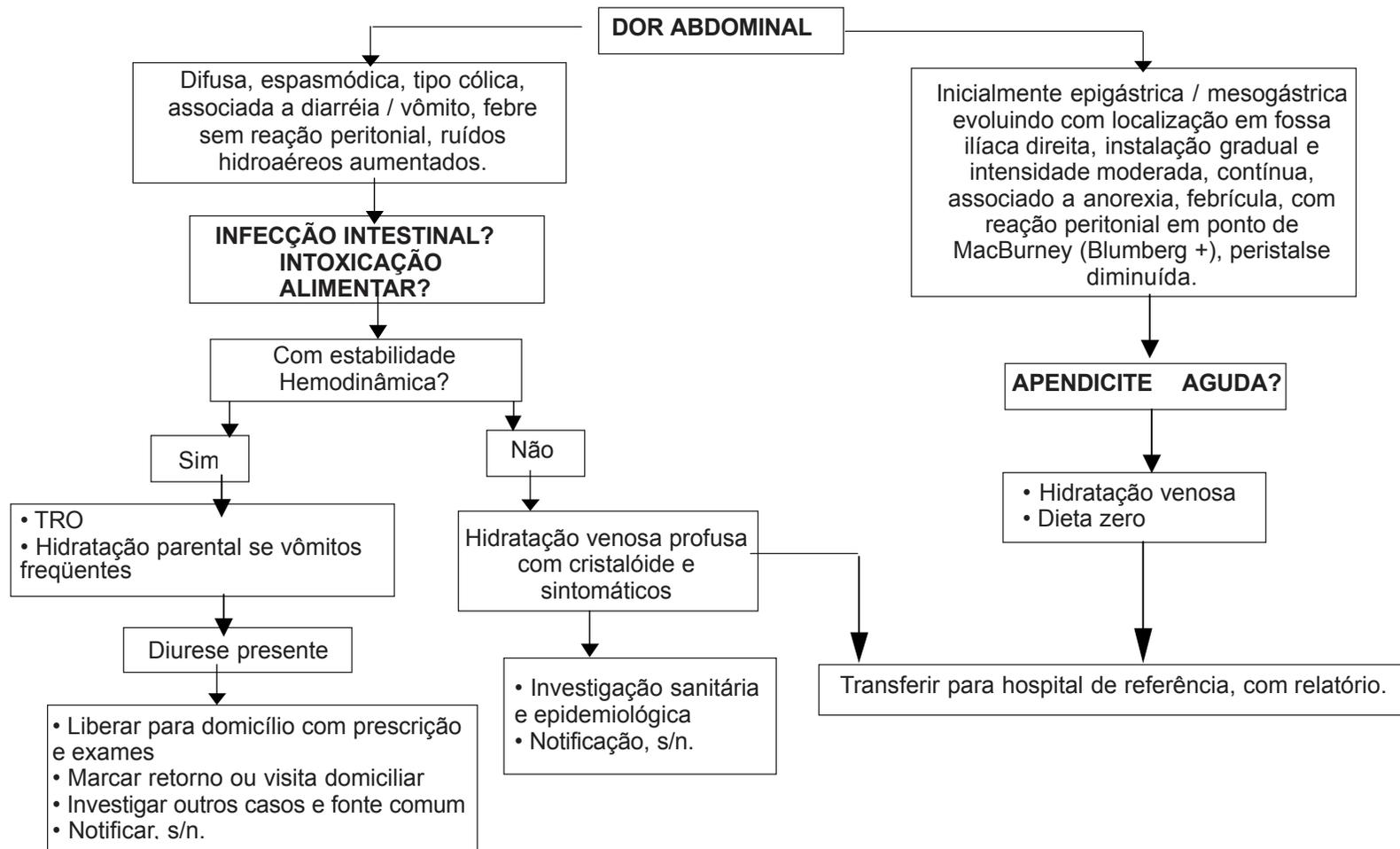
DETERMINAR A QUANTIDADE DE SRO A SER ADMINISTRADA DURANTE AS PRIMEIRAS 4 HORAS

| IDADE* | Até 04 meses | De 04 a 11 meses | 12 meses a 02 anos | 02 a 05 anos |
|----------|--------------|------------------|--------------------|--------------|
| PESO | < 6kg | 6 - < 10kg | 10 - < 12kg | 12 a 19 kg |
| SRO (ml) | 200 a 400 | 400 a 700 | 700 a 900 | 900 a 1.400 |

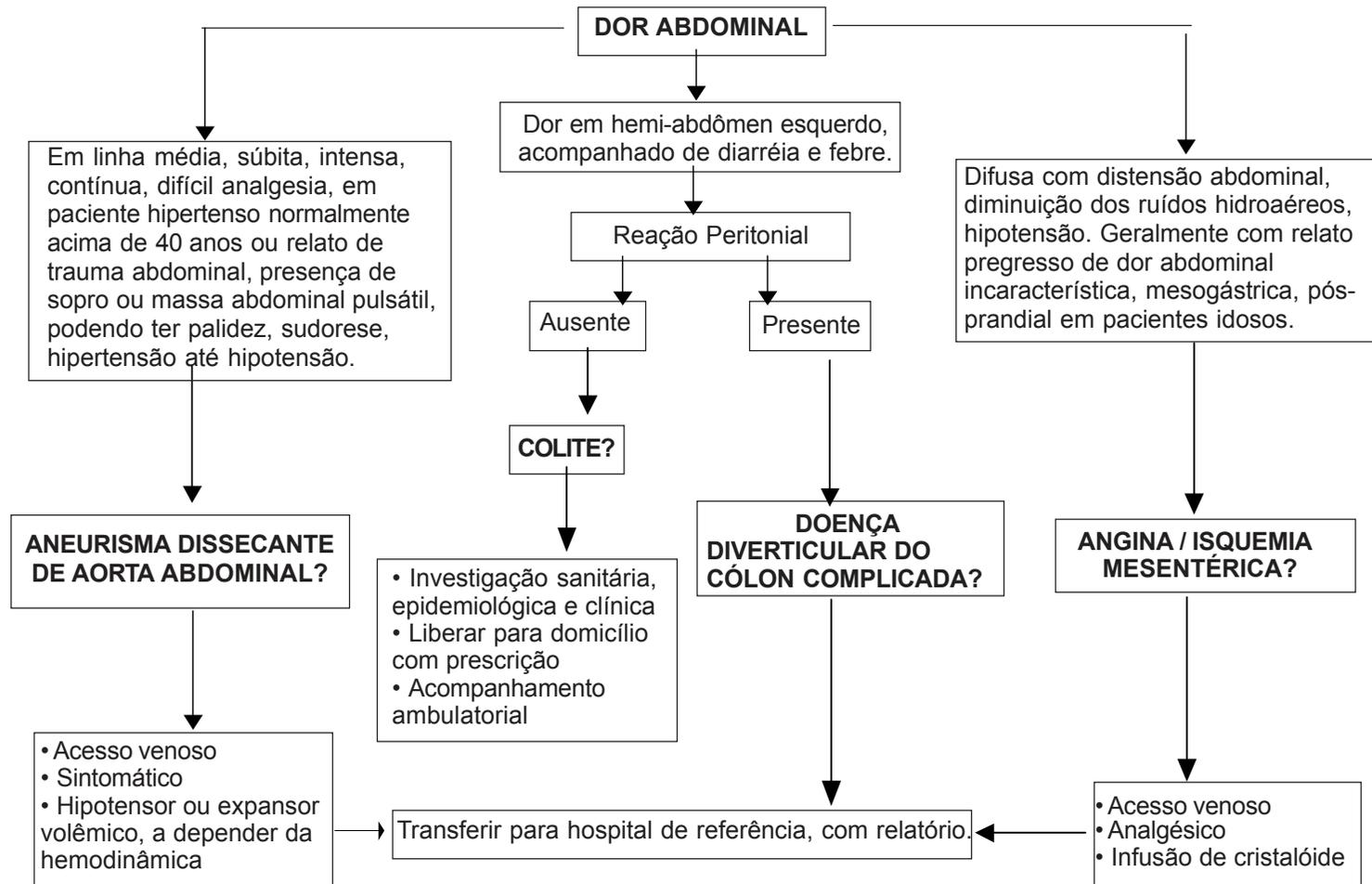
- Somente utilizar a idade da criança quando desconhecer o seu peso. A quantidade aproximada de SRO necessária (em ml) também pode ser calculada multiplicando o peso da criança (em Kg) por 75.



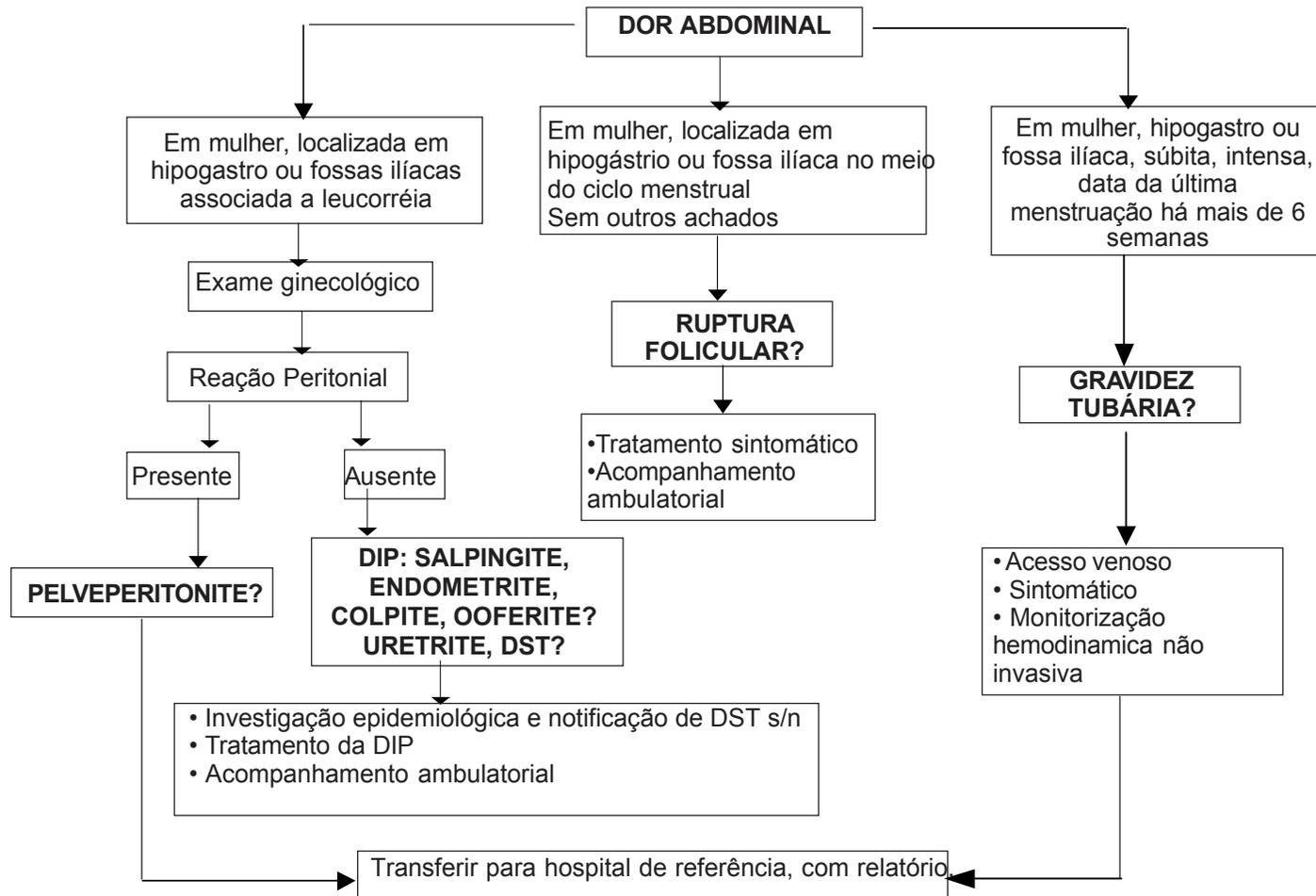
DOR ABDOMINAL / FLUXOGRAMA



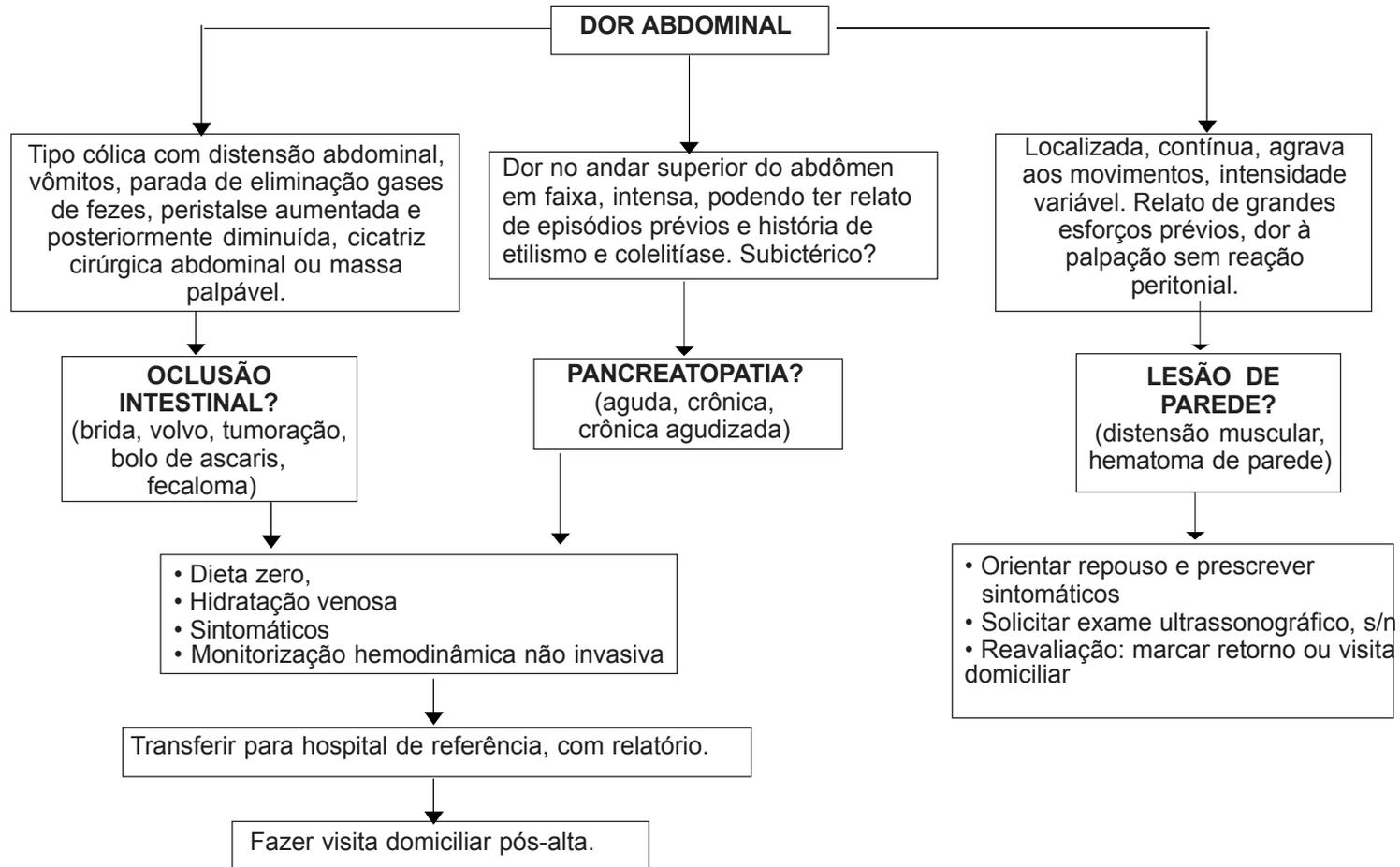
DOR ABDOMINAL / CONTINUAÇÃO



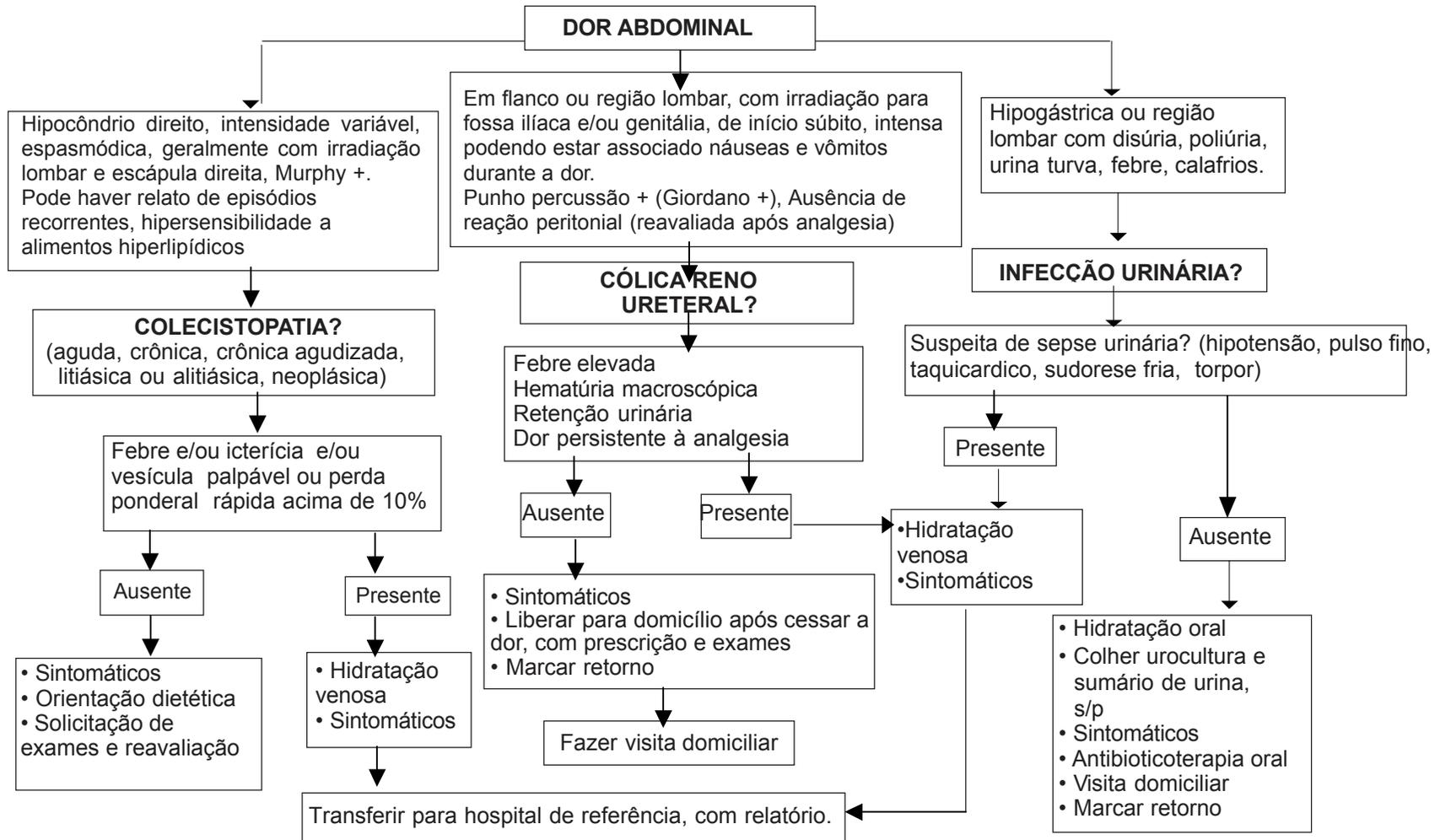
DOR ABDOMINAL / CONTINUAÇÃO



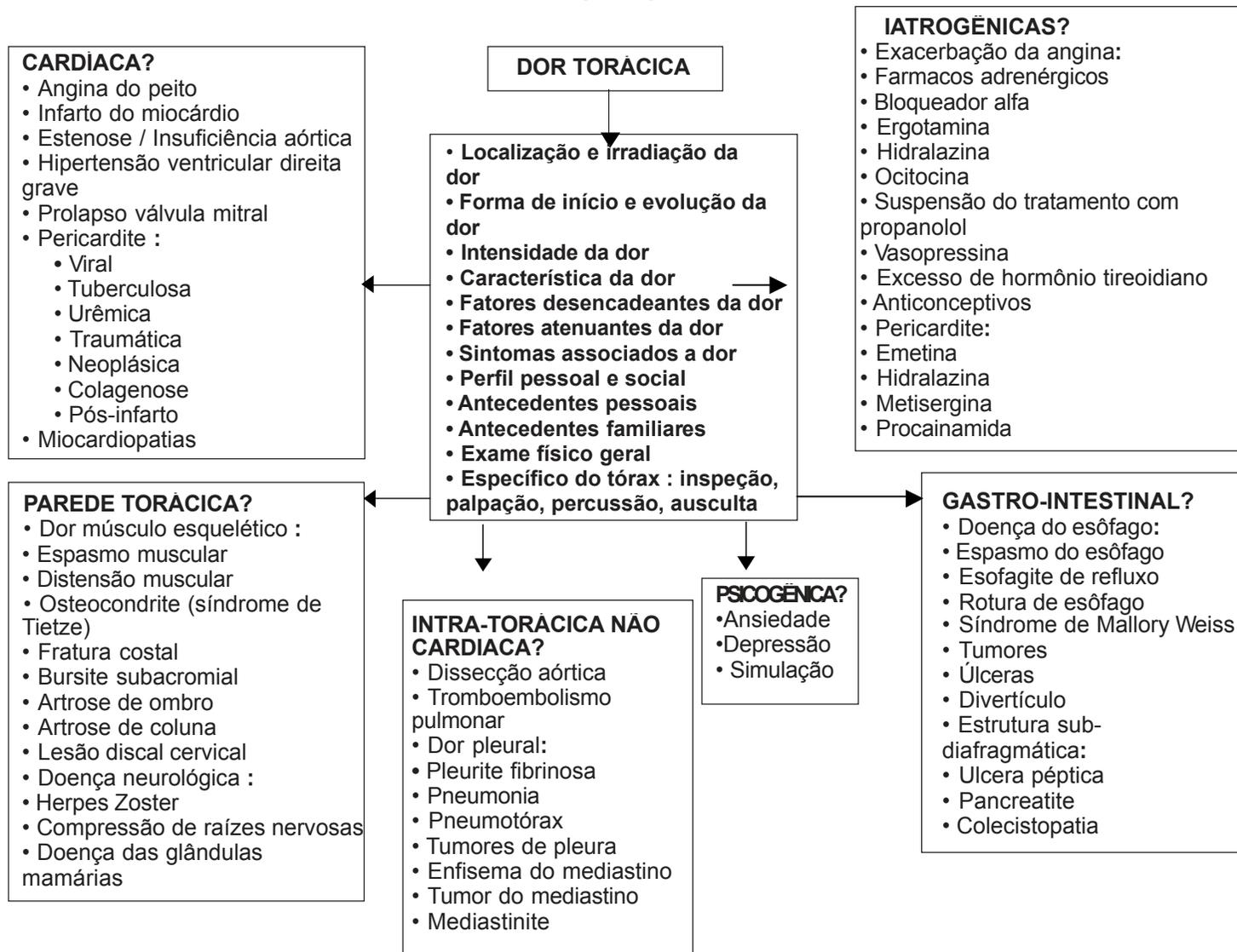
DOR ABDOMINAL / CONTINUAÇÃO



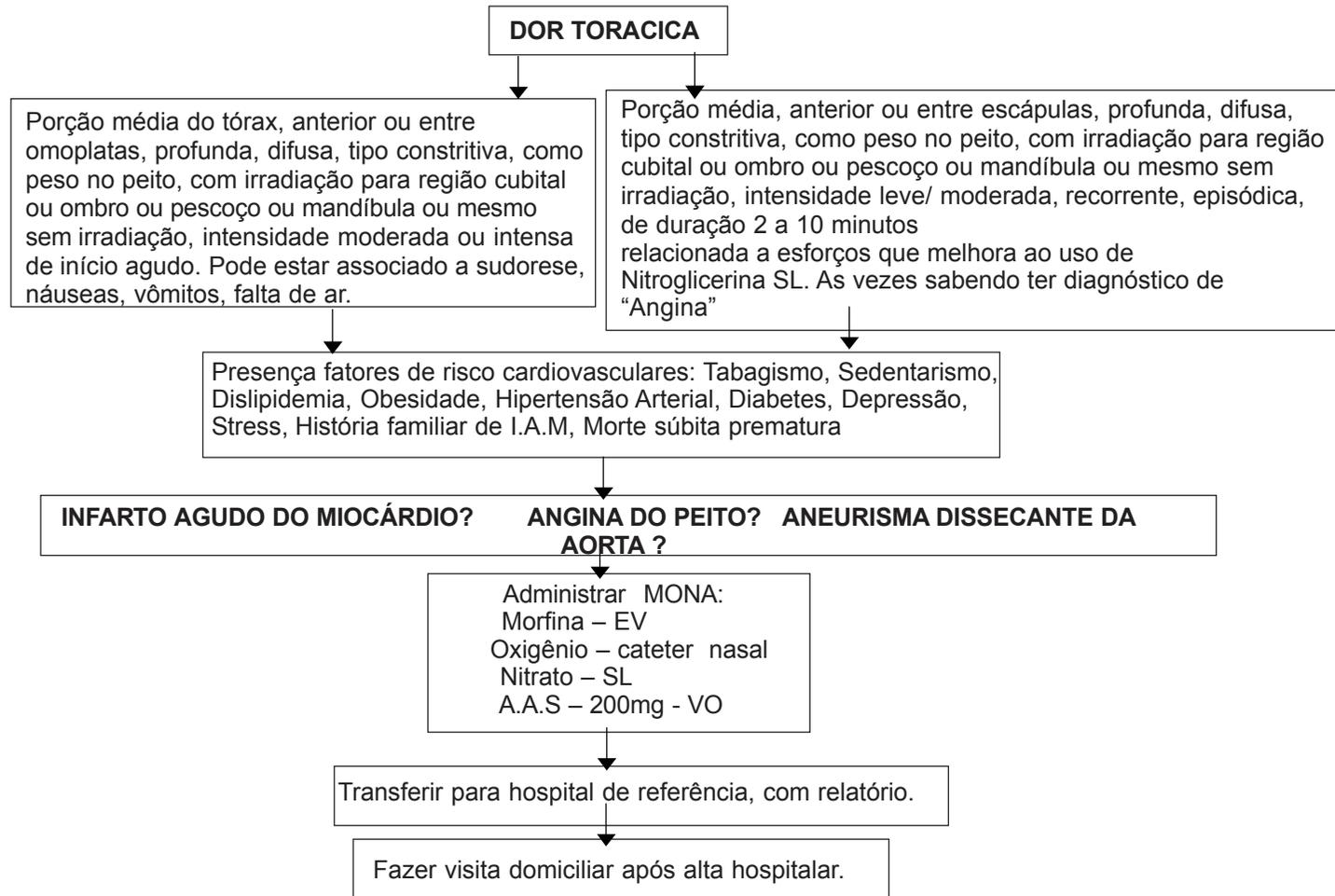
DOR ABDOMINAL / CONTINUAÇÃO



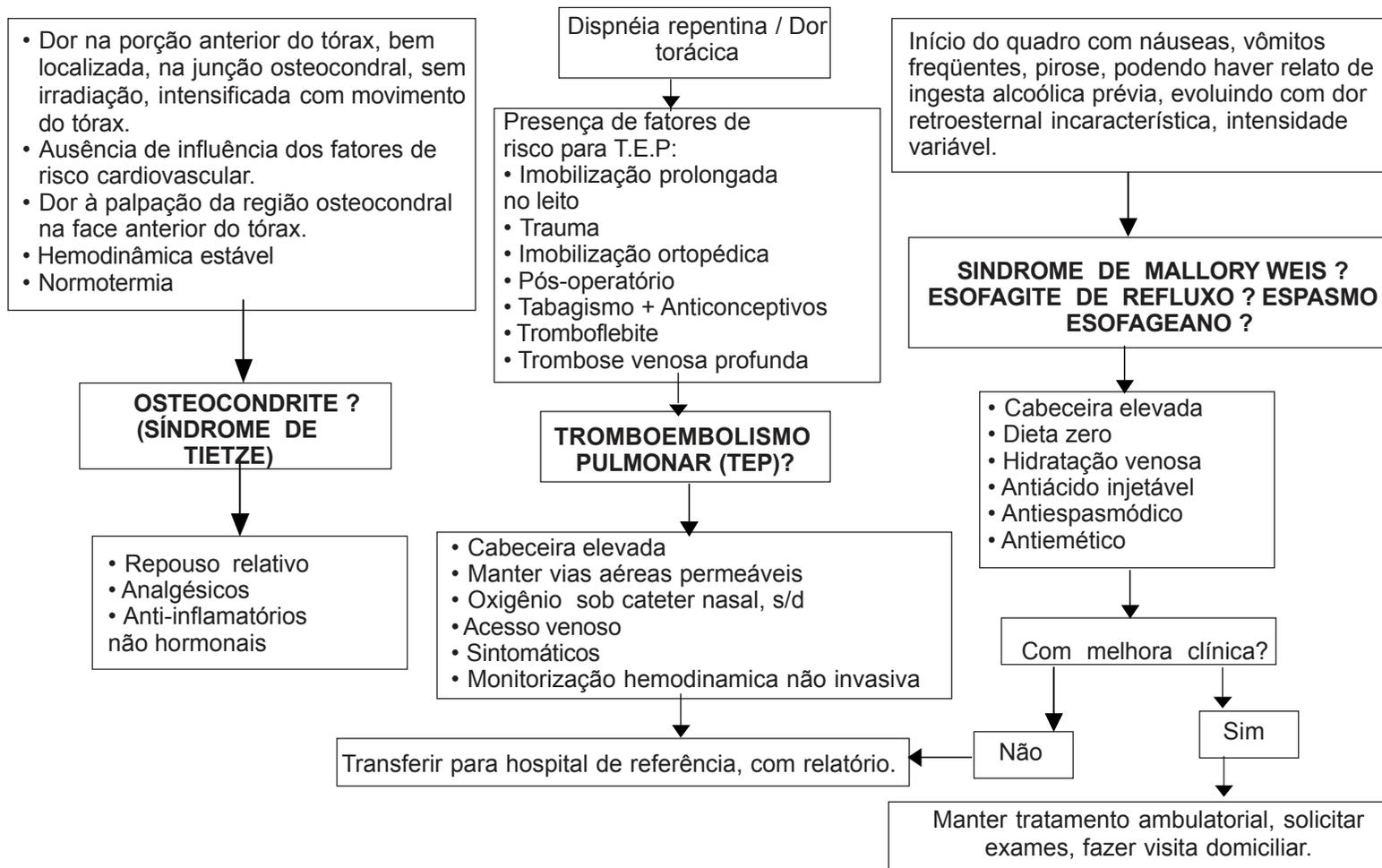
DOR TORÁCICA



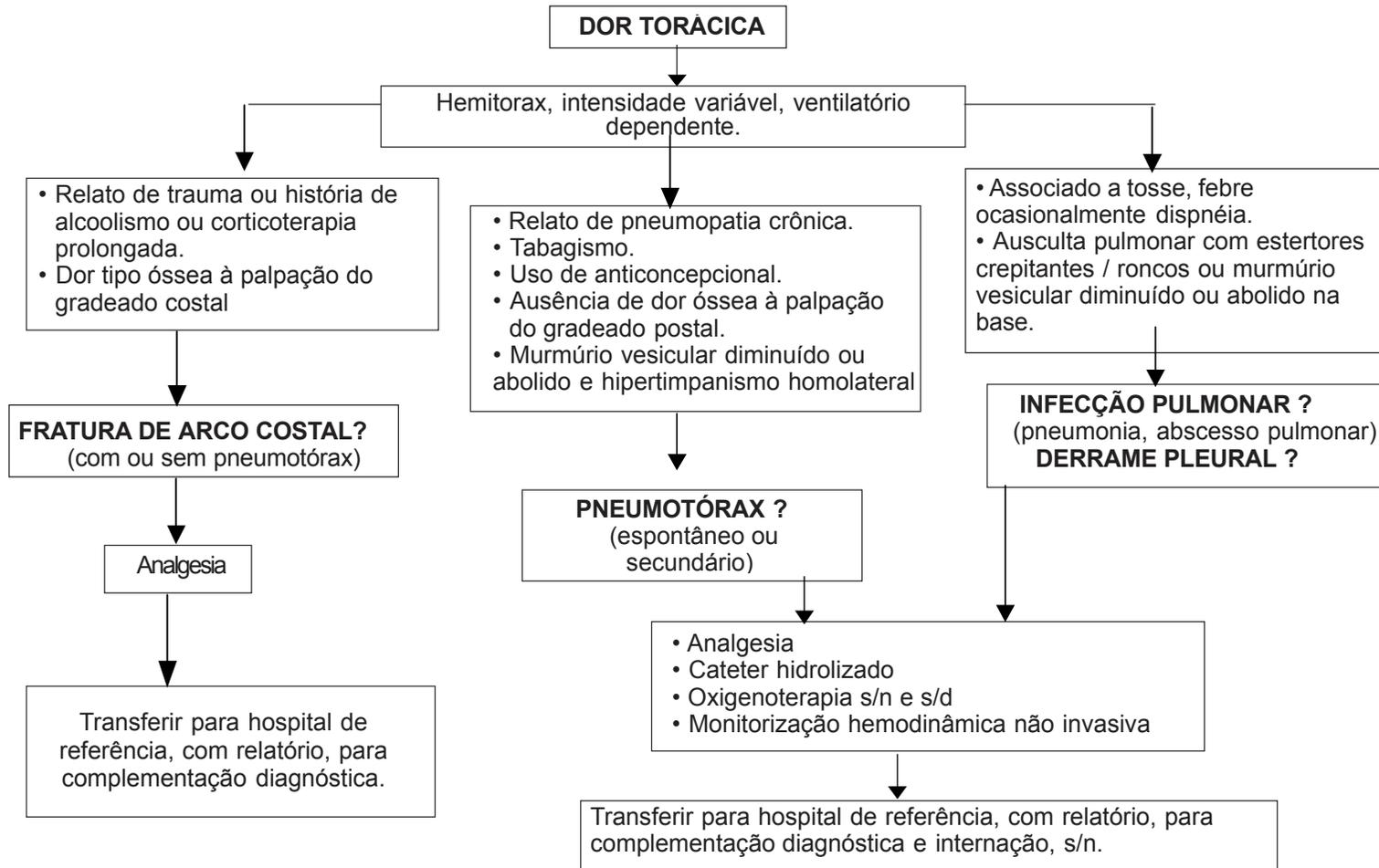
DOR TORÁCICA / CONTINUAÇÃO



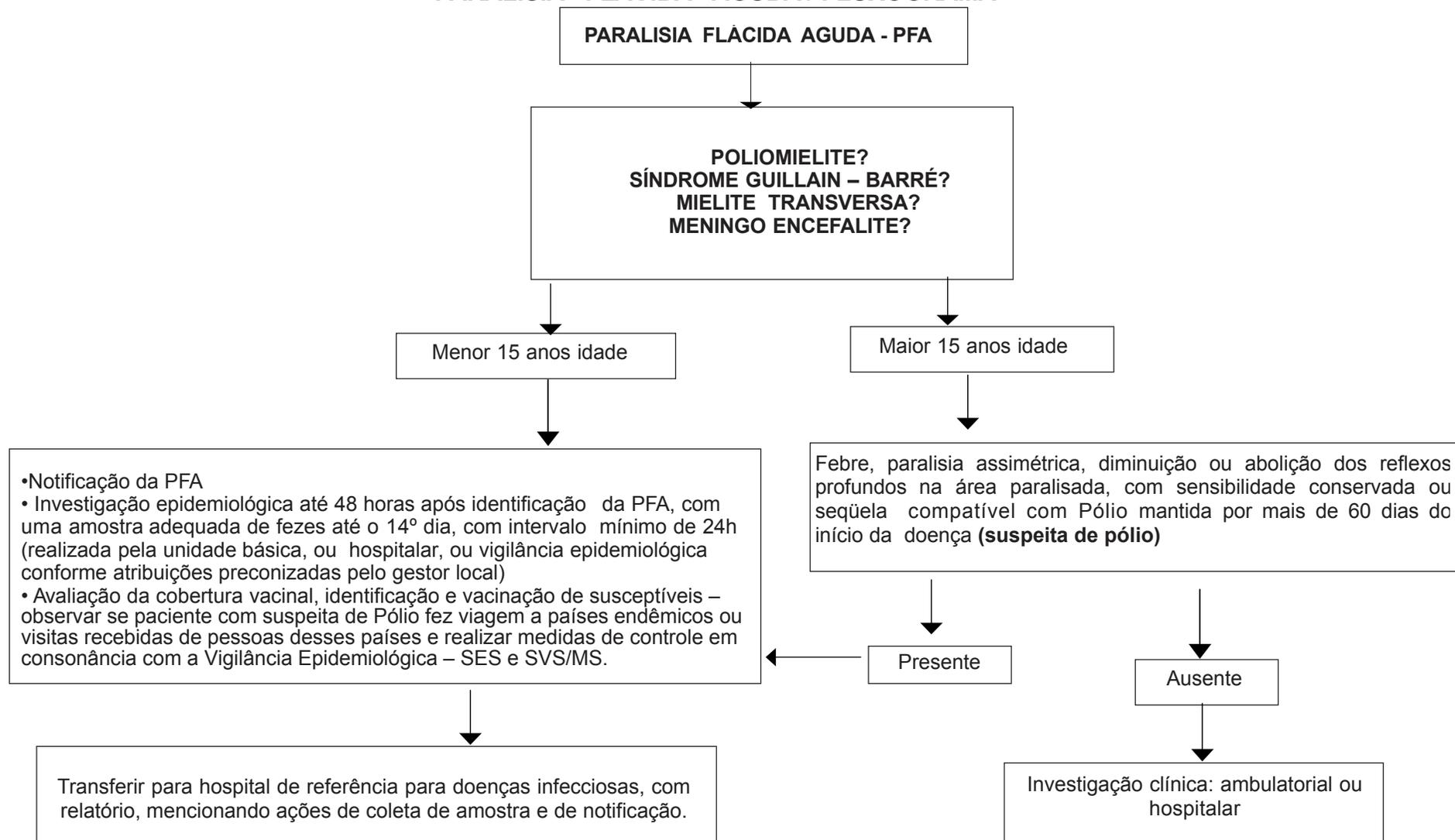
DOR TORÁCICA / CONTINUAÇÃO



DOR TORÁCICA / CONTINUAÇÃO



PARALISIA FLACIDA AGUDA / FLUXOGRAMA



POLIOMELITE

Epidemiologia:

A doença foi de alta incidência no país, em anos anteriores, deixando centenas de deficientes físicos por ano. Hoje encontra-se erradicada no Brasil, devido a ações de imunização e vigilância epidemiológica desenvolvidas a partir de 1980. No ano de 2004 ocorreram, em todo o mundo, 1214 casos de poliomelite e até o mês de outubro de 2005 já foram confirmados 1310 casos, principalmente na África e Ásia.

Definição de caso:

Suspeito:

Caso de deficiência motora flácida aguda, em menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica ou de qualquer idade que apresente a hipótese diagnóstica de poliomelite.

Coleta, conservação e transporte da amostra:

Devido à multiplicação do poliovírus ocorrer no trato intestinal por várias semanas após a infecção, amostras de fezes são as mais recomendadas para o isolamento do vírus.

COLETA:

A coleta deve ser feita o mais rápido possível, de preferência até **14º dia do início do déficit motor**, podendo ser coletada até 60 dias. Visando a padronização dos procedimentos como também assegurar a confirmação laboratorial dos casos suspeitos de PFA, o recomendado é a coleta de 2 amostras de fezes com intervalo de 24 horas. A quantidade de fezes recomendada é em torno de 4 a 8 gramas (equivalente a 2 dedos polegares). As amostras devem ser colocadas no coletor universal, deve ser bem vedado, se necessário com auxílio de uma fita adesiva ou esparadrapo, e identificado por meio de etiqueta constando o nome do paciente e a data da coleta.

CONSERVAÇÃO:

Os recipientes contendo as fezes devem ser colocados em geladeira logo após a coleta. Os recipientes com as fezes devem ser colocados em freezer a -20°C . Na impossibilidade da utilização do freezer, colocar em geladeira ($4 - 8^{\circ}\text{C}$) por no máximo 3 dias, não devendo jamais ser colocada em congelador comum.

TRANSPORTE:

As amostras devem ser transportadas em baixa temperatura, devidamente rotuladas e acompanhadas do Formulário para envio de fezes ao LACEN. Deve ser utilizada uma caixa térmica, onde as amostras são acondicionadas em sacos plásticos ou almofadas de gelo reciclável em quantidade suficiente para resistir ao período de tempo gasto até a sua entrega. A caixa deve ser bem vedada em seu exterior com fita adesiva e identificada como material biológico.

CÁRIE DENTÁRIA E OUTRAS AFECÇÕES DA CAVIDADE ORAL

EPIDEMIOLOGIA

Quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo com cárie dentária, sendo que a proporção chega quase 60% das crianças de cinco anos de idade. Nos dentes permanentes, a incidência de cárie é medida pelo índice CPO - D, que é o número médio de dentes cariados, perdidos ou obturados por indivíduo. Os resultados do estudo demonstram que a cárie dentária tem um rápido avanço conforme a idade. A média do índice CPO - D é de 2,8 nas crianças de 12 anos, 6,2 nos adolescentes, 20,1 nos adultos e 27,8 nos idosos.

(Ministério da Saúde – Projeto SB Brasil/agosto 2004).

MEDIDAS PREVENTIVAS:

ORIENTAR O USUÁRIO A:

- Diminuir a frequência de ingestão de carboidratos, doces e balas. O ideal é só comer estes alimentos após as refeições e não entre as refeições;
- Escovar os dentes sempre após as refeições, com uma escova que esteja com as cerdas parelhas e não deformadas, principalmente à noite antes de dormir;
- Se possível, utilizar o fio dental pelo menos uma vez ao dia;
- Visitar regularmente o dentista, no mínimo 1 vez ao ano.

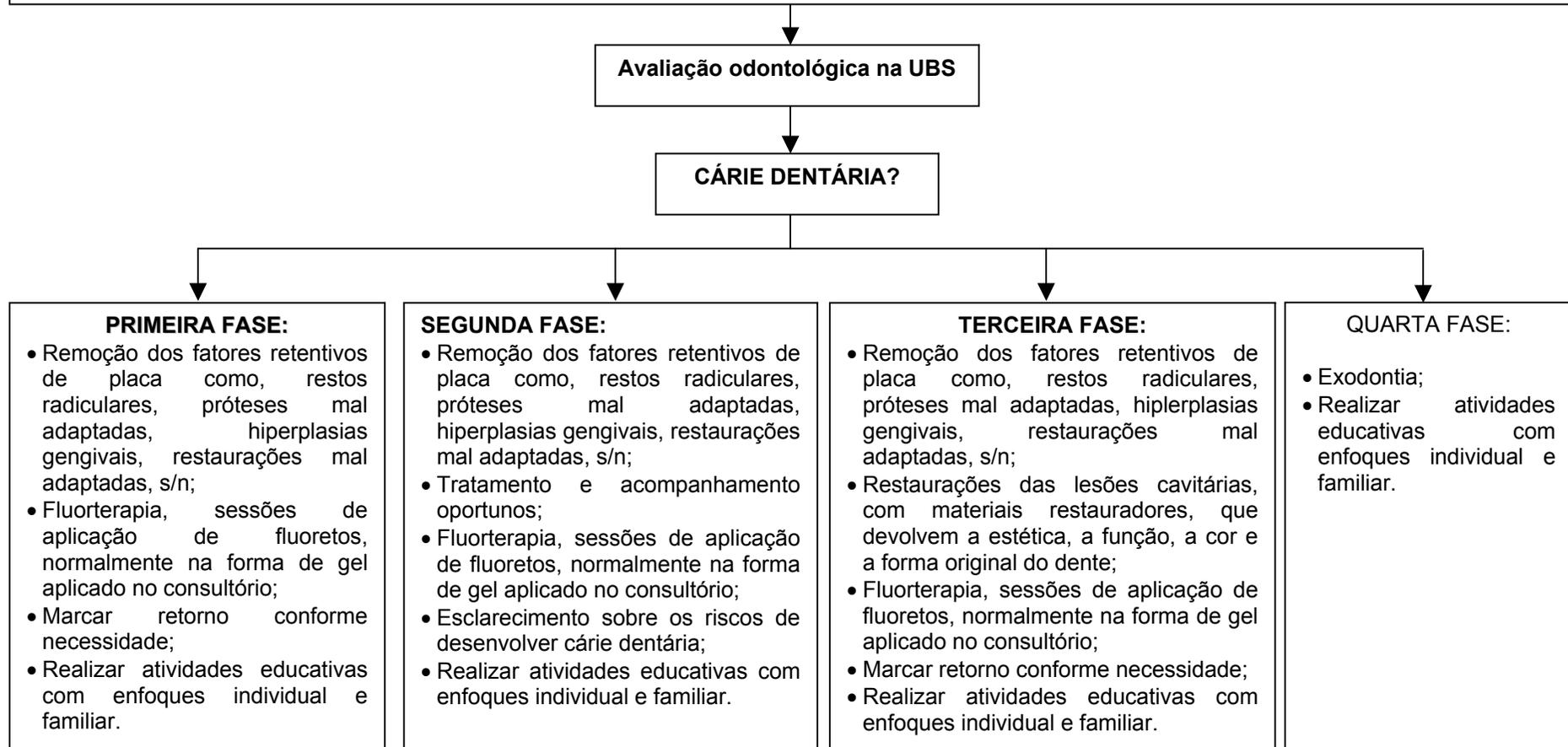
CÁRIE DENTÁRIA / FLUXOGRAMA

Primeira fase: Mancha branca, opaca, leitosa e rugosa na superfície do dente, sem cavitação.

Segunda fase: Sucos escurecidos, sem sintomatologia.

Terceira fase: Superfície dentária passa a ficar castanho de claro a escuro, neste estágio a doença cárie evolui rapidamente passando muitas vezes a atingir dentina, com cavitação.

Quarta fase: destruição da coroa clínica sem possibilidade de restauração.



OBS: Pacientes que usam fármacos e/ou radiação ionizantes requerem uma anamnese apurada.

CÁRIE DENTÁRIA / CONTINUAÇÃO

MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA MANTER A HIGIENE BUCAL:

- Na ausência de escova orientar o usuário a criar sua própria escova utilizando um pedaço de bambu (15 cm), fazer dois furos e amarrar um pedaço de bucha vegetal (2,5 a 5 cm) com barbante.
- Caso a escova esteja bastante gasta e na impossibilidade de comprar outra, orientar o usuário a cortar as pontas das cerdas e aumentar a vida útil da sua escova.
- Para amaciar as cerdas de uma escova dura, orientar o usuário a colocar as cerdas em água quente durante alguns minutos, tendo cuidado para não derreter o cabo.
- Na impossibilidade de adquirir fio dental, orientar o usuário a utilizar tiras de ráfia ou linha de algodão fina e forte.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA ENDODONTIA:

- Traumas;
- Lesões endo-perio que requerem tratamento endodôntico e periodontal;
- Cárie com comprometimento pulpar;
- Fraturas de coroas;
- Dentes com alteração de cor.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA PERIODONTIA:

- Lesões endo-perio que requerem tratamento endodôntico e periodontal;
- Lesões periodontais com perda de inserção superior a 4 mm;
- Frenectomia;
- Aumento da coroa clínica.

CRITÉRIOS PARA CIRURGIA:

- Dente incluído/impactado;
- Cistos
- Lesões em tecido mole;
- Extra numerários;
- Cirurgia pré-protética;
- Corpo estranho no interior dos tecidos moles da cavidade oral e outros.

PERIODONTIA

EPIDEMIOLOGIA:

As gengivites atingem 75% da população maior de 25 anos. Menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentam gengivas saudáveis (Ministério da Saúde – SB Brasil/2004). Pesquisas demonstram a inter-relação da doença periodontal com doenças sistêmicas, tais como doenças cardiovasculares, osteoporose, baixo peso, nascimento e parto prematuro de bebês, diabetes, acidente vascular cerebral e endocardite bacteriana. Há ainda pesquisas sugerindo que as doenças periodontais são fatores de risco para doenças respiratórias, como rinite, sinusite e a pneumonia.

Periodontite na gestação possibilita prematuridade de 34 semanas e peso inferior a 255g. de nascimento e o agravamento da condição periodontal pode se constituir em fator de risco de pré-eclampsia.

Gengivite gravídica: A gengivite gravídica acomete de 30 a 100% das mulheres grávidas, ocorrendo edema, eritema, aumento de sangramento, da mobilidade dentária, podendo haver uma resposta hipertrófica exagerada produzindo um granuloma gravídico, pode estar associada ao aumento dos níveis de progesterona na circulação.

FATORES DE RISCO:

- **FUMO:** é considerado um fator potencializador de risco para o desenvolvimento da periodontite. Fumantes apresentam maior velocidade de progressão da doença e maior risco de perda dental. O fumo causa vasoconstrição nos tecidos gengivais, tem efeito deletério sobre a função leucocitária, diminui o nível sérico de anticorpos, e substâncias citotóxicas podem penetrar o epitélio prejudicando os fibroblastos e alteração da mucosa (estomatite nicotínica)
- **DIABETES MELLITUS:** é considerado há muito tempo um fator sistêmico que predispõe e agrava a doença periodontal;
- **SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA:** as doenças sistêmicas que comprometem a defesa do hospedeiro contra infecções, frequentemente estão associadas às doenças periodontais mais severas;
- **USO DE ALGUMAS MEDICAÇÕES:** anti-hipertensivos, ansiolíticos – gengivite fibromatose dilatínica;
- **OUTROS FATORES:** osteoporose, fatores nutricionais (baixo consumo de cálcio e vitamina C, estresse, genética).

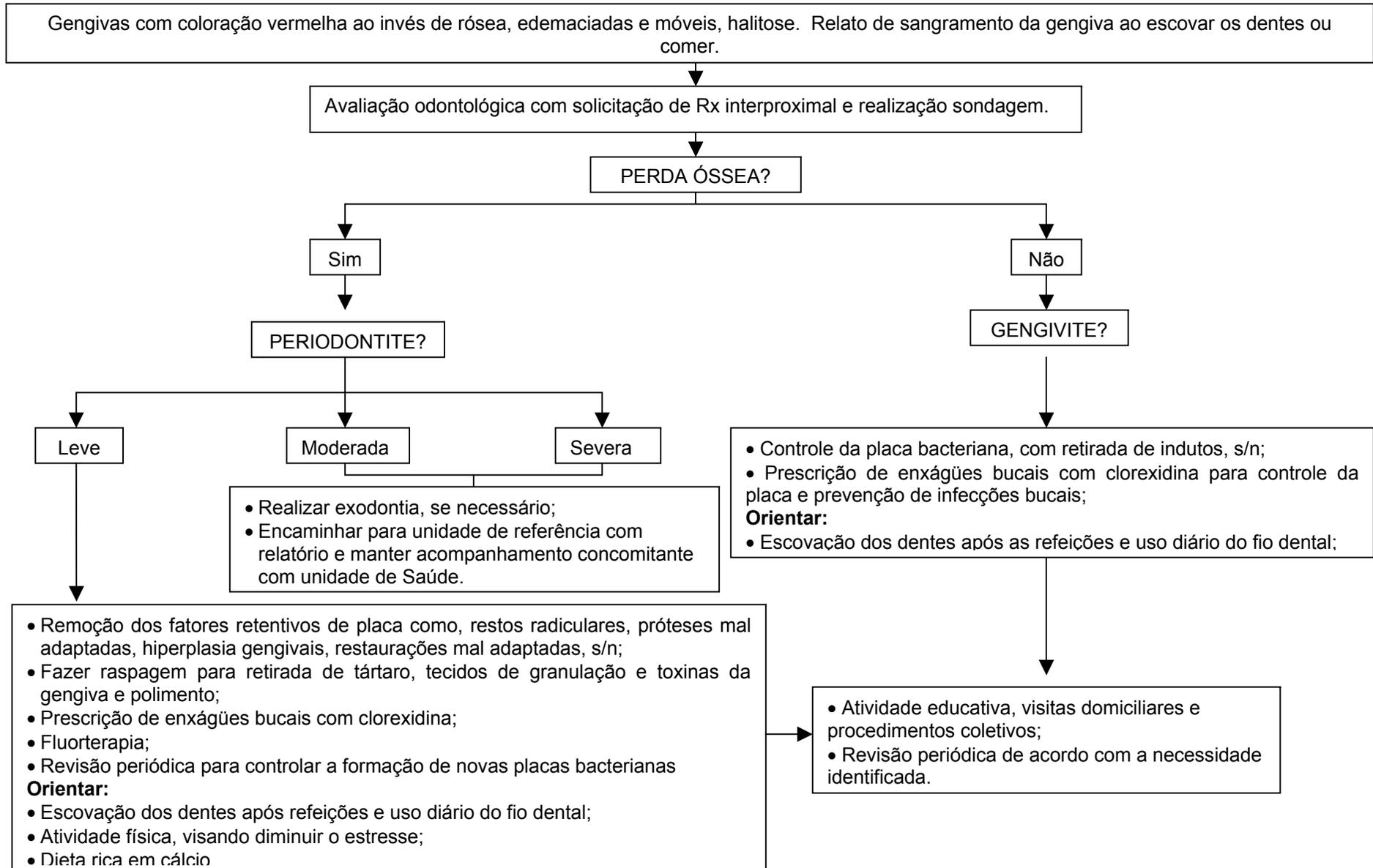
SINAIS E SINTOMAS:

- Sangramento gengival;
- Gengivas vermelhas, edemaciadas e lisas;
- Gengivas que se afastam dos dentes (retração);
- Alteração do formato das gengivas;
- Presença de pus entre os dentes e gengivas;
- Halitose persistente;
- Comumente indolor;
- Mobilidade dentária;
- Presença de tártaros e placas bacterianas;
- Abscesso periodontal.

CRITÉRIOS PARA REALIZAR EXODONTIAS EM USUÁRIOS COM DOENÇAS PERIODONTAIS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

1. Dentes com mobilidade Vestíbulo/Lingual, mesio/distal e apical cujo diagnóstico radiográfico comprove perda óssea;
2. Dentes com comprovado diagnóstico radiográfico de perda óssea em portadores de doenças crônicas sem motivação para manter a higiene oral;
3. Pacientes parcialmente desdentado cujos remanescentes dentário devido à perda óssea não suportem a carga do uso de uma prótese parcial removível;
4. Pacientes com recorrentes abscessos periodontais sem uma boa resposta clínica;
5. Pacientes que já tinham feito tratamento especializado sem sucesso.

GENGIVITE/PERIODONTITE FLUXOGRAMA



CÂNCER DE BOCA

EPIDEMIOLOGIA:

Em 2002 o câncer de boca matou mais de 3500 pessoas no Brasil. Segundo estimativa do INCA (MS), são mais de dez mil novos casos por ano, sendo o oitavo câncer de maior incidência no país. Quase 40% dos casos da doença acabam em morte, portanto de alta letalidade. Na Bahia, a estimativa para 2005 foi de 710 casos novos.

FATORES DE RISCO E OUTROS FATORES ASSOCIADOS:

- Idade superior a 40 anos;
- Uso de tabaco em qualquer forma (cigarro, charuto, cachimbo);
- Consumo de álcool;
- Má higiene bucal;
- Hábito de morder intensamente ou repetidamente a boca;
- Dentes com pontas ou quebrados;
- Uso de próteses dentárias mal-ajustada;
- Exposição ao sol;
- Desnutridos e imunodeprimidos;
- Dieta rica em gordura;
- Baixo nível socioeconômico.

DETECÇÃO PRECOZE:

- Investigação dos fatores de risco;
- Exame detalhado da porção interna da boca procurando por lesões esbranquiçadas (leucoplasias) ou avermelhadas (eritroplásticas), escuras ou violáceas, ulceradas ou vegetantes. As células podem ser retiradas por biopsia dessas regiões alteradas e examinadas num microscópio em busca de sinais de malignização.

PREVENÇÃO:

- Orientar pessoas que são fumantes e/ou etilistas e portadores de próteses mal ajustadas e dentes fraturados, abster-se o fumo e o álcool;
- Orientar o auto-exame da boca;
- Orientar a higiene bucal e consulta odontológica de controle a cada ano;
- Orientar dieta saudável, rica em vegetais e frutas;
- Orientar a não exposição ao sol sem proteção (filtro solar e chapéu de aba longa).

CANCER DE BOCA / FLUXOGRAMA

Feridas na boca que não cicatrizam em 3 semana ou úlceras superficiais com menos de 2 cm de diâmetro e indolores, podendo sangrar ou não, manchas esbranquiçadas, avermelhadas, escuras ou violáceas nos lábios ou na mucosa bucal, dificuldade de deglutição e enfartamento ganglionar.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Identificação dos sintomas e lesões suspeitas ou minimamente suspeitas de câncer de boca.

Encaminhar para unidade de referência especializada com relatório;
Monitoramento concomitante do paciente na Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde

AUTO-EXAME DA BOCA ORIENTAR O PACIENTE A:

- Lavar bem a boca e remover as próteses dentárias se for o caso;
- Em frente o espelho, observar a pele do rosto e do pescoço. Procurar identificar alterações que não tenha notado antes;
- Puxar com os dedos, o lábio inferior para baixo, expondo a mucosa. Solicite ao paciente que palpe todo o lábio e faça o mesmo procedimento na parte superior do lábio;
- Examinar com o dedo a parte interna lado direito e esquerdo da bochecha;
- Examinar com o dedo toda a gengiva superior e inferior;
- Introduzir o dedo indicador por baixo da língua e o polegar da mesma mão por baixo do queixo e procurar palpar todo o assoalho da boca;
- Inclinar a cabeça para trás e abrir a boca o máximo possível, examinar atentamente e palpar o céu da boca. Observar o fundo da garganta;
- Por a língua para fora e observar a parte de cima. Repetir a observação com a língua levantada até o céu da boca. Observar também o lado esquerdo e direito da língua;
- Esticar a língua para fora da boca e palpar em toda a sua extensão;
- Examinar o pescoço comparando o lado esquerdo com o direito para identificar diferenças, caroços, áreas endurecidas e ganglios;
- Introduzir o polegar por debaixo do queixo e palpe suavemente todo o seu contorno inferior.

O PACIENTE DEVE SER ORIENTADO A FAZER O AUTO-EXAME MENSALMENTE E CASO NOTE ALGUMA ANORMALIDADE
PROCURAR A UNIDADE DE SAÚDE

TRACOMA

CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA:

CONCEITO: É uma afecção inflamatória ocular, uma ceratoconjuntivite crônica recidivante que, em decorrência de infecções repetidas, produz cicatrizes, na conjuntiva palpebral superior, podendo levar à formação de entrópio (pálpebra com margem virada para dentro do olho) e triquíase (cílios em posição defeituosa nas bordas da pálpebra, tocando o globo ocular).

EPIDEMIOLOGIA: O tracoma é considerado um importante problema de saúde pública, enquanto causa de morbidade, deficiência visual e cegueira em grande parte dos países subdesenvolvidos. A Organização Mundial de Saúde estima a existência de 150 milhões de pessoas com tracoma no mundo, das quais, aproximadamente, 6 milhões estão cegas. É doença endêmica no Brasil, tendo as baixas condições sócio-econômicas como fator de ampliação de risco.

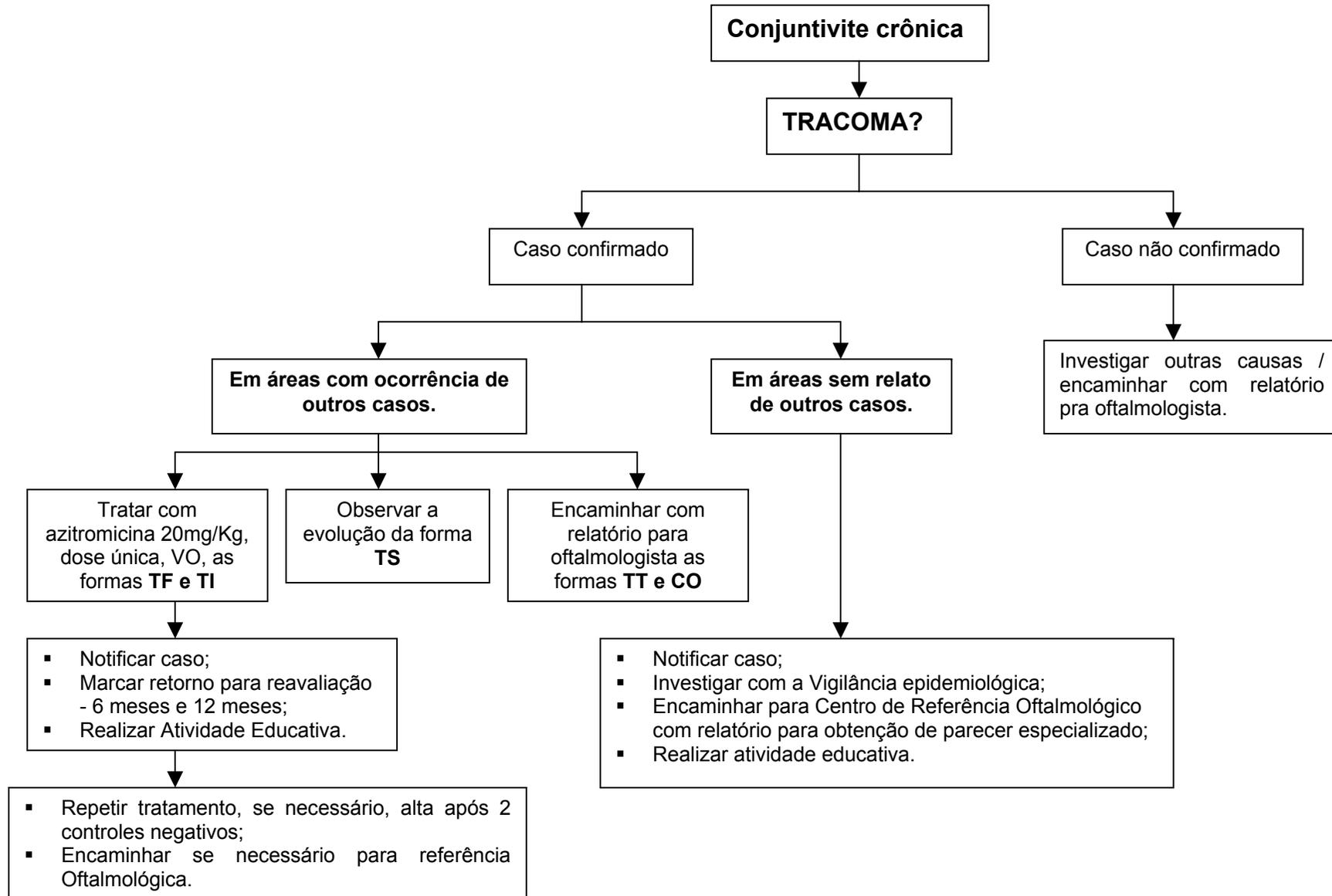
DEFINIÇÃO DE CASO:

Suspeito: indivíduos que apresentam história de conjuntivite prolongada ou referem sintomatologia ocular de longa duração (ardor, prurido, sensação de corpo estranho, fotofobia, lacrimejamento e secreção ocular), especialmente na faixa etária de 1 a 10 anos. Os comunicantes de casos confirmados também devem ser considerados casos suspeitos.

Caso confirmado: todo indivíduo que através do exame ocular externo e eversão da pálpebra superior e auxílio de uma lupa binocular de 2,5 capacidade de aumento apresente um ou mais dos seguintes sinais:

- **Inflamação Tracomatosa Folicular (TF):** quando se verifica a presença de no mínimo 5 folículos de 0,5 mm de diâmetro na conjuntiva tarsal superior;
- **Inflamação Tracomatosa Intensa (TI):** quando se verifica espessamento da conjuntiva tarsal superior com mais de 50% dos vasos tarsais profundos não sendo visualizados;
- **Cicatrização Conjuntival Tracomatosa (TS):** presença de cicatrizes, com a conjuntiva tarsal superior com aparência esbranquiçada, fibrosa com bordas retas, angulares ou estreladas;
- **Triquíase Tracomatosa (TT):** quando um dos cílios atrita o globo ocular ou há evidência de recente remoção de cílios, associados à presença de cicatrizes na conjuntiva tarsal superior (TS);
- **Opacificação Corneana (CO):** caracteriza-se pela sua nítida visualização sobre a pupila com intensidade suficiente para obscurecer pelo menos uma parte da margem pupilar.

TRACOMA / FLUXOGRAMA



TRACOMA / CONTINUAÇÃO

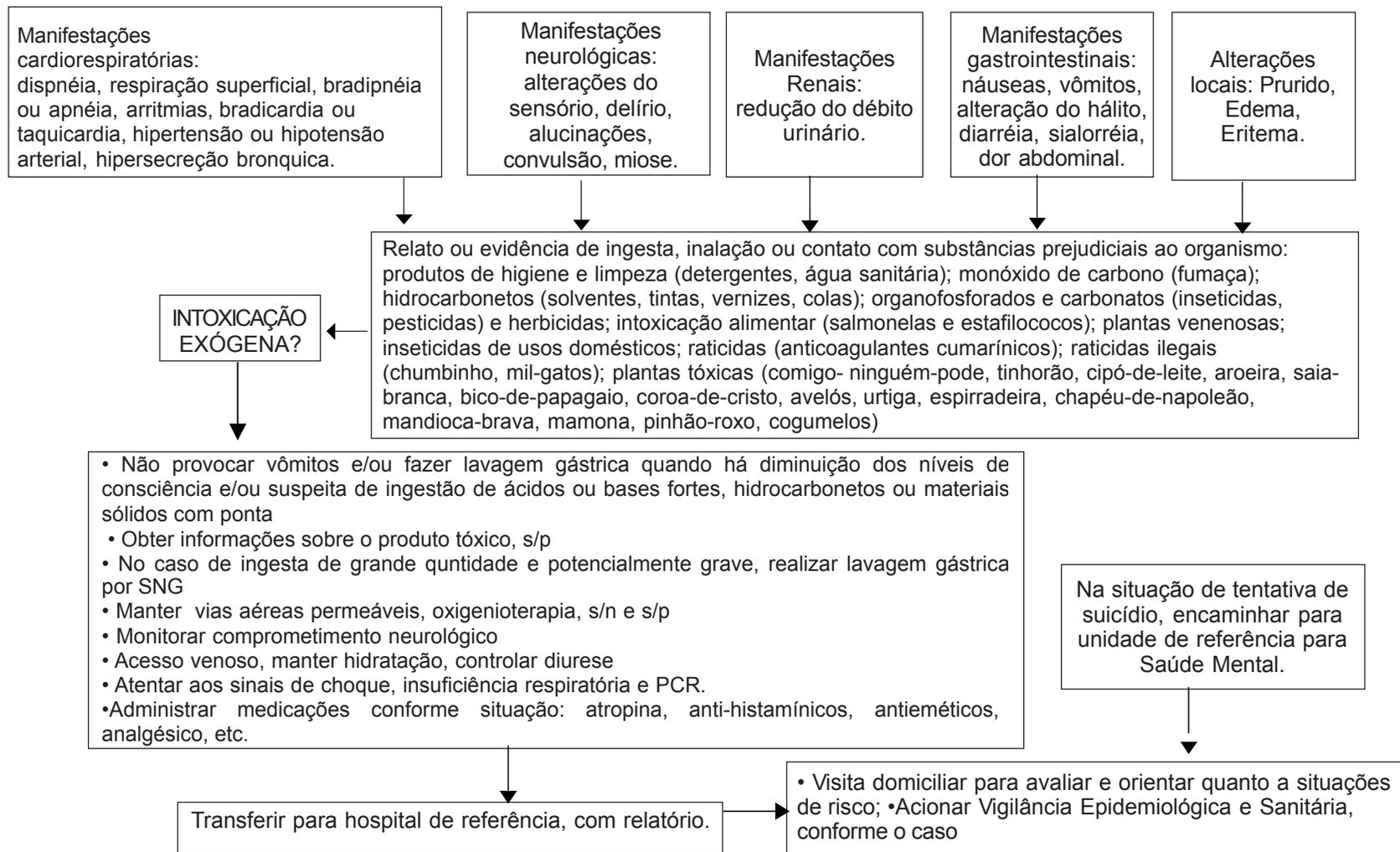
CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Ocorrência de caso novo em área sem história de doença;
- Quando diagnóstico de Triquíase Tracomatosa (TT) cujo tratamento é cirúrgico.

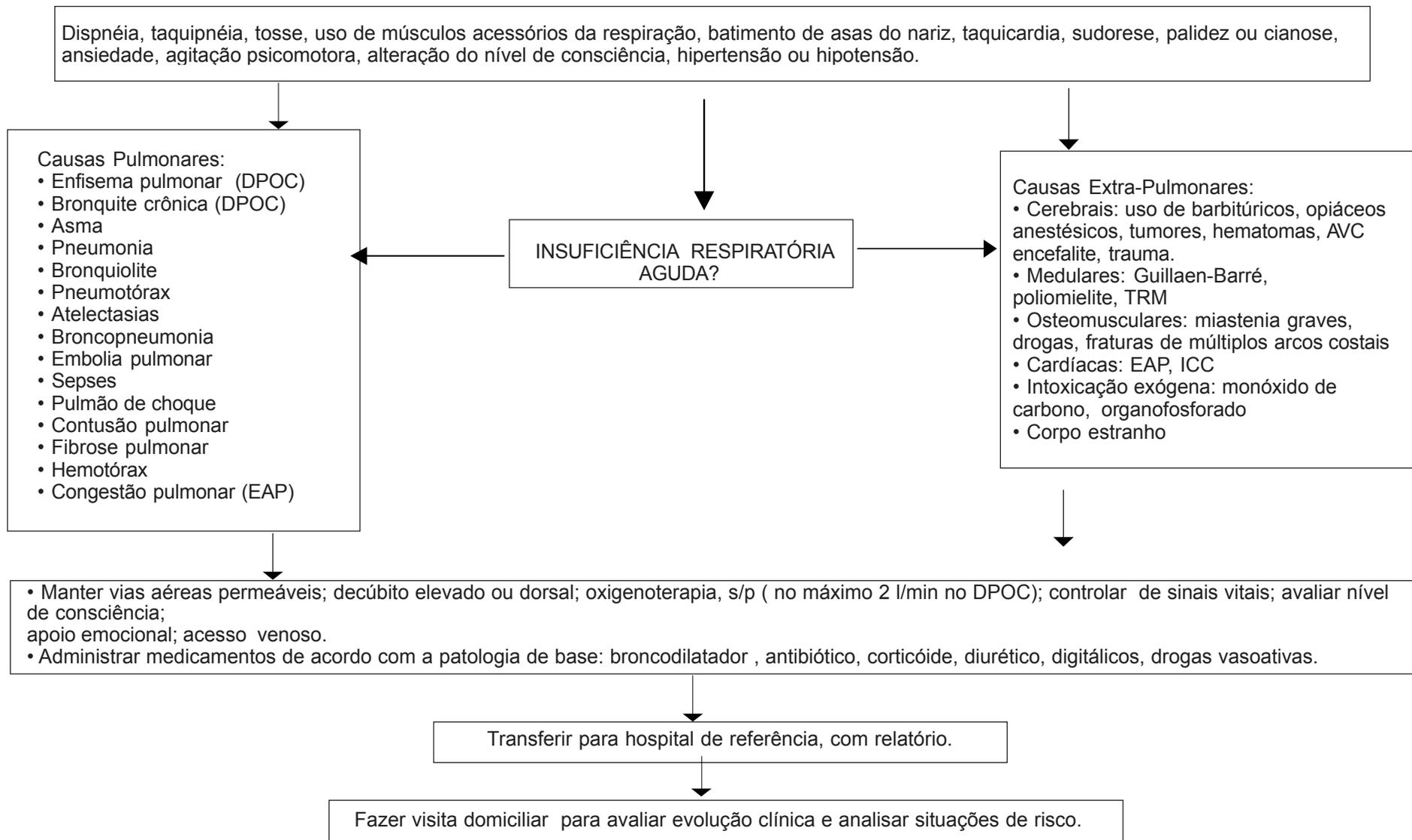
MEDIDAS DE CONTROLE:

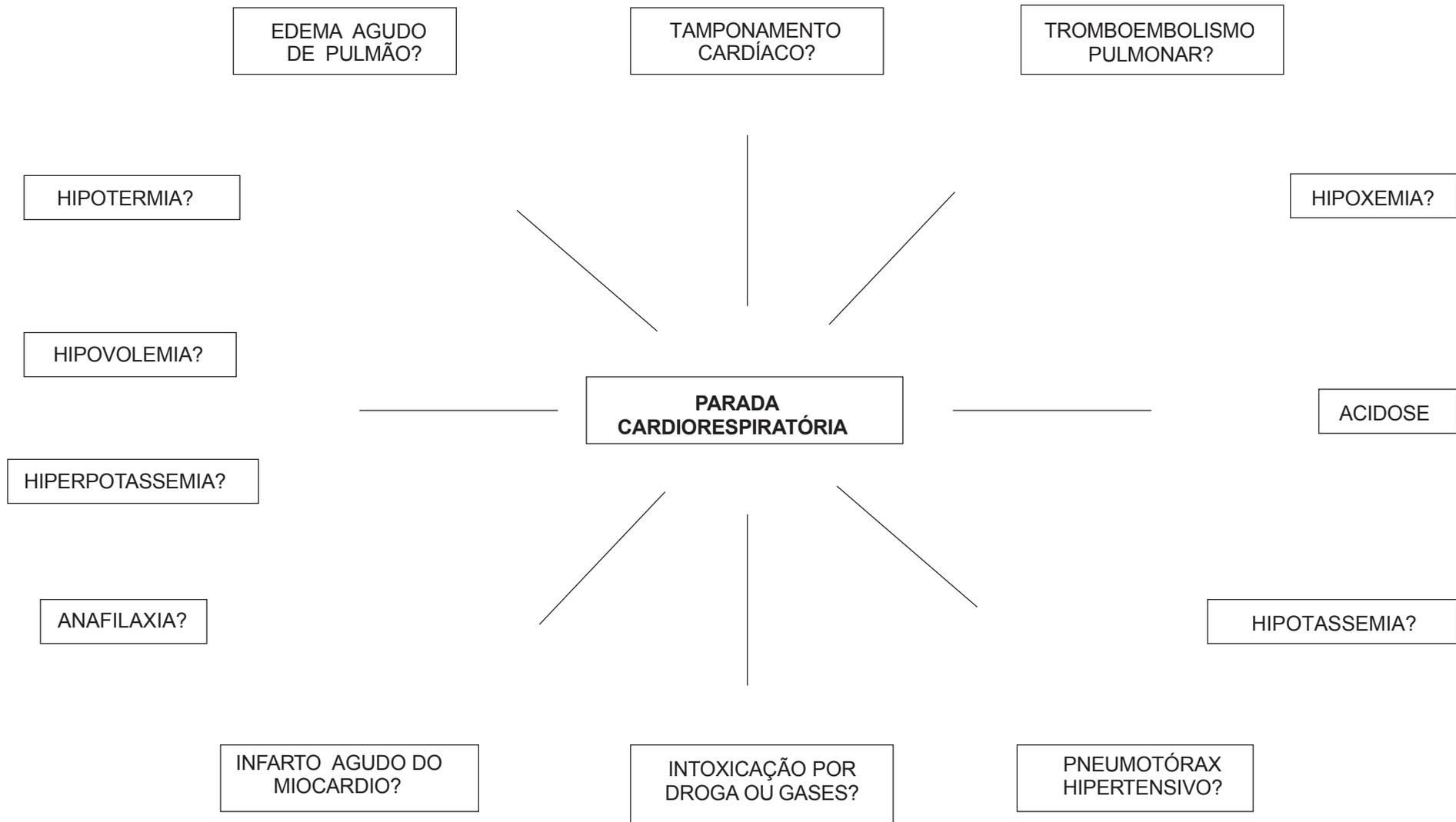
- **Medidas relativas à fonte de infecção**
 - Tratamento individual: todo caso de tracoma inflamatório (TF e/ou TI), deve ser tratado;
 - Tratamento em massa: havendo indicação epidemiológica, o tratamento em massa deverá ser adotado;
 - Busca Ativa de casos novos: deverá ser procedida, visando tratamento e conscientização da população.
- **Medidas referentes às vias de transmissão:** as áreas endêmicas do tracoma, em sua maioria, apresentam precárias condições de saneamento e higiene. A melhoria sanitária domiciliar, o destino adequado do lixo e o acesso ao abastecimento de água, representam importantes ações no controle da doença.

INTOXICAÇÃO EXÓGENA / FLUXOGRAMA

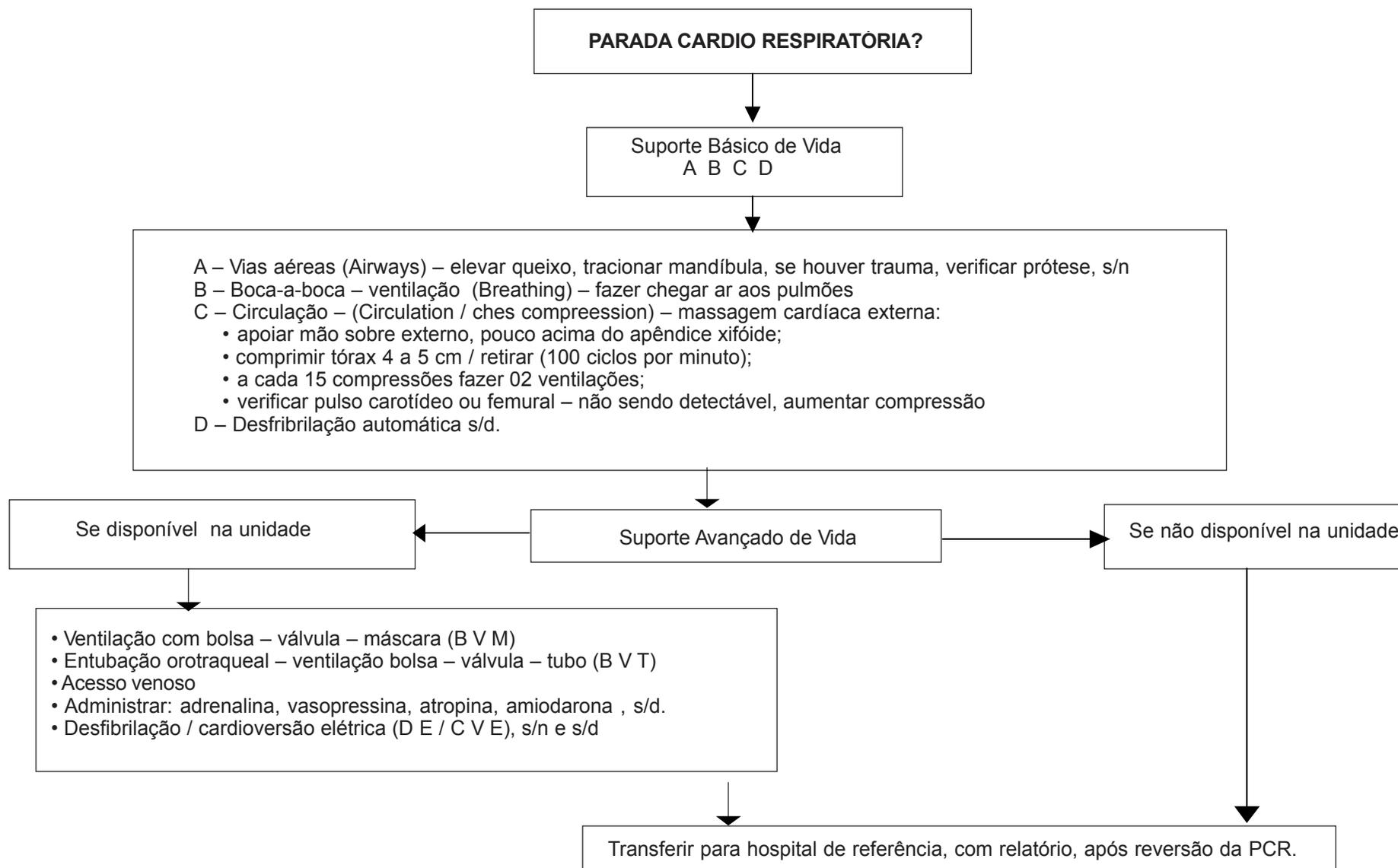


INSUFICIENCIA RESPIRATÓRIA AGUDA / FLUXOGRAMA





PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA / FLUXOGRAMA



PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA / CONTINUAÇÃO

Particularidades da Criança

C – Circulação – Avaliar circulação:

Menores de 01 ano – pulso femural ou braquial;

Maiores de 01 ano – pulso carotídeo.

Compressões Torácicas 1/3 inferior do esterno. Habitualmente em RN e lactentes menores usa-se os dois dedos polegares envolvendo o tórax. Em crianças usa-se a região hipotênar.

Compressões/ventilações – RN 3:1.

– 1 mês a 8 anos – 5:1.

Massagem cardíaca externa: Habitualmente em RN e lactentes usa-se os dedos polegares envolvendo o tórax.

Se não conseguir acesso venoso ou intra ósseo, pode-se fazer adrenalina no tubo traqueal (01 ml/kg sem diluir), repetir de 3 a 5 minutos.

Para entubação, o diâmetro do tubo para criança: $\frac{16 + \text{idade em anos}}{4}$

Fixar o tubo: habitualmente o número no lábio superior corresponde a 3 vezes o número do tubo. Ex: Tubo nº 3 fixa no nº 9.

Eixo 3

REINTEGRAÇÃO E REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS – SAÚDE MENTAL

O PORQUÊ DO TEMA SAÚDE MENTAL:

Dados do Ministério da Saúde, baseado em estatísticas internacionais, apontam que 3% da população necessita de cuidados contínuos (transtornos severos e persistentes), mais de 9% precisa de atendimento eventual (transtornos graves) e 6% a 8% da população necessita de atendimento regular para transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Visando ampliar o acesso da população às ações de saúde mental, o SUS vem intensificando o desenvolvimento dessas ações na atenção básica, devendo o mesmo estar organizado de forma a privilegiar a noção de território, o modelo de rede de cuidado, a intersetorialidade, reabilitação psicossocial, a multiprofissionalidade/interdisciplinaridade e a progressiva desinstitucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental através da promoção da cidadania e construção da sua autonomia.

ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE MENTAL:

Os grupos de educação em saúde são considerados um dos principais instrumentos para atenção em saúde mental devido à possibilidade de integração familiar e social, manifestação dos sentimentos, o desenvolvimento de atividades corporais, realização de atividades produtivas, compreensão do próprio adoecimento.

Os grupos podem ser desenvolvidos objetivando:

- Atividades de expressão (artesanato, corporal, verbal, musical);
- Atividades geradoras de renda;

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CENTRO DE REFERÊNCIA – SEGUIMENTO OU PARECER ESPECIALIZADO

ESQUIZOFRENIA

Além do tratamento medicamentoso, que objetiva reduzir os sintomas psicopatológicos das esferas do pensamento, senso-percepção, afetividade, humor e atividade, não pode prescindir do cuidado psicossocial, extra-hospitalar ou comunitários, dispensados pelos chamados serviços substitutivos ao hospital de internação integral e ambulatório tradicionais psiquiátricos.

TRANSTORNOS NEURÓTICOS: é indispensável à abordagem psicoterápica em todos os casos.

ALCOOLISMO:

- Em casos de comorbidade clínica, devem ser encaminhados para atendimento especializado;
- Urgência clínica, após primeiro atendimento na UBS/USF;
- Alucinação alcohólica aguda;
- Violência;
- Risco de suicídio.

PSICOSES

- Evento agudo;
- Em caso de comorbidade, tratamento e internação em hospital clínico ou outros serviços especializados.

SÍNDROMES DEMENCIAIS

SÍNDROMES DEMENCIAIS

Caracterizam-se por um distúrbio progressivo da memória e outras funções cognitivas, afetando o funcionamento social e ocupacional. É a principal causa de declínio cognitivo em adultos, sobretudo idosos. A idade é o principal fator de risco: **sua prevalência passa de 0,8% aos 64 anos de idade para cerca de 46% na idade de 90 a 95 anos.**

POTENCIALMENTE REVERSÍVEL

Depressão;
Hipotireoidismo;
Déficit de vitamina B12;
Déficit de ácido fólico;
Neurosífilis;
Hematoma Subdural (HSDC);

IRREVERSÍVEL

Outras causas demências

Doença vascular;
Doença mista;
Doença por corpúsculo de Lewy;
Doença de Pick

Doença de Alzheimer

Ver fluxograma específico

SÍNDROMES DEMENCIAIS / FLUXOGRAMA

Demanda aberta de idosos ou encaminhados pelos ACS.

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DOS SEGUINTE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA CARACTERIZAÇÃO DAS DEMÊNCIAS:

- Síndrome com comprometimento de múltiplas funções corticais superiores, memória, pensamento, orientação, compreensão, linguagem, cálculo, aprendizagem, julgamento, pensamento abstrato, alterações psicológicas do comportamento e personalidade, déficit comprometendo atividade profissional/ocupacional/social, a partir de níveis prévios de funcionamento.
- Sem alteração de consciência;
- **Solicitação dos exames: hemograma, glicemia, hemossedimentação, uréia e creatinina, cálcio e fósforo, enzimas hepáticas, proteínas totais e frações, dosagem de vitamina B12 e ácido fólico, hormônios tireoidianos e sorologias para HIV, sífilis e toxoplasmose (neurosífilis e neurotoxoplasmose).**

DOENÇA DE ALZHEIMER?

ESTÁGIO LEVE - Esquecimento de eventos recentes; comprometimento do aprendizado de novas informações; relações de tempo levemente alteradas; orientação espacial prejudicada fora do ambiente familiar; dificuldade em realizar tarefas complexas; necessidade de ser lembrado sobre os cuidados pessoais e higiene, distúrbio inicial de linguagem

ESTÁGIO MODERADO - Esquecimento eventual do nome e identidade de familiares e amigos; dificuldades com a noção de tempo; desorientação espacial dentro de casa; dificuldade em encontrar a palavra certa e em nomear objetos; fala menos espontânea e complexa; incapacidade de lidar com dinheiro; perda da iniciativa; dificuldade em realizar as atividades da vida diária; incontinência urinária e fecal, irritabilidade, agressividade; delírios e alucinações; perambulação.

ESTÁGIO GRAVE: - Os sintomas agravam-se até a incapacidade de reconhecer a si próprio e aos familiares, incapacidade para cuidar de si próprio, afasia (perda total ou parcial da capacidade de usar ou compreender a linguagem), comportamento distraído, alheio e apático, variações do humor com alternâncias de estados de ansiedade e agitação e fases de depressão. Às dificuldades motoras agravadas, acresce a incontinência e dificuldade na deglutição, com redução de peso. Transtornos emocionais e de comportamento; perda do controle da bexiga e do intestino; piora da marcha; tendendo a ficar mais assentado ou no leito; enrijecimento das articulações; dificuldade para engolir alimentos, evoluindo para uso de sonda – fase final

Encaminhar com relatório para unidade de referência em saúde mental, geriatria e/ou neuropsiquiátrica. Manter acompanhamento pela UBS/USF após avaliação especializada.

SEGUIMENTO AMBULATORIAL DA UBS/USF APÓS AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA:

- Adesão à terapia medicamentosa;
- Presença de efeitos adversos e interação medicamentosa.

SÍNDROMES DEMENCIAIS / CONTINUAÇÃO

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO:

As pessoas com demências têm dificuldades para entender o significado do que é dito. As dicas a seguir poderão ajudar a comunicar-se melhor com essas pessoas:

- Comece cada conversa identificando-se e declarando o nome da pessoa;
- Dê orientações ou faça perguntas com calma, uma de cada vez;
- Espere por uma resposta e, se não recebê-la, repita;
- Demonstre os movimentos à pessoa que não consegue mais cuidar de si mesmo, estimulando a repetição;
- Use as palavras que ele usa e os nomes, ao invés de "ele" ou "ela";

ORIENTAÇÕES GERAIS AOS FAMILIARES:

- Manter um nível continuado e satisfatório de estimulação através de músicas, notícias, jornais, revistas, solicitações, tarefas, afazeres, etc;
- Estimular a memória através de histórias e pedir para a pessoa repetir, utilizar fotos, conversar sobre fatos, viagens, etc.
- Estimular a atenção a si próprio (atividades de higiene pessoal, alimentação, vestir-se, urinar e defecar sozinho sempre que possível, banho, barba, pentear-se);
- Remover ou cobrir os botões do fogão quando não estiverem sendo usados;
- Deixar fora de alcance ferros elétricos, torradeiras, liquidificadores, ferramentas e outros equipamentos elétricos;
- Responsabilizar-se pela medicação do portador de demência;
- Deixar uma luz da casa acesa à noite;
- Acompanhá-lo se insistir em sair de casa;
- Colocar uma identificação no portador de demência.

DEPRESSÃO

EPIDEMIOLOGIA:

A depressão é cerca de duas vezes mais comum entre 30 e 40 anos de idade, mas pode se iniciar em qualquer faixa etária. É mais comum na mulher. Um estudo epidemiológico realizado no Brasil indicou prevalência de depressão ao longo da vida de 16,6% da população. Ela é caracterizada pela perda de interesse e prazer nas atividades habituais e pela diminuição das atividades.

CLASSIFICAÇÃO:

A depressão pode ser considerada leve, moderada e grave:

- **Depressão Leve:** indivíduo sente-se incomodado pelos sintomas, porém geralmente continua trabalhando e mantendo suas atividades;
- **Depressão Moderada:** comprometimento nas esferas social, familiar e profissional. É mais evidente, pois, com frequência, o indivíduo apresenta dificuldades em manter o mesmo padrão de atividades;
- **Depressão Grave:** os sintomas são intensos e impossibilitam a manutenção das atividades habituais; o indivíduo interrompe suas atividades ou as reduz drasticamente. A internação, preferencialmente em Hospital Geral, pode ser necessária em função do alto risco de suicídio.

CRITÉRIOS PARA TRATAMENTO CONTINUADO (acompanhamento e uso contínuo de fármacos pelo resto da vida):

- Pessoas que apresentam 3 ou mais episódios de depressão moderada ou grave ao longo da vida;
- Um episódio grave, com tentativa de suicídio;
- Pessoas com primeiro episódio após 50 anos de idade;
- Pessoas que adoecem ainda durante o curso do tratamento.

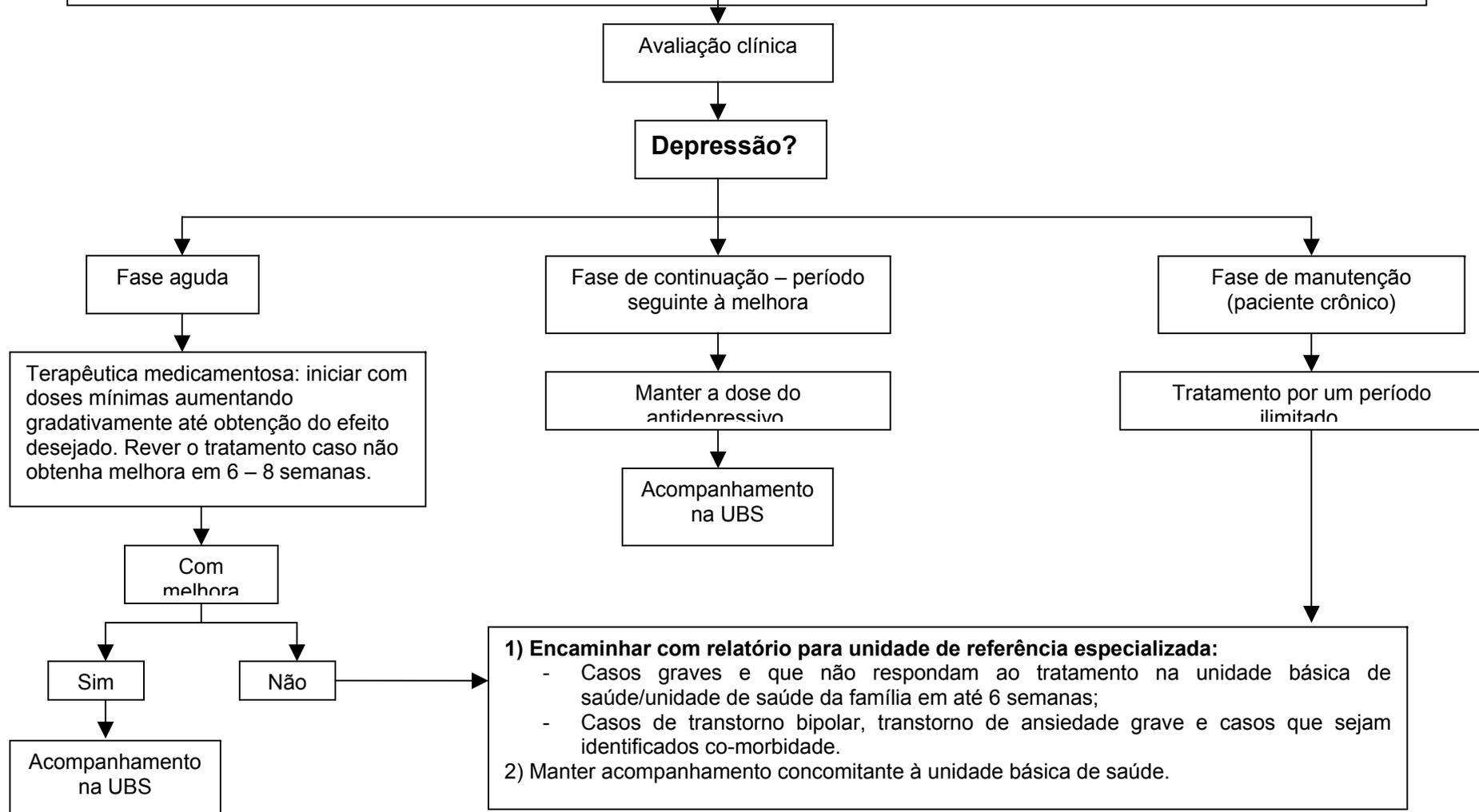
DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A intensidade dos sintomas geralmente define os diferentes quadros depressivos do período pós-parto. A depressão pós-parto (Postpartum blues), é um distúrbio emocional comum, podendo ser considerada uma reação esperada no período pós-parto imediato e que geralmente ocorre na primeira semana depois do nascimento da criança. Entre 50% a 80% de todas as mulheres apresentarão reações emocionais de várias formas de expressão.

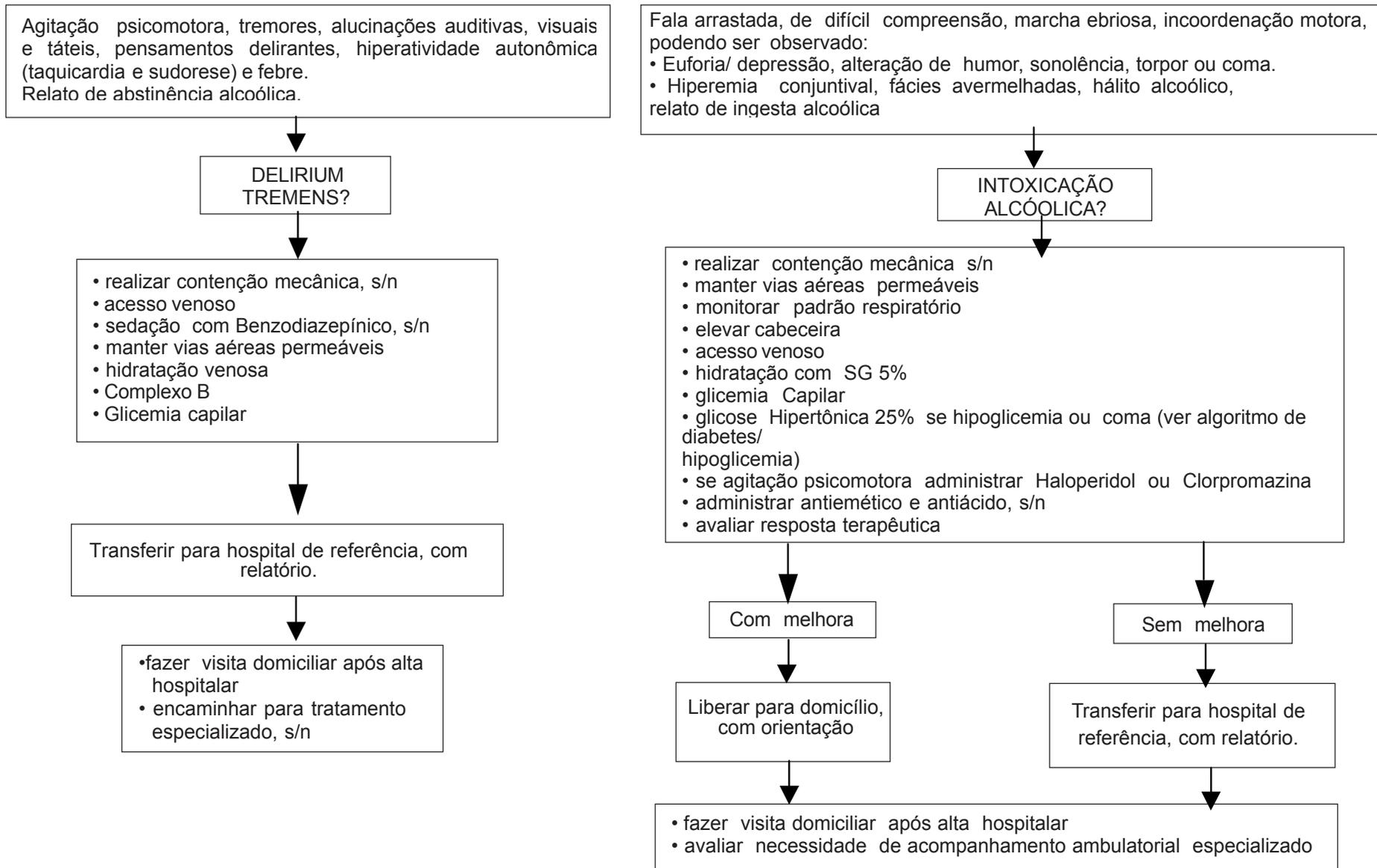
Os sintomas incluem rejeição ao recém nascido, crises de choro, fadiga, humor deprimido, irritabilidade, ansiedade, confusão e lapsos curtos de memória. As reações emocionais não psicóticas ocorridas no período de pós-parto se resolvem espontaneamente em até seis meses, sendo que o manejo consiste em deixar a paciente verbalizar seus sentimentos, enfatizando a normalidade da sua alteração.

DEPRESSÃO / FLUXOGRAMA

Falta de concentração e atenção, a baixa auto-estima, sentimento de culpa ou inutilidade, pessimismo, alteração do apetite e do peso corporal, alteração no padrão de sono, libido diminuído, lentidão psicomotora, idéias suicidas (a persistência desses sintomas por 15 dias **se não houve perdas significativas/luto ou mais de 60 dias caso haja perdas significativas/luto**), caracterizam depressão.



DROGAS LÍCITAS / FLUXOGRAMA



TABAGISMO

EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO E OUTROS DADOS

- O tabagismo faz parte da Classificação Internacional de Doenças - CID 10. Ele interfere na saúde geral do indivíduo e seus efeitos adversos iniciam antes do nascimento e continuam ao longo da vida. Ele é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Atualmente, o total de óbitos por doenças tabaco-relacionadas é de 5 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia.
- No Brasil, um terço da população adulta é fumante. Houve redução da prevalência entre adultos nos últimos anos, sobretudo nas classes sociais mais altas. Entretanto, tem havido aumento da prevalência em grupos específicos, como mulheres e jovens. Estima-se que cerca de 200.000 óbitos por ano são decorrentes do tabagismo. O programa nacional de controle do tabagismo tem obtido resultados bastante significativos. Em 15 anos, houve uma redução de quase 50% na prevalência de fumantes na população brasileira – em 1989, a prevalência era de 32% e passou para 19% em 2003. Uma das iniciativas nesse sentido foi a adoção de fortes imagens de advertência nos maços de cigarro.
- 29 de agosto - dia mundial de combate ao tabagismo
- Serviço Disque Pare de Fumar (0800 703 7033)

COMPOSIÇÃO DO CIGARRO

- O tabaco é uma erva composta por uma complexa mistura de diversos componentes químicos.
- A fumaça do cigarro contém mais de 4700 substâncias tóxicas, sendo que umas 80 destas cancerígenas.
- A nicotina presente na folha do tabaco é responsável por seu padrão de dependência. Ela é absorvida a partir da fumaça do cigarro pelos alvéolos. Na fumaça do do cachimbo e charuto, ela se encontra em forma química que a torna absorvível também pela mucosa oral. A nicotina é rapidamente transportada pelo sangue, chegando ao cérebro em segundos. Ela age no sistema nervoso central e tem alto poder de modificar a neurobiologia do cérebro.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: CRITÉRIO DE FUMANTE E DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA

- Fatores individuais, sociais e ambientais são importantes no desenvolvimento desta adição, que passa por aprendizado do uso da droga. Envolve indivíduos que se encontram em alguma situação de vulnerabilidade, como adolescentes, divorciados, desempregados, viúvos
- É considerado fumante todo indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços de cigarros, em toda a sua vida e fuma atualmente.
- O fumante é considerado dependente à nicotina quando apresenta 3 ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses:
 - a - forte desejo (“fissura”) ou compulsão para consumir a substância (nicotina);
 - b - dificuldade de controlar o uso da substância (nicotina) em termos de início, término ou nível de consumo;
 - c - surgimento de reações físicas ou síndrome de abstinência quando o uso da substância (nicotina) cessou ou foi reduzido;
 - d - necessidade de doses crescentes da substância (nicotina) para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando tolerância;
 - e - abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância (nicotina), e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos;
 - f - persistência no uso da substância apesar de evidência clara de conseqüências nocivas à saúde.

PROPOSTAS DE ATUAÇÃO PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA:

- Disseminar informações sobre os malefícios do tabaco, tabagismo passivo, dependência de nicotina e benefícios da cessação de fumar nos grupos educativos, salas de espera, consultórios, escolas, locais de trabalho, entre outros. Por exemplo, pode-se usar em sala de espera, a exibição de cartazes de “proibido fumar”, distribuição de folhetos sobre o abandono do tabagismo, exibição de filmes educativos.
- Salientar para não perseguir ou marginalizar os fumantes, mas apoiá-los no processo de cessação de fumar e preservar sua saúde.
- Aconselhar e apoiar os pacientes no processo de cessação de fumar e na adoção de outros hábitos de vida saudáveis, como alimentação equilibrada, moderação no consumo de bebidas alcoólicas, atividade física, sexo seguro, cuidados relativos à exposição ao sol e à exposição ocupacional, lazer.
- Eliminar a poluição tabagística ambiental na unidade de saúde, criando um clima favorável para a cessação de fumar;
- Adotar pessoalmente hábitos saudáveis instrumentalizando-se de mais uma estratégia para estimular a comunidade assistida.

TABAGISMO / CONTINUAÇÃO

DOENÇAS RELACIONADAS AO TABAGISMO

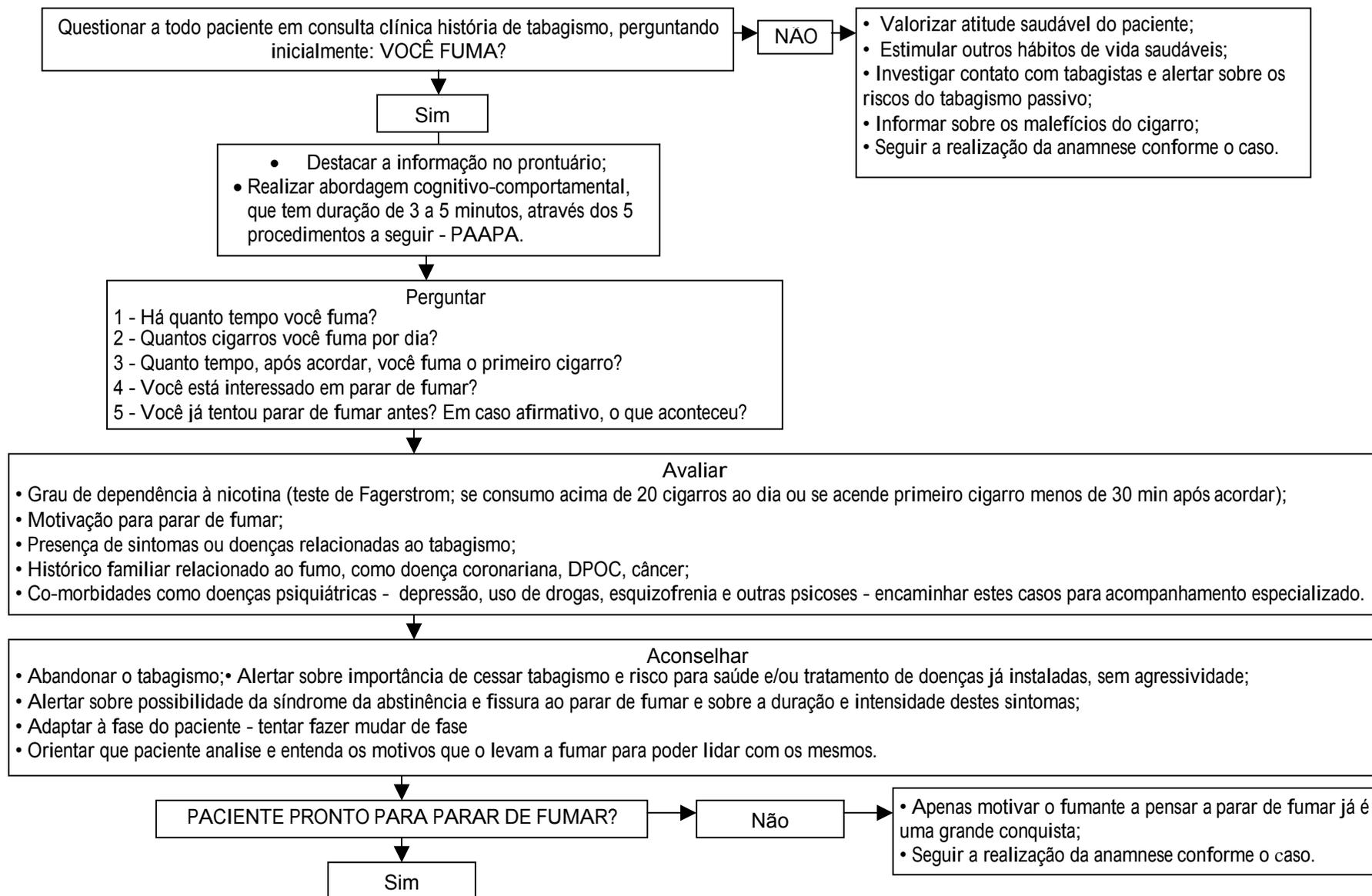
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): caracteriza-se por limitação ao fluxo aéreo, parcialmente irreversível, usualmente progressiva e associada a resposta inflamatória do pulmão a partículas ou gases nocivos. Em 2000, era a quarta causa mais comum de morte no mundo. O tabagismo é o fator de risco mais importante.
- Câncer de pulmão: é o câncer maligno com maior taxa de óbitos no Brasil e no mundo. O fumo é responsável por quase 95% dos casos. Fumantes têm risco cerca de 20 vezes maior de morrer por esta neoplasia que não fumantes. As chances de ter câncer de pulmão diminuem ao parar de fumar e se igualam aos de que nunca fumaram após 15 a 20 anos de abstinência.
- Doenças intersticiais pulmonares: grupo de doenças caracterizadas por dispnéia, tosse seca, infiltrados intersticiais difusos, padrão restritivo da função pulmonar e alteração da troca gasosa; algumas delas são relacionadas ao tabagismo.
- Doenças pulmonares ocupacionais e ambientais: o fumo potencializa as alterações inflamatórias dessas enfermidades, especialmente aquelas relacionadas à exposição a poeiras minerais.
- Doenças cardiovasculares: o tabaco acelera o processo de envelhecimento dos vasos arteriais determinando o aparecimento da aterosclerose precoce e tem efeito vasoconstrictor devido à nicotina. O tabagismo aumenta a pressão arterial, predispõe para acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, angina do peito, infarto do miocárdio, morte súbita. Junto à hipertensão arterial sistêmica e alteração do colesterol, o tabagismo é um fator de risco prevenível para doença coronariana.
- Doenças vasculares arteriais periféricas: maior risco de doença oclusiva aortoiliaca, doenças oclusivas das artérias carótidas extracranianas, lesão arteriolar da retina, tromboembolismo venoso, que engloba trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolia pulmonar, e tromboangeite obliterante, que pode levar à amputação do membro acometido. Na mulher, a associação do fumo com uso de anticoncepcional oral, ou terapia de reposição hormonal, ou estado de gravidez/puerpério aumenta consideravelmente os riscos para TVP.
- Doenças neurológicas: maior risco de demência e doença de Alzheimer.
- Câncer de cabeça e pescoço: neoplasias malignas do trato aerodigestivo superior. Tem como fatores de risco o tabagismo, carências nutricionais e má-higiene oral. O fumo através de cachimbos e charutos é mais cancerígeno pelo maior contato com a cavidade oral.
- Câncer de esôfago: tem o álcool e o fumo como fatores de risco mais importantes. É altamente agressivo e letal.
- Câncer de bexiga: maior incidência em homens devido à exposição aos fatores de risco. Um terço dos casos é atribuído ao tabagismo.
- Outros tipos de câncer: bexiga, rim, colo de útero, medula óssea.
- Doenças dermatológicas: envelhecimento precoce da pele, provocando rugas; dermatite atópica e psoríase.
- Doenças bucais: câncer bucal, doença periodontal como gengivite e periodontite crônica, fissuras labiopalatais em fetos, cáries, hiperqueratose nicotínica, dificuldade de reintegração óssea em caso de implantes dentários.
- Osteoporose: contribui para seu desenvolvimento, aumentando o risco de fratura no idoso, principalmente mulheres.
- Impotência sexual masculina e diminuição do índice de fertilidade da mulher
- Catarata

DOENÇAS TABACO-RELACIONADAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES FUMANTES

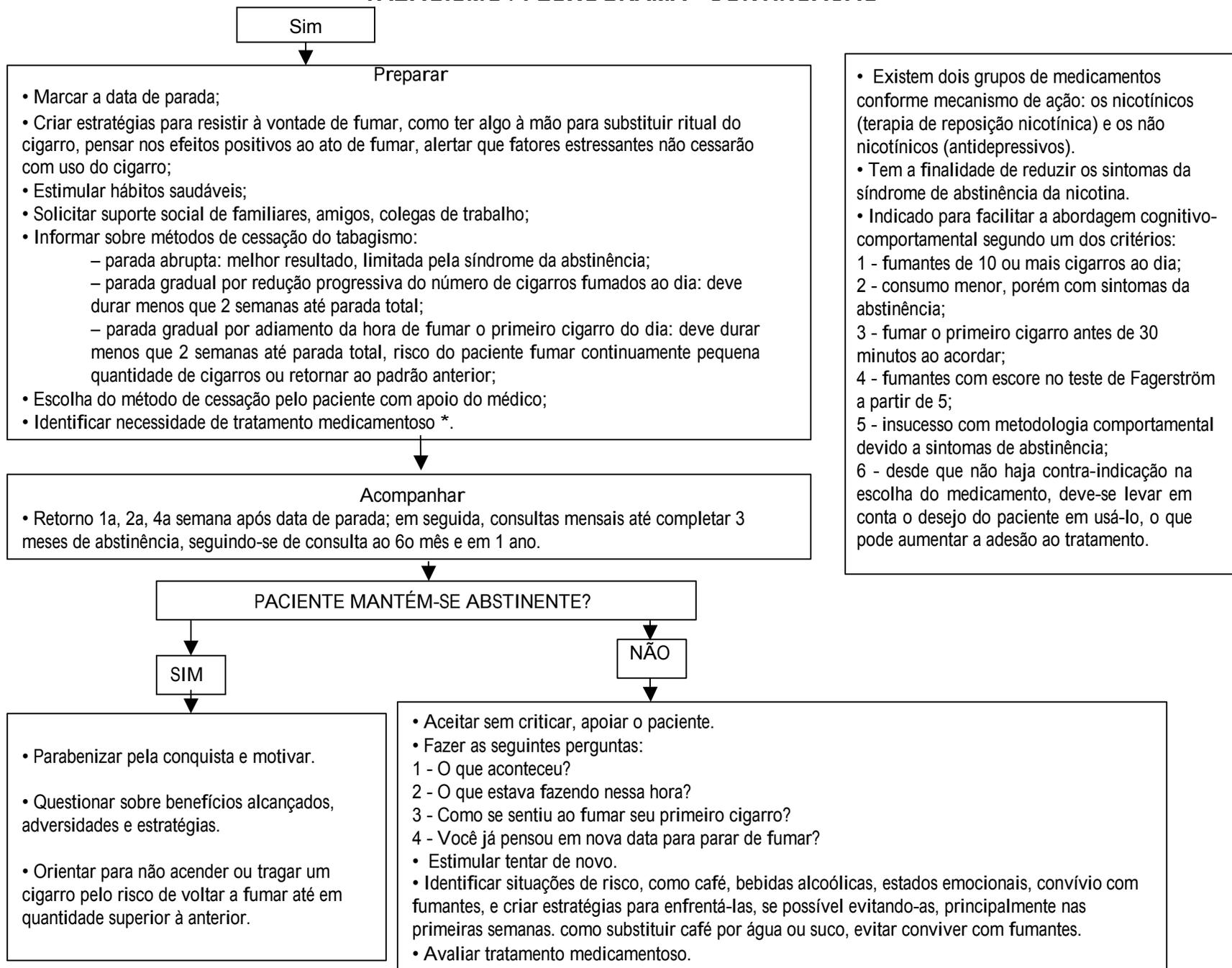
- Associação entre cigarros e comportamentos de risco como brigas, sexo sem proteção, uso de álcool e de maconha.
- Distúrbios pulmonares, como tuberculose, tosse persistente, crises graves e freqüentes de alergias respiratórias (rinites, rinosinusites e asma), infecções de repetição, incluindo amidalites, otites, resfriado comum, gripes, bronquite e pneumonias.
- Sintomas clínicos como pele enrugada e atrofiada, irritação freqüente dos olhos, dentes amarelados, cáries freqüentes, doenças periodontais, mau hálito, perda de olfato e paladar, odinofagia recidivante, fraco desempenho esportivo e escolar, falta de disposição geral, insônia, depressão, roncos e apnéia do sono.

TABAGISMO / FLUXOGRAMA

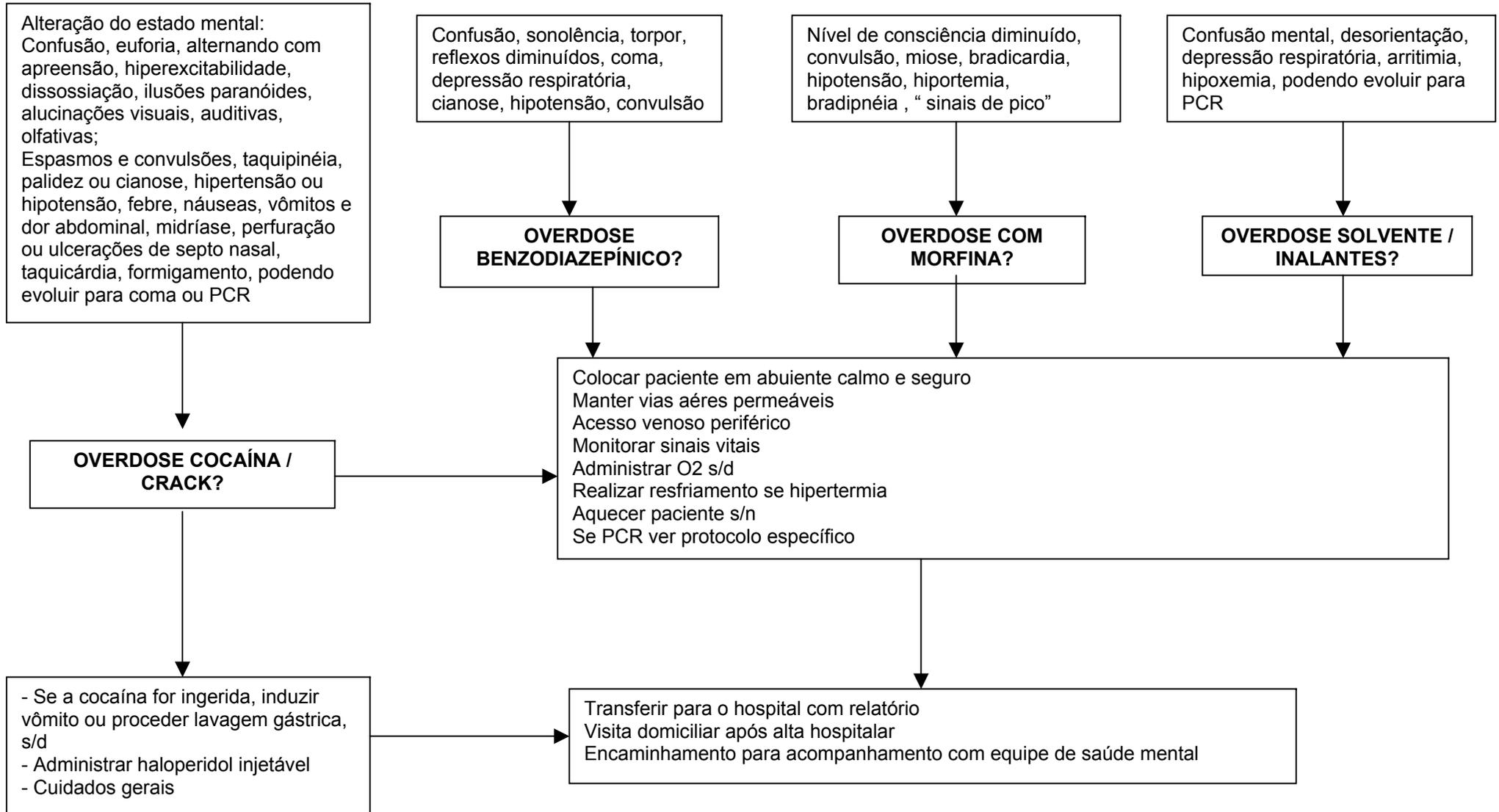
ABORDAGEM DO PACIENTE ATRAVÉS DO MÉTODO PAAPA



TABAGISMO / FLUXOGRAMA - CONTINUAÇÃO



DROGAS ILÍCITAS / FLUXOGRAMA



ABORDAGEM INDIVIDUAL E FAMILIAR PARA ACAMADOS CRONICAMENTE

Algumas causas possíveis: seqüelas de acidente vascular encefálico, paralisia cerebral, trauma ráquico-medular, amputação de membros, fraturas ósseas e outros.

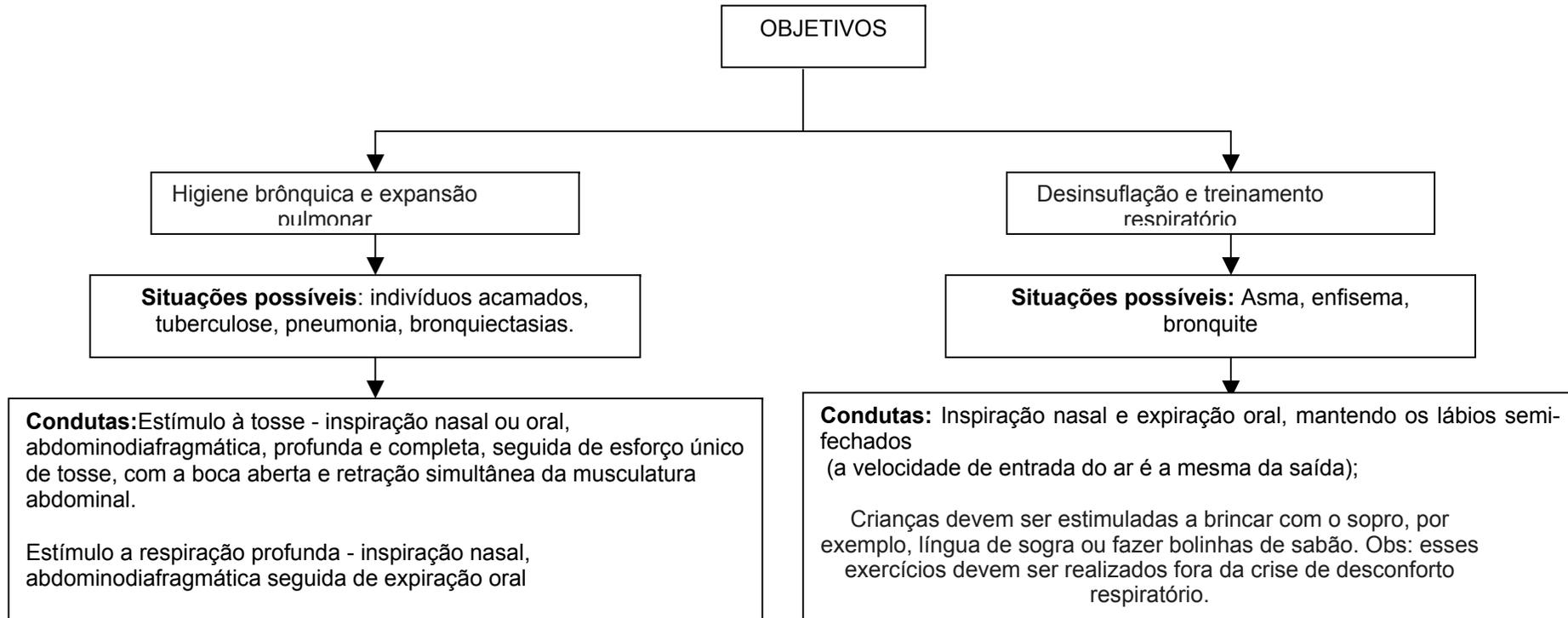
A Equipe de Saúde tem fundamental importância no processo de reabilitação e reinserção social, devendo elaborar um plano de trabalho conjunto, considerando as orientações abaixo, destinadas ao indivíduo e sua família:

- Estimular a movimentação (ex.: sentar, levantar) e a mudança de posição na cama;
- Estimular a inspiração profunda pelo nariz como se tentasse colocar o ar no abdômen e expiração livre pela boca, inclusive, durante a movimentação;
- Para auxiliar a movimentação o cuidador deve informar o que deseja fazer, aproximar o corpo e realizar o movimento, apoiando o peso nas pernas e não nos músculos das costas, evitar inclinar o tronco;
- Proporcionar banhos de sol, por vinte minutos, no início da manhã ou final da tarde;
- Manter a higiene pessoal e do ambiente, evitar dobras ou resíduos nos tecidos que estiverem embaixo do indivíduo;
- Manter boa hidratação;
- Caso não haja controle dos esfínteres, trocar a roupa sempre que necessário;
- Inspeccionar o corpo, diariamente, observando se existem áreas hiperemias na pele ou feridas. Caso haja qualquer alteração, procurar orientação adicional com a equipe de saúde;
- Estimular a realização de atividades da vida diária e inserção na rotina familiar;
- Usar roupas largas, sem botões, fáceis de serem vestidas;
- Utilizar sapatos fechados, sem cadarços e com solado de borracha;
- Pacientes com dificuldades na deglutição ou com alteração crônica de consciência devem ser posicionados com elevação da cabeceira da cama e de preferência com a cabeça lateralizada para evitar broncoaspiração;
- Se possível, oportunizar momentos de lazer.

Orientações complementares importantes para o indivíduo que apresenta hemiplegia:

- Alertar a família a não seguir orientações de pessoas não habilitadas, para evitar o agravamento das seqüelas, através de posicionamentos e exercícios contra-indicados;
- Orientar a evitar posturas que reforcem o padrão flexor, como manter o braço acometido dobrado, próximo ao corpo ou apertar bolinhas;
- Oferecer estímulos pelo lado comprometido, conversando, tocando, oferecendo objetos;
- Evitar deixar o braço afetado pendente ou tracioná-lo, evitando luxações;
- Ao movimentar, o indivíduo deve manter o braço comprometido esticado, segurando-o pelo punho, com o auxílio do outro braço. Desta forma, o ombro estará protegido de pequenas e repetidas lesões e futuro quadro doloroso;
- Ao deitar de lado, colocar um travesseiro entre as pernas e manter o braço afetado esticado. Caso este braço esteja para cima, apoiá-lo com um travesseiro;
- Ao deitar em decúbito dorsal, colocar um travesseiro embaixo do braço afetado e outro ao lado da perna comprometida, mantendo a posição anatômica;
- Para auxiliar a levantar da cama, o cuidador deve trazer o indivíduo à beirada, colocar as pernas para fora, levantar o tronco, pondo-o sentado. Em seguida, travar o joelho do membro acometido e colocá-lo em pé;
- Para auxiliar a utilização do membro afetado deve-se engrossar cabos de talheres, escovas e outros objetos utilizando tiras de câmaras de ar, bola de isopor, pano, cabo de mangueira, esponjas.
- Estimular o uso de espelhos ao realizar atividades cotidianas, para auxiliar a coordenação e o reaprendizado dos movimentos.

CUIDADOS COMPLEMENTARES EM AFECÇÕES RESPIRATÓRIAS



REABILITAÇÃO E PREVENÇÃO DAS SEQUELAS DA HANSENÍASE

A hanseníase pode ser responsável pelo desenvolvimento de incapacidades físicas na face (olhos e nariz), nas mãos e nos pés. A aplicação de técnicas básicas de prevenção, controle e tratamento - reabilitação são ações importantes para evitar o estigma e o isolamento social.

Os exercícios indicados a seguir podem ser usados para prevenção e tratamento de seqüelas na face e devem ser realizados em frente ao espelho:

- Fechar os olhos fortemente (pálpebra);
- Elevar as sombrancelhas, formando pregas horizontais na testa (frontal);
- Projetar os lábios fechados, fazendo “bico” (orbicular dos lábios);
- Manter os lábios fechados tomar ar e inflá-los na bochecha(bucinador);
- Elevar as comissuras labiais para cima e para fora com os lábios abertos, como um sorriso(zigomático maior)

Os exercícios devem ser realizados respeitando as seguintes fases:

1. Acomodar o segmento na posição inicial;
2. Contração progressiva lenta: contração lenta e gradual da musculatura até alcançar o grau máximo;
3. Contração máxima mantida : manter por mais ou menos 5 segundos (contar lentamente de 1 a 5);
4. Relaxamento progressivo lento;
5. Relaxamento completo: descansar por 3 segundos, para reiniciar o exercício (contar lentamente de 1 a 3);

Orientações Gerais:

- Hidratar e lubrificar o segmento antes dos exercícios;
- Ensinar 1 ou 2 exercícios de cada vez;
- Solicitar ao paciente que repita a técnica;
- Repetir 8 a 10 vezes cada movimento, respeitar a tolerância do indivíduo;
- Realizar de 2 a 3 vezes ao dia;
- Diminuir ou suspender o exercício se o paciente apresentar dor e fadiga;
- Verificar, periodicamente , a execução correta;
- Iniciar os exercícios resistidos, apenas, quando a musculatura estiver condicionada;
- Cada indivíduo apresenta necessidades distintas, tornando indispensável a avaliação profissional para definir a conduta terapêutica.

REABILITAÇÃO E PREVENÇÃO DAS SEQUELAS DA HANSENÍASE / CONTINUAÇÃO

Os exercícios para membros superiores e inferiores são importantes, porém é necessário proceder a avaliação prévia para identificar os exercícios (ativo, ativo-assistido, passivo) adequados a cada indivíduo. Além de observar suas contra-indicações: neurite aguda silenciosa, mão reacional, traumatismo, úlceras, outros processos infecciosos e inflamatórios em fase aguda.

Exemplos de Exercícios Ativos para Membros Superiores:

1. Com o antebraço e a mão em pronação, afastar e aproximar todos os dedos simultaneamente em relação a “linha média da mão”. Para oferecer resistência ao exercício pode-se utilizar elástico de borracha do 2º ao 5º dedos.
2. Com o antebraço e a mão em supinação, elevar os dedos a 90º, pode ser realizado dedo a dedo ou em grupo, como se formasse um cone com o polegar e os outros dedos;
3. Com o antebraço e a mão em supinação, elevar o polegar, perpendicularmente, à palma da mão. Para oferecer resistência pode-se colocar um elástico ao redor das falanges proximais do 2º e 3º dedos e falange distal do polegar;

A diminuição ou perda de sensibilidade protetora nos membros pode ocasionar muitos acidentes, promovendo incapacidades irreversíveis e mutilantes. Por tanto, é necessário orientar os pacientes quanto a adaptação dos instrumentos usados diariamente, como a colocação de cabos longos de madeira nas panelas e talheres; o uso de luvas ou pegadores para panelas e tampas; cabos grossos, lisos com cobertura antiderrapante para instrumentos de trabalho como enxadas e outros.

Exemplos de Exercícios Ativos para Membros Inferiores:

1. Sentado, com a perna cruzada, apoiar o pé a ser trabalhado no joelho da perna oposta. Fazer a eversão completa, com força máxima, aplicando força no bordo lateral do pé;
2. Deitado, em decúbito ventral, com o joelho em flexão de 90º, realizar a dorsiflexão do pé;
3. Sentado, com os pés descalços sobre uma toalha, realizar a flexão e extensão dos dedos tentando enrugur e esticar a toalha.

CUIDADOS POSTURAIS

Cuidar da postura é fundamental na prevenção de dores, alterações na coluna ou mesmo fazendo parte da reabilitação de agravos já existentes, pois estes estão, frequentemente, associadas aos hábitos posturais inadequados adotados rotineiramente. Para tanto a equipe de saúde deve promover as seguintes orientações:

- Manter, sempre, a postura ereta;
- Manter o peso corporal adequado e realizar atividade física - ex: caminhadas diárias, com duração mínima de 30', contínuos ou intercalados;
- Ao carregar bolsas e sacolas dividir o peso nos dois lados do corpo;
- Mochilas devem ser carregadas nas costas e devem ter até 10% do peso corporal;
- Para pegar um peso no chão, jamais inclinar o tronco, o correto é aumentar a distância entre os pés, dobrar os joelhos, agachar e trazer o peso bem próximo ao corpo;
- Não colocar pesos em prateleiras altas, estas devem estar à altura dos ombros. Caso haja a necessidade de pegar pesos em lugares altos utilizar um banco ou escadinha;
- Para vestir calças ou calçar os sapatos não tentar equilibrar-se em uma perna, é melhor sentar com as costas apoiadas em uma cadeira;
- Para sentar, dar preferência a cadeiras com encosto e assento amplo; não sentar na beirada; colocar os pés, completamente, no chão e não cruzar as pernas; usar o descanso de braços, mantendo os braços à 90°. Evitar inclinar, frequentemente, para as laterais ou rodar o tronco e não permanecer por muito tempo sentado;
- Dormir, preferencialmente, de lado com o travesseiro preenchendo a distância ombro-cabeça, as pernas um pouco dobradas e um travesseiro entre elas;
- Para dormir com o abdômem para cima, manter a cabeça alinhada ao corpo e colocar um travesseiro debaixo dos joelhos. Neste caso, ao acordar não levantar partindo desta posição, é necessário virar-se de lado, colocar as pernas para fora da cama e sentar apoiando o peso do corpo sobre o cotovelo e a mão;
- Evitar dormir de bruços, caso seja necessário, colocar um travesseiro sob o abdômem;
- Usar colchões semi-rígidos, adequados ao peso corporal;
- Evitar torcer excessivamente o pescoço ao usar o telefone;
- Evitar permanecer muito tempo sentado ou em pé;
- Usar sapatos com saltos de 2 a 3 cm, com base larga e firme com fixação posterior, evitar saltos altos e tamancos.

PREVENÇÃO DE DESCONFORTOS NA GESTAÇÃO

- Dormir sempre em decúbito lateral esquerdo - permitindo o fluxo circulatório normal;
- Ao acordar, antes de levantar-se, mexer as mãos e pés com movimentos circulares e jamais levantar-se flexionando o tronco para frente pois isto pode promover o afastamento dos músculos reto abdominais;
- Reservar uma hora por dia para descansar na cama com os pés elevados, aproximadamente 30°. Movimentar os pés para cima e para baixo, favorecendo o retorno venoso;
- Evitar movimentos de torção com as mãos. Caso seja necessário torcer uma roupa, por exemplo, enrolar sobre um apoio, dobrar ao meio e comprimir com os braços sobre o apoio;
- Usar saltos de 2 cm, não usar saltos altos e tamancos;
- Não permanecer muito tempo na mesma posição, sentada ou deitada.

PREVENÇÃO DE DESCONFORTOS NO PUERPÉRIO

- Deambular precocemente;
- Realizar exercícios com a panturrilha, por exemplo, movimentos com os pés para cima e para baixo, com pelo menos dez repetições, algumas vezes ao dia;
- Durante a amamentação colocar travesseiros sob o braço que apóia o bebê, de forma que o peso seja sustentado pelos travesseiros;
- Variar a postura para amamentar, por exemplo, inverter a posição do bebê, que ficaria com o corpo debaixo da axila da mãe ao invés de encostar na barriga, isto promove a mudança de pontos de pressão na mama, evitando que esta seja ferida;

ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS – Ácido acetil salicílico

amp. – ampola

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AOCs – Anticoncepcionais Orais Combinados

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVCH – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVCI – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

BCF – Batimentos Cardíacos

CA – Câncer

caps. – cápsulas

CMV – Citomegalovírus

comp. – comprimidos

CVE – Cardio versão elétrica

DE – Desfibrilação elétrica

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

DIU – Dispositivo Intra Uterino

DPOC – Doença Pulmonar Oclusiva

DPT – Vacina (difteria, coqueluche e tétano)

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EAP – Edema Agudo de Pulmão

EBV – Epstein Baar - vírus

EV – Endovenosa

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HSD – Hemorragia Sub-dural

HSA – Hemorragia Sub-aracnoidea

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

ICO – Insuficiência Coronariana

ID – Intradérmico

IM – Intramuscular

ITU – Infecção do Trato Urinário

JEC – Junção Escamocolunar

MS – Ministério da Saúde

PA – Pressão Arterial

PCR – Parada Cardio-respiratória

PFA – Paralisia Flácida Aguda

PQT – Poliquimioterapia (Hanseníase)

RCP – Ressucitação cardiopulmonar

RN – Recém-nascido

SAT – Soro Antitetânico

SC – subcutânea

s/d – se disponível

SF – Soro Fisiológico

SG – Soro Glicosado

SL – Sublingual

s/n – se necessário

SNG – Sonda nasal gástrica

SRL – Solução de Ringer Lactato

Susp. – suspensão

TEP – Tromboembolismo Pulmonar

TRM – Traumatismo Raqui-medular

UBS – Unidade Básica de Saúde

UI – Unidade Internacional

UR – Unidade de Referência

USF – Unidade de Saúde da Família

USG – Ultra-sonografia

VAS – Vias Aéreas Superiores

VE – Vigilância Epidemiológica

VO – Via Oral

VS – Vigilância Sanitária

REAÇÕES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

| Classificação Terapêutica | Drogas | Efeito Adverso |
|--------------------------------------|------------------------|---|
| Agente Imunossupressor | Ciclosporina | • Efeito dose-dependente decorrente do aumento de creatinina e uréia. Nefrotoxicidade. Hipatotoxicidade. Neurotoxicidade. Hipertricose. Indução de hipertensão arterial. Náuseas, vômitos, anorexia, diarreia, dor abdominal e colite. Hipomagnesemia, hipocalcemia ou hipercalemia, hipercolesterolemia. Sensação de queimação em pés e mãos. Fraqueza muscular, câibras, miopatia. Tremor, tonturas, cefaléia. Parestesia, convulsões, fadiga. Aumento de peso. Dismenorréia ou amenorréia. Ginecomastia. Reações de hipersensibilidade. Trombocitopenia. Pancreatite. Suscetibilidade a infecções. Aumento de distúrbios linfoproliferativos e câncer. |
| Amebicida, Giardicida, Tricamonicida | Metronidazol | • Anorexia, náusea, vômito, dor abdominal, diarreia e sabor metálico na boca. Cefaléia, tonturas, vertigens, convulsão, confusão mental, alucinações e insônia. Prurido e urticária. Colúria. Neuropatia periférica e parestesias. Leucopenia e trombocitopenia. |
| Analgésicos e Antitérmicos | Ácido Acetilsalicílico | • Náuseas, vômito, dispepsia, dor, desconforto epigástrico, pirose. Ulceração gastrointestinal em tratamentos prolongados. Anemia hemolítica, rash cutâneo, urticária, choque anafilático, broncoespasmo. Diminuição da função renal. Tratamento prolongado ou overdose pode causar salilismo caracterizado por zumbido, cefaléia, vertigem e confusão. Síndrome de Reye em crianças com influenza viral ou varicela. |
| | Dipirona | • Discrasias sanguíneas, agranulocitose, leucopenia e aplasia medular. Em pacientes sensíveis, independentes da dose, pode determinar reações de hipersensibilidade, tipo eritema, angioedema e asma. Doses elevadas podem provocar sintomas de intoxicação: vertigem, hiperventilação, rubor cutâneo, hemorragia digestiva. |
| | Paracetamol | • Geralmente raros, mas podem ocasionar agranulocitose, anemia hemolítica, neutropenia, leucopenia, pancitopenia e trombocitopenia. Reações de hipersensibilidade (erupções cutâneas, urticária, eritema pigmentar, angioedema e choque anafilático). O uso abusivo e prolongado pode produzir nefropatias, pancreatite e insuficiência hepática. |
| Ansiolítico | Diazepan | • Sonolência, alterações da memória, confusão, cefaléia, visão turva, fadiga e tonturas. Boca seca, constipação, diarreia, náusea, vômito, mal-estar epigástrico e alterações do apetite. Mialgia, tremores, câibras. Efeitos paradoxais como agitação, insônia, ansiedade, depressão e agressividade podem ocorrer, notadamente em idosos. Bradicardia, taquicardia, dor torácica, colapso cardiovascular. Depressão respiratória. Reações de hipersensibilidade. Redução da libido. Diplopia, visão turva. |
| Antiácido | Hidróxido de alumínio | • Constipação intestinal, câibras abdominais, náusea, vômito, descoloração das fezes. Hipofosfatemia, hipomagnesemia. |
| Antialérgico e Anti-histamínico | Dexclorfeniramina | • Podem ocorrer sonolência discreta ou moderada, vertigens, hipotensão, náusea, vômito, azia, diarreia, constipação, poliúria, dificuldade de micção, boca seca, ataxia, sedação, agitação, tontura, zumbidos, fadiga, euforia, nervosismo, insônia, sudorese, tremores, perda de apetite, diplopia, cefaléia, leucopenia, agranulocitose, urticária e choque anafilático. |
| Antianginoso e Vasodilatadores | Nifedipino | • Cefaléia, rubor e sensação de calor facial. Tonturas, letargia, depressão, parestesia, Mialgia e tremor. Taquicardia, palpitações e edema gravitacional. Eritema multiforme, prurido, urticária. Náusea, constipação ou diarreia. Aumento da frequência urinária. Distúrbio visual. Impotência sexual. Hiperplasia gengival. Ginecomastia. Telangiectasia, icterícia e coletasse (aumento de transaminases). Hiperglicemia inicial. |

REAÇÕES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

| | | |
|----------------------------------|----------------------------|--|
| Antiarrítmicos | Amiodarona | • Náusea, vômito, constipação e alterações do paladar. Ataxia, tremores, parestesias e fraqueza muscular. Cefaléia, insônia e tonturas. Fibrose pulmonar e pneumonite intersticial. Depressão. Reações de fotossensibilidade. Bradicardia. Hipotensão. Bloqueios atrioventriculares e sinoatriais. Deposição de cristais de amiodarona na córnea. |
| Antiasmático e Broncodilatadores | Aminofilina | • Arritmia cardíaca, taquicardia e palpitação. Cefaléia, tontura, vertigem, nervosismo, ansiedade, inquietação, irritabilidade, tremores, insônia e convulsão. Rash cutâneo. Dor no local da injeção. Náusea e outros distúrbios gastrointestinais. |
| Antiasmático e Broncodilatadores | Salbutamol (Sulfato) | • Mais freqüentes em crianças. Tremor, nervosismo, instabilidade, excitação, hiperatividade, insônia, irritabilidade, cefaléia, tontura, dilatação da pupila. Fraqueza e câibras. Sudorese. Vasodilatação periférica, arritmias cardíacas, taquicardia, palpitações, dor no peito. Tosse. Náusea, vômito e alterações do paladar. Reações de hipersensibilidade, incluindo urticária, angioedema, erupções, broncoespasmo paradoxal, edema orofaríngeo. |
| Antibióticos | Amoxicilina | • Náusea, vômito, diarréia e colite pseudomembranosa. Reações alérgicas (eritema maculopapular, eritema multiforme, urticária, síndrome de Stevens-Johnson, edema angioneurótico, broncoespasmo e anafilaxia). Anemia, trombocitopenia, púrpura, eosinofilia, leucopenia, agranulocitose. Aumento de transaminases. Candidíase vaginal, intestinal e oral. Nefrite. Hiperatividade, agitação, ansiedade, insônia, confusão mental, vertigem, alterações no comportamento. |
| Antibióticos | Ampicilina | • Náusea, vômito, diarréia e colite pseudomembranosa. Reações alérgicas (eritema maculopapular, eritema multiforme, urticária, síndrome de Stevens-Johnson, edema angioneurótico, broncoespasmo e anafilaxia). Anemia, trombocitopenia, púrpura, eosinofilia, leucopenia, agranulocitose. Aumento de TGO (AST). Candidíase vaginal, intestinal e oral. Nefrite. Hiperatividade, agitação, ansiedade, insônia, confusão mental, vertigem, alterações no comportamento. |
| Antibióticos | Benzilpenicilina Benzatina | • Reações de hipersensibilidade (erupções cutâneas, desde as formas maculo-papulosas até a dermatite esfoliativa; urticária; edema de laringe; reações semelhantes à doença do soro, incluindo febre, calafrios, edema, artralgia e prostração). Reações como anemia hemolítica, leucopenia, eosinofilia, trombocitopenia, neuropatia são infraquêntes e estão associadas com doses de penicilina. Reações decorrentes da administração intravascular: palidez, cianose ou lesões maculares nas extremidades distal e proximal do local da injeção, seguidas de formação de vesículas; edema intenso, fibrose e atrofia do quadríceps femural. |
| Antibióticos | Cefalexina | • Reações de hipersensibilidade, como erupções cutâneas maculopapulares, prurido, febre, artralgia, anafilaxia, síndrome de Stevens-Johnson. Alterações hematológicas (trombocitopenia, neutropenia, leucocitose, agranulocitose, eosinofilia, anemia hemolítica e anemia aplástica). Nefrite intersticial transitória. Hiperatividade, nervosismo, distúrbios do sono, confusão, hipertensão e tonturas. Anorexia, náusea, vômito, diarréia, dor abdominal, flatulência e dispepsia. Candidíase vaginal, intestinal e oral. Cefaléia. Alterações de transaminases, icterícia transitória. |
| Antidepressivo | Fluoxetina (Cloridrato) | • Cefaléia, nervosismo, insônia, tontura, ansiedade, vertigem, sedação. Náusea, anorexia, diarréia, constipação, boca seca. Alterações de transaminases. Reações de hipersensibilidade (rash cutâneo, prurido, urticária, anafilaxia). Hipoglicemia. Hiponatremia. Tremor. Distúrbios visuais. Tendência ao suicídio. |
| Antidiabético | Metformina | • Náusea, vômito e diarréia, no início do tratamento. Acidose láctica, com a interrupção do tratamento. |
| Antiemético | Metoclopramida | • Sonolência, depressão mental, sintomas extrapiramidais, vertigem, inquietação, insônia, fadiga, torpor. Cefaléia. Erupção da pele. Náusea. Ginecomastia, galactorréia. |
| Antiespasmódico | N-Butilesco-polamina | • Boca seca, desconforto abdominal, constipação. Confusão mental, sonolência, cefaléia, inquietação e tontura. Palpitação, taquicardia e hipotensão ortostática. |
| Antifúngico e Antimicótico | Nistatina | • Diarréia, distúrbios gastrointestinais, náusea e vômito, gosto amargo, dor estomacal. Reações alérgicas são raras. Irritação local na aplicação vaginal. |

REAÇÕES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------|---|
| Anti-helmínticos | Albendazol | • Cefaléia, tontura, boca seca, náusea, vômito, constipação, diarreia, dor epigástrica. Aumento dos níveis de transaminases e icterícia. Prurido. Reações alérgicas. |
| | Mebendazol | • Dor abdominal transitória, diarreia, náusea e vômito. Febre, prurido e urticária. Cefaléia e tontura. |
| Antihipertensivos | Atenolol | • Aparecimento ou agravamento dos distúrbios de condução Av e Bradicardia acentuada. Broncoespasmo. Vasoconstrição periférica (incluindo acentuação de fenômeno de Raynaud). Fadiga. Distúrbio do sono. Disfunção sexual. Distúrbios gastrointestinais. Exacerbação de psoríase. |
| | Captopril | • Tosse seca persistente. Insônia, cefaléia, tonturas e fadiga. Rash cutâneo, reações cutâneas de fotossensibilidade, prurido, alopecia. Dor abdominal, náusea, diarreia, constipação, anorexia, alterações do paladar. Parestesias. Mais raramente ocorrem hipotensão arterial, angioedema, hiperpotassemia, neutropenia, agranulocitose, proteinúria, aumento da uréia e creatinina. |
| | Enalapril | • Dor torácica, tosse seca, dispnéia. Síncope, hipotensão ortostática. Cefaléia, zumbido, tonturas, fadiga, fraqueza muscular, ataxia, confusão mental, vertigem. Dor abdominal, alterações do paladar, náusea, diarreia, constipação. Alopecia. Reações de hipersensibilidade (rash cutâneo, eritema, multiforme, urticária, angioedema, síndrome de Stevens-Johnson). Disfunção sexual, ginecomastia. Agarnulocitose, neutropenia, anemia. Icterícia e hepatite. |
| Anti-inflamatório e Anti-reumáticos | Diclofenaco de Sódico | • Dor no local da injeção (uso parentela). |
| | | • Dor e desconforto epigástrico, sangramento gastrointestinal ocasional, úlcera gástrica ou intestinal, dispepsia, anorexia, náusea, vômito, flatulência, constipação, diarreia. Insuficiência hepática, casos raros de hepatite, com ou sem icterícia. Pancreatite. Colite não-específica e exacerbação de colite ulcerativa. Estomatite, glossite. Reações de hipersensibilidade (erupção cutânea, urticária, rash, prurido, dermatite, púrpura alérgica, erupção bolhosa, eczema, broncoespasmo, angioedema, síndrome de Stevens-Johnson, epidermólise tóxica aguda). Cefaléia, tontura, vertigem, zumbido, transtornos do sono, depressão, ansiedade, distúrbios do paladar e da visão. Fotossensibilidade. Insuficiência renal, hematúria, proteinúria, nefrite intersticial, síndrome nefrótica. Alveolite, eosinofilia pulmonar. Discrasias sanguíneas. Edema, podendo precipitar insuficiência cardíaca congestiva. |
| Antilipêmico e Redutor de Colesterol | Lovastatina | • Flatulência, pirose, diarreia, constipação, náusea, vômito, dor abdominal, dispepsia, alterações do paladar, hepatite, icterícia, colestatia. Pancreatite. Cefaléia, tonturas, visão turva, neuropatia periférica, ansiedade. Mialgias, câibras, miopatia e rabdomiólise. Alopecia. Eritema multiforme, necrólise epidérmica tóxica, rash, prurido, urticária e angioedema. Síndrome “Lupus-like”. |
| Antiulcerosos | Cimetidina | • Diarreia, náusea e vômito. Sonolência, agitação, cefaléia e tontura. Bradicardia, hipotensão, taquicardia. Febre e rash cutâneo. Ginecomastia e diminuição da potência sexual. Neutropenia, agranulocitose e trombocitopenia. Mialgia. Aumento das transaminases hepáticas e elevação da creatinina. |
| | Ranitidina | • Vertigem, sedação, astenia, cefaléia, confusão mental e sonolência. Rash. Constipação intestinal, diarreia, hepatite, náusea e vômito. Agranulocitose, neutropenia, trombocitopenia. Artralgia. Bradicardia e taquicardia. Broncoespasmo, febre. Ginecomastia. |
| Diurético | Furosemida | • Aumento de excreção de potássio, cálcio, magnésio, sódio, cloro, água e outros eletrólitos. Desidratação e hipovolemia em idosos. Sintomas e/ou sinais de distúrbios eletrolíticos e alcalose metabólica podem se manifestar (polidipsia, cefaléia, confusão, dores musculares, tetania, fraqueza muscular, distúrbio do ritmo cardíaco, desconforto, distensão e dor abdominal). |
| | Hidroclorotiazida | • Relacionados a hidroclorotiazida. Hipopotassemia, hiperglicemia, hiperuricemia, reações cutâneas de fotossensibilidade, discrasias sanguíneas e azotemia pré-renal. |
| Glicocorticoide | Hidrocortisona | • Inibição da secreção de ACTH pela hipófise. Aumento da excreção renal de potássio e retenção de sódio. Predisposição à osteoporose. Hiperglicemia. Úlcera péptica e hemorragia digestiva. Pancreatite aguda. Tuberculose recorrente. Infecção oportunista. Insônia e quadros psicóticos. Glaucoma. Catarata. Imunodepressão. Síndrome de Cushing. |

ANEXO TERAPEUTICO

| Classificação Terapêutica | Drogas | Apresentação | Posologia | Via de administração | Observação |
|----------------------------|--|---|--|------------------------|---|
| Analgésicos e Antitérmicos | Ácido Acetilsalicílico | comp./100mg | criança: 50 a 500 mg 3x/dia | VO | <ul style="list-style-type: none"> - Possui também ação anti-inflamatória - Máximo 4g/dia - Como antiagregante plaquetário de 100 a 200 mg/dia |
| | | comp./500mg | adulto e criança acima de 12 anos: 500 mg até 4/4h | VO | |
| | Dipirona | solução oral (gotas) 500 mg/ml | adultos e adolescentes acima de 15 anos: 20 a 40 gotas 4x/dia criança: 1 gota/ kg 4x ao dia | VO | |
| | | solução injetável amp. 2 ml – 500 mg/ml | adultos: 500 mg a 750 mg de 6/6 horas | IM / IV | - dose máxima 4g/dia |
| Paracetamol | comp. Revestido 500/750mg | adultos e crianças > 15 anos: 500 mg 3 a 4x/dia | VO | - dose máxima 2.6g/dia | |
| | gotas: 20mg/gota | crianças: 10 a 15 mg/kg/dose até 5x/dia | VO | | |
| Anestésico tópico | Xylocaina ou Lidocaína 2% sem vasoconstritor | frasco ampola | menor dose eficaz possível | ID ou SC | |
| Antiácido | Hidróxido de Alumínio | comp. 300 mg | 1 a 2 comp. 4/4 horas | VO | |
| | | susp. Oral 62 mg/ml | 10 ml 4/4 horas | | |
| | Ranitidina | comp. 150 mg | 300 a 600 mg/dia | VO | |
| comp. 300 mg | | 300 a 600 mg/dia | VO | | |
| amp. 50 mg/2ml | | 3 a 4 x/dia | IV | | |
| | | | | | - diluição com SF a 0,9% - 2: 18 ml |

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--|-----------------|---|
| Antialérgico / Anti-histaminico | Prometazina | drágea 25 mg amp. 50 mg/2ml | 2 a 3 x/dia | VO IM | dose máxima: >12 anos -12 mg/dia 6-12 anos – 6 mg 2 – 6 anos – 3mg |
| | Dexclorfeniramina | comp. 2 e 6 mg. | 3x/dia | VO | |
| | | xarope 2mg/5ml | 3x/dia | VO | |
| Antiginoso / Vasodilatadores | Isossobida | comp. 5 mg | 01 comp. | SL | nos casos de Angina Pectoris HAS, ICO crônica 3ª opção na emergência hipertensiva na gestação 3ª opção na emergência hipertensiva na gestação |
| | Nifedipina | comp. 10 mg | 1 comp. 8/8 horas | VO | |
| | | comp. 10 mg 1 caps 10mg | 1 comp. 8/8 horas 1 caps. 30'/30' até 30 mg | VO SL | |
| | Nifedipina Retard | comp. revestido 20mg | 10/20 mg 1x/dia | VO | |
| Antiarrítmico | Amiodarona | amp. 150 mg/3 ml | Dose de ataque: 600 a 1200 mg/dia | EV | diluição: SG 5% 250 ml |
| | | Comp. 100 e 200 mg | Dose de manutenção: 200 a 600 mg/dia | VO | |
| Antibióticos | Ampicilina | caps. 250 e 500 mg | Adulto: 250 a 500 mg 66 horas | VO EV | Em caso de meningite dobrar a dose |
| | | suspensão: 250 mg/5 ml | Criança: 25 a 100 mg/kg/dose | | |
| | frasco amp. 0,5 a 1g | Adulto: 1 caps. de 8/8 horas | | | |
| | Amoxicilina | caps. 500 mg | até 3 anos 125 mg/5 ml de 8/8 horas | VO | |
| | | susp. oral 125, 250 e 500 mg | 3 a 12 anos 250/5 ml de 8/8h | | |

| | | | | | |
|--------------|-------------------------|--|---|----------|--|
| Antibióticos | Azitrommicina | comp. 250 e 500mg pó para susp. oral 200 mg/5 ml | adulto 500 mg/dia criança até 25 kg: 10 mg/kg/dia | VO | Priorizar nos casos de tracoma/DST. Em infecção respiratória como 2ª opção |
| | Cefalexina | comp. 250 e 500mg. suspensão 250/5ml | adultos-500mg. cada 6 h. crianças- 25/50mg/Kg/ dia divididas em 4 doses | VO VO | |
| | Ciprofloxacino | comp. 250 ou 500mg. | 250 a 500mg. a cada 12 hs | VO | Priorizar em infecção urinária com antibiograma |
| | Claritromicina | comp. 250 e 500 mg susp. pediátrica 125 mg/5 ml e 250 mg/5 ml | 250 a 500 mg de 12/12 hs criança: 7,5 mg/kg, 2x/dia no max. 500 mg | VO | |
| | Eritromicina (estolato) | caps. ou comp. 250 ou 500mg susp. oral 250mg/5ml | 1 caps. ou comp. De 6/6hs 30 a 50mg/kg/dia em doses divididas em 3 vezes | VO VO | |
| | Metronidazol | comp. 250 e 400mg susp. 40mg/ml frasco amp. 500mg/100ml | 250 ou 400 mg de 8/8h 7,5mg/kg/dia a cada 8h 500mg de 8/8 horas | VO EV | Evitar ingestão de álcool. |
| | Neomicina | pomada com 15 ou 30 g. | 3x/dia | tópico | |

| | | | | | |
|-------------------|---|---|---|-----------------|---|
| Antibióticos | Ofloxacino | comp. 200/400mg. | 400 mg. dose única | VO | Priorizar em DST |
| | Penicilina G procaína | frasco amp. 300.000UI + 100.000UI | a depender do agravo | IM profunda | |
| | Penicilina benzatina | 600.000 / 1.200.000UI | a depender do agravo | IM profunda | |
| | Timetropim / Sulfametoxazol | Comp. C/ 80/400mg ou 160/800mg (Trim./Sulf.) | criança: 30mg/kg de sulfametoxazol de 12/12 h adulto: 160mg SMI de 12/12 h | VO EV | Comp. 80/400 = 2 comp. 12/12h Comp. 160/800 = 1 comp. 12/12h |
| Anticonvulsivante | Diazepan | amp. 10mg/2ml | adulto: 10mg criança: 0.025mg – 0.15 mg/kg/dose | EV | lento: 1 – 2ml/min. – usado também como miorelaxante e sedativo (Tétano) |
| | Fenitoina | amp. 250mg/5ml | 10 – 15 mg/kg | EV | diluído SF 0,9% 200ml Fenitoina 500mg Correr em 20 min. |
| | Sulfato de Magnésio 50% (MgSo4 50%) | amp. 10ml = 10g | dose ataque: 5g correr em 20 min. manutenção: 1 – 2g/hora | EV | diluído em SG 5% usado na convulsão da eclâmpsia |
| Antiemético | Metoclopramida | ampola comp. gotas sol. Oral | 1 amp. cada 8/oras 1comp. Cada 8/horas 5 – 14 anos: 13 – 26 gts 3x/dia 3 – 5 anos: 10 gts 3x/dia 1 – 3 anos: 3 gts 2x/dia | EV/IM VO | Efeito adverso isoniazida |

| | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|--|---|--------------|--|
| Antifúngico | Cetoconazol | comp. 200mg creme vag | 1 a 2x/dia de 3-10 dias | VO tópico | |
| | Miconazol | creme vag | 1 aplicação à noite/7 dias | tópico | |
| | Nistatina | suspensão oral com 100.00UI/ ml creme | 3x/dia | VO tópico | Nistatina- 1aplicação por 15 dias |
| Antinevralgico | Piridoxina (Vitamina B6) | comp. 40mg | 100mg/dia, 21 dias depois 50mg/dia | VO | |
| Antiespasmódico | N- Butilescopolamina | comp. | adulto: 1 comp. 6/6 horas | VO | |
| | | sol. oral | criança: 1 – 6 anos = 10 – 20 gotas de 8/8h lactentes: 10 gotas de 8/8h | VO | |
| | | sol. injetável | | EV | |
| | Dipirona | | 3x/dia | VO | Ver em analgésico e antitérmico |
| Antihipertensivo / hipotensor | Alfa-metil dopa | comp. 250mg | Dose mínima 750 mg. Dose máxima 1,5 g. | VO | Uso para gestante |
| | Captopril | comp. 12.5/25/50mg | 12.5mg a 150mg/dia divididos em 2 a 2 doses/dia | VO | Na urgência hipertensiva 25mg SL, repetir 20 min. após, s/n |
| | Diazóxido | 1 amp. 20ml = 300mg | 30 – 60mg em bolus a cada 5 minutos | EV | 2ª opção na emergência hiperetensiva na gestação |
| | Hidralazina | 20mg/ml | 5 – 10mg cada 20min. até 40mg | EV | 1ª opção na emergência hiperetensiva na gestação |

| | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------|---|
| Antihipertensivo / hipotensor | Propranolol | com. 20/40/80mg | 1 comp 8/8 ou 12/12 horas | VO | Dose máxima: 360mg/dia |
| Antiinflamatório / Não esteroideal | Diclofenaco de Sódio | injetável 25mg/ml | adultos e crianças acima de 14 anos: 75mg = 3ml | IM profunda | Se IM, fazer no máximo 2x/dia |
| | | comp./50mg | 50mg 2x/dia | VO | Dose máxima: 150mg/dia |
| | | comp./100mg | 100mg 1x/dia | | |
| Antiinflamatório esteróide | Beclometasona - spray aquoso | 50 e 250 mcg | 2x/dia | aerosol e nasal | |
| Antiparasitário | Glucantine | 50 e 250 mcg | 20 mg/Kg/dia por 20-40 dias | EV lento e diluido | tratamento da asma tratamento da rinite |
| | | 1 amp. 5ml (405mg.) 1ml 81mgSb+ | | | Período de tratamento: mínimo 20dias e máximo 40 dias. Dose máxima 3 amp./ dia |
| | | comp. 100mg | | | |
| | Mebendazol | susp. 100mg/5ml por 3 dias | 1 comp. ou 5ml - 2x/dia | VO | |
| | Tiabendazol | comp. 500mg susp. 250 mg. | 2x/dia por 3 dias 30 mg/kg/peso divididos em 2 tomadas/dia por 3 dias | VO VO | |
| Broncodilatador | Adrenalina | ampola/2ml de solução 1:1000 | adulto: 0.3 a 0.5ml criança: 0.01ml/kg | SC ou IM | Usar seringa de insulina |
| | Brometo de Inotropio | Solução para inalação 0,025% | | Inalação | 10 – 20 gta por inalação c/SF 0,9% |

| | | | | | |
|-----------------|----------------|---|---|-------------|--|
| Broncodilatador | Fenoterol | Gotas 5mg/ml para inalação | criança < 25kg/peso: 0,08mg/kg/peso, 3x/dia criança > 25kg/peso: 2 a 2,5mg/kg/dia, 3x/dia adulto: 2 a 2,5mg, 3x/dia | Inalação | |
| | Salbutamol | Comp. 2/4/8mg Xarope 25mg/5ml | crianças: 1 a 2mg, 3 a 4x/dia adultos: 2 a 4mg, 3 a 4x/dia | VO | |
| Corticóide | Dexametazona | comp. 0,5mg, 0,75mg, 0,4mg elixir 0,5mg/5ml amp. 16mg/2ml; 2mg/1ml; 4,4mg/2,5ml; 10mg/2,5ml | crianças: 20 a 30mg/kg/peso/dia, em 4 tomadas adultos: 0,5 a 8mg/dia em 4 tomadas | VO IM/EV | Posologia variável de acordo com a patologia Ex.: edema cerebral 10mg EV, depois 4mg 4/4, IM de 2 a 4 dias |
| | Hidrocortizona | frasco amp. de 100 e 500mg | 35 a 40mg a 12 a 15g/dia | IM/EV | Posologia variável de acordo com a patologia Normalmente inicia-se 100 a 500mg e repetir a intervalos de 6h |
| | Prednisona | comp. de 5 e 20mg | criança: 0,1 a 2mg/kg de peso/dia adultos: 5 a 60mg/dia | VO | Posologia variável de acordo com a patologia |
| Digitálicos | Digoxina | Elixir pediátrico de 0,05mg/ml | criança < 10 anos: 0,01 a 0,02mg/kg/dia (manutenção) | VO | Dose de ataque: 0,01 a 0,02mg/kg/dia 4x/dia |
| | | Solução oral 0,5mg/ml | adulto: 0,25 a 0,75mg/dia (manutenção) | VO | Dose de ataque: 0,75 a 1,5mg em dose única |
| | | Comp. 0,25mg | | | |

| | | | | | |
|-----------------|-------------------|---|--|--------------|---|
| Digitálicos | Lanactosídeo C | amp. 0,4mg/2ml | criança: digitalização rápida (24h): 0,02 a 0,04mg/kg/dia adulto: digitalização 0,8 a 1,6mg, 2 a 4 amp. de 1 a 4 doses | VO EV | |
| Diuréticos | Furosemida | comp. 40mg injetável 20mg/2ml | 20 a 80mg/dia 40 a 80mg podendo chegar a 200mg/dia | VO EV | Posologia variável de acordo com a patologia |
| | Hidroclorotiazida | comp. 25 e 50 mg | criança: 2 a 3mg/kg de peso/dia em duas tomadas adulto: 25 a 100mg/dia | VO | |
| Hipoglicemiante | Arcabose | comp. 50mg | 50 a 300 mg/dia 1- 3x/dia | VO | Diminui a absorção de carboidratos Iniciar com 25mg (1/2 comp.) 1 a 2x na refeição com aumento da dose por semana |
| | Glibenclamida | comp. 5mg | 2,5 a 20 mg/dia 1 - 3x/dia | VO | Aumenta a secreção de insulina uso antes refeição |
| | Glicasida | comp. 30mg | 1 a 2 x/dia antes das refeições de 3-120mg/dia | VO | Aumenta a sensibilidade da insulina Dose máxima/dia: 3g/ uso após refeição. Uso com cautela em idoso |
| | Metformina | comp. 500/850mg e 1g | 500 a 3g/dia - 3x/dia | VO | Reajustar dose conforme necessidade |

| | | | | | |
|------------------|--|--|---|----------------|---|
| Hipoglicemiante | Insulina Regular | frasco 10ml 100UI/ml | peso > 60kg dose inicial 20 UI peso < 60kg dose inicial 0,25UI/kg/peso doses subseqüentes 0.1 UI/kg/peso | IM, SC | Quando necessitar de insulina superior a 10U/dia, fracionar 2 tomadas(2/3 manhã e 1/3 ao deitar Adulto: esquema Glicemia capila / Insulina regular 0-200 UI = não fazer 201 – 300 = 6 UI 301-400 = 8 UI > 400 = 10 UI |
| | Insulina NPH | frasco 10ml 100UI/ml | 0,5UI/Kg/dia 1-2x/dia | SC | |
| Hiperglicemiante | Glicose hipertônica 25% | amp. | | EV | obs: hipoglicemia, fazer 2 amp. EV, repetir s/n. |
| Neuroleptico | Clorpromazina | gotas 4% (1 gota = 1mg) amp. 25mg/5ml | criança: 0,25mg/kg x ao dia adulto = 25mg a 75mg dividido em 2 a 4 doses/dia | VO EV | Dose máxima: crianças até 5 ans, 40mg/dia, 5 a 12 anos 75 mg/dia |
| | Haloperidol | comp. 1mg e 5mg gotas 2mg/ml | criança: 2 a 5 gotas/dia adulto: 2,5 a 5mg/dia | EV IM ou EV | Dose inicial |
| Soluções | Sais de rehidratação oral (TRO) | | 50 – 100ml/kg de 4 a 6h | VO | Utilizado em reexpansão volêmica (desidratação, choque hipovolêmico) |
| | Soro Fisiológico 0,9% (SF) ou ringer lactato | frasco c/ 500 e 1000ml | fase rápida > 5 anos: 30ml/kg c/ DF depois | VO | Fase lenta 40ml/kg/dia |
| | Solução 1:1 (SG 5% + SF 0,9%) | frasco c/ 500ml | fase rápida < 5 anos: 100ml/kg durante 2h | EV | Instalar dois acessos venosos, s/n |
| Soro | Antiaracnídeo | Ver tabela anexa ao algoritmo correspondente | | | |
| | Antiescorpiônico | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|--|--|---|--------|--|
| Soro | Antiofídico | | | | |
| | Antirábico | | | | |
| | Antitetânico | | | | |
| Vasoconstritor / Hipertensor | Dopamina | 1 amp. = 10ml = 200mg | Dose: - Dopaminérgica até <3µg/kg/min - Betaadrenérgica 3 a 10µg/kg/min - Alfaadrenérgica >10mg/kg/min | EV | Diluição: SG 5% 200 ml } 1000µg/ml Dopamina 5 amp. $\mu\text{g/kg/min} = \frac{\text{vol. infundido} \times \mu\text{g/ml}}{\text{peso} \times 60}$ |
| | Noradrenalina | 1 amp. = 1ml = 4mg | 2 – 1mg/k/min | EV | Diluição SG 5% 246ml } 16µg/ml Noradrenalina 1 amp. |
| Opiácio | Meperidina | ampola/50mg/2ml e 100mg/2ml | 2 – 4ml de solução a cada hora se necessário | EV | Preparo da solução: Água destilada 8ml + Meperidina 2ml |
| Outros | Ácido Fólico | comp. 5mg | 1 a 2 comp. 1x/dia | VO | |
| | Aciclovir | creme | 3x/dia | tópico | Tratamento para herpes simples |
| | Permanganato de potássio (kmn04) | em pó | 1:40.000 antiexudativo | tópico | Usado como antiséptico 1x/dia |
| | Suplementação de ferro – Sulfato Ferroso | comp. 60mg sol.oral gotas 25mg/ ml | 1x/dia | VO | Uso após refeição |
| | Suplementação vitamínica – Vitamina A | Comp. 100.000 UI e 200.000 UI xarope 12,5mg/ml | 100.000 a 200.000 UI/dia | VO | |
| | Benzoato de Benzila | Emulsão/ 50 ml/100ml Sabonete | 2 a 3x/dia | tópico | |
| | Deltametrina | Sabonete | 2 a 3x/dia | tópico | |

OUTROS ANTIDEPRESSIVOS

| CLASSE | SUBSTÂNCIA | FAIXA TERAPEUTICA |
|--|---|---|
| Antidepressivos tricíclicos (ADTs) | Imipramina Clomipramina Amitriptilina Nortriptilina | 75 – 150 mg/dia 75 – 150 mg/dia 50 – 100 mg/dia 50 – 150 mg/dia |
| Antidepressivos inibidores da monoamino-oxidases (IMAOs) | Tranilcipromina* Moclobemida | 20 – 40 mg/dia 200 – 400 mg/dia |
| Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) | Fluoxetina Paroxetina Sertralina Fluvoxamina Citalopram | 20 – 40 mg/dia 20 – 40 mg/dia 50 – 150 mg/dia 100 – 200 mg/dia 20 – 40 mg/dia |
| Outros antidepressivos | Venlafaxina Mirtazapina Bupropiona Trazodona | 75 – 150 mg/dia 30 – 60 mg/dia 150 – 300 mg/dia 50 – 150 mg/dia |

* Observar restrição alimentar: chá, café e chocolate. Não associar com ADT, observar intervalo de duas semanas caso necessite substituir por ADT e vice-versa.

TERAPIA MEDICAMENTOSA EM TABAGISMO: REPOSIÇÃO DE NICOTINA E OUTROS
DISPONÍVEIS NO BRASIL

| Medicamento | Apresentação/ Como utilizar | Posologia | Efeitos colaterais | Contra-indicações |
|----------------------|---|--|--|---|
| Adesivo transdérmico | 7, 14, 21 mg. Aplicar um adesivo por dia. Fazer rodízio a cada 24 horas nos braços, ombro e peitoral, em áreas sem pêlos e não expostas ao sol. Não há restrição quanto ao uso da água. | Dependência moderada: Adesivo 21 mg por 4 semanas Adesivo 14 mg por 4 semanas Dependência acentuada: Acrescentar adesivo de 7 mg por mais 4 semanas | Eritema de pele, infiltração na derme, hipersalivação, náuseas, vômitos, diarreia e insônia | Absolutas: Hipersensibilidade a componentes da fórmula, uso de fumo, doenças dermatológicas, infarto do miocárdio recente, arritmia grave, angina instável, gravidez, lactantes Relativas: outras doenças cardiovasculares |
| Goma de mascar | Tablete de 2 mg. Mascar a goma vigorosamente até sentir formigamento. Repousar a goma entre a bochecha e a gengiva e reiniciar a mascção ao desaparecer o formigamento. Mascar a goma por 20 a 30 minutos. Não mascar mais do que 15 a 20 tabletes por dia. Não ingerir alimentos ou líquidos durante o uso e por um período de 15 a 30 min após. | Dependência moderada: 1 tablete cada 1 a 2h por 4 semanas 1 tablete cada 2 a 4h por 4 semanas 1 tablete cada 4 a 8h por 4 semanas Dependência acentuada: 2 tabletes cada 1 a 2h por 4 semanas 1 tablete cada 2 a 4h por 4 semanas 1 tablete cada 4 a 8h por 4 semanas | Vertigem, dor de cabeça, náuseas, vômitos, soluços, desconforto gastrointestinal, dores de garganta, gosto ruim na boca, amolecimento dos dentes, lesões gengivais, hipersalivação, dores na mandíbula (fadiga muscular) | Absolutas: Hipersensibilidade a componentes da fórmula, uso de fumo, incapacidade de mastigação ou afecções ativas da articulação têmporomandibular, úlcera péptica, infarto do miocárdio recente, arritmia grave, angina instável e AVC Relativas: Gravidez, lactantes, outras doenças cardiovasculares |

MEDICAMENTOS NÃO NICOTÍNICOS DISPONÍVEIS NO BRASIL

| Medicamento | Apresentação/ Como utilizar | Posologia | Efeitos colaterais | Contra-indicações |
|-----------------------------|--|--|---|--|
| Bupropiona (1ª linha) | Comprimidos 150 mg. Dose máxima de 300 mg ao dia. Meia-vida 21h, eliminação principalmente renal. Parar de fumar até 14 dias após início da medicação. Dispensação em receituário com duas vias. | Um comprimido pela manhã por 3 dias. A partir do 4º dia, um comprimido pela manhã e outro à tarde, com intervalo mínimo de 8h, por 12 semanas. | Redução dos reflexos, com risco de piora do desempenho de atividades que exijam habilidade motora. Cefaléia, risco de convulsão, tontura, agitação, ansiedade, tremores, boca seca e insônia, geralmente sono entrecortado. | Absolutas: Hipersensibilidade a componentes da fórmula Risco de convulsão - história pregressa, epilepsia, convulsão febril na infância, alterações no EEG Alcoolistas em fase de retirada Anorexia nervosa, bulimia, síndrome do pânico Doença cerebrovascular Tumor do SNC Uso de benzodiazepínicos ou outro sedativo Uso de inibidores da MAO nos últimos 14 dias Gravidez, lactação Menores de 16 anos (eficácia não comprovada) Relativas: Hipertensão arterial não controlada Uso de carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, antidepressivos, teofilina, corticosteróides sistêmicos, hipoglicemiantes orais ou insulina |
| Nortriptilina (2ª linha) | Comprimidos 10, 25 e 75 mg a 30 minutos. Não mascar mais do que 15 a 20 tabletes por dia. Não ingerir alimentos ou líquidos durante o uso e por um período de 15 a 30 min após. | Iniciar 2 a 4 semanas antes da suspensão do tabaco. Doses diárias, crecentes, de 25 mg até 75 mg por tempo variável. | Sedação, boca seca, tonturas, tremores de mãos | |

ESQUEMAS DE TRATAMENTO DE HANSENÍASE PARA CRIANÇAS

PAUCIBACILAR

| IDADE EM ANOS | DAPSONA (DDS) DIÁRIA AUTO-ADMINISTRADA | DAPSONA (DDS) SUPERVISIONADA | RIFAMPICINA (RFM) MENSAL SUPERVISIONADA |
|---------------|--|------------------------------|---|
| 0 - 5 | 25 mg | 25 mg | 150 - 300 mg |
| 6 - 14 | 50 - 100 mg | 50 - 100 mg | 300 - 450 mg |

MULTIBACILAR

| IDADE EM ANOS | DAPSONA (DDS) DIÁRIA AUTO-ADMINISTRADA | DAPSONA (DDS) SUPERVISIONADA | RIFAMPICINA (RFM) MENSAL SUPERVISIONADA | CLOFAZIMINA (CFZ) | |
|---------------|--|------------------------------|---|-------------------|-----------------------|
| | | | | AUTO-ADMINISTRADA | SUPERVISIONADA MENSAL |
| 0 - 5 | 25 mg | 25 mg | 150 - 300 mg | 100mg/semana | 100mg |
| 6 - 14 | 50 - 100 mg | 50 - 100 mg | 300 - 450 mg | 150mg/semana | 150 - 200mg |

ESQUEMA DE TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE

Esquema I - Drogas (mg/kg/dia) - indicado nos CASOS NOVOS de tuberculose, EXCETO MENINGITE segundo a fase de tratamento e peso do paciente:

| Fases do Tratamento | Drogas | Dose (mg/kg/dia) por Peso (kg) | | | |
|--------------------------|--------|--------------------------------|------------------|------------------|---------------|
| | | Até 20 kg | Entre 20 e 35 kg | Entre 35 e 45 kg | Mais de 45 kg |
| 1a fase (2 meses) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |
| | Z | 35 | 1000 | 1500 | 2000 |
| 2a fase (4 meses) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |

R - Rifampicina; H - Hidrazida/Isoniazida; Z - Pirazinamida

Observações: O tratamento da tuberculose oftálmica ou cutânea poderá ser mantido por mais de seis meses a critério médico (2RHZ/4RH/6H), ou seja mais 6 meses de Hidrazida/Isoniazida. No tratamento da associação de tuberculose e infecção pelo HIV/AIDS, a 2a fase terá a mesma duração que nos pacientes não co-infectados.

Esquema 1R - Drogas (mg/kg/dia) -Esquema reforçado para RETRATAMENTO e ABANDONO DO ESQUEMA I, segundo fase do tratamento e peso do paciente:

| Fases do Tratamento | Drogas | Dose (mg/kg/dia) por Peso (kg) | | | |
|--------------------------|--------|--------------------------------|------------------|------------------|---------------|
| | | Até 20 kg | Entre 20 e 35 kg | Entre 35 e 45 kg | Mais de 45 kg |
| 1a fase (2 meses) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |
| | Z | 35 | 1000 | 1500 | 2000 |
| | E | 25 | 600 | 800 | 1200 |
| 2a fase (4 meses) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |
| | E | 25 | 600 | 800 | 1200 |

E – Etambutol

ESQUEMA DE TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE - CONTINUAÇÃO

Esquema II - Drogas (mg/kg/dia) - indicado na MENINGITE TUBERCULOSA, segundo a fase de tratamento e peso do paciente:

| Fases do Tratamento | Drogas | Mg/Kg de Peso/Dia | Dose Máxima em Mg |
|----------------------|--------|-------------------|-------------------|
| 1ª fase (2 meses) | R | 20 | 600 |
| | H | 20 | 400 |
| | ·Z | 35 | 2000 |
| 2ª fase (7 meses) | R | 10 a 20 | 600 |
| | ·H | 10 a 20 | 400 |

Observações: Nos casos de concomitância da meningite com outras localizações deverá ser utilizado o Esquema 2. Nos casos de meningite tuberculosa recomenda-se o uso de corticosteróides por um prazo de 2 a 4 meses, no início do tratamento. Na criança a prednisona é administrada na dose de 1 a 2 mg/Kg de peso corporal, até a dose máxima de 30 mg/dia. No caso de se utilizar outro corticosteróide aplicar a tabela de equivalência entre eles.

Esquema III - Drogas (mg/kg/dia) - indicado na FALÊNCIA DE TRATAMENTO com os Esquemas 1, 1R e 2, segundo fase de tratamento e peso do paciente:

| Fases do Tratamento | Drogas | Dose (mg/kg/dia) por Peso (kg) | | | |
|----------------------|--------|--------------------------------|------------------|------------------|---------------|
| | | Até 20 kg | Entre 20 e 35 kg | Entre 35 e 45 kg | Mais de 45 kg |
| 1a fase (3 meses) | S | 20 | 500 | 1000 | 1000 |
| | Et | 12 | 250 | 500 | 750 |
| | E | 25 | 600 | 800 | 1200 |
| | ·Z | 35 | 1000 | 1500 | 2000 |
| 2a fase (9 meses) | Et | 12 | 250 | 500 | 750 |
| | E | 25 | 600 | 800 | 1200 |

S - Estreptomina; Et - Etionamida

Observações: Em pessoas maiores de 60 anos, a estreptomina deve ser administrada na dose de 500mg/dia.

Substituição das drogas frente aos efeitos adversos:

- **Intolerância a pirazinamida:** substituir pelo etambutol durante os dois meses previstos para o uso da pirazinamida.
- **Intolerância à isoniazida:** substituir pelo etambutol e pela estreptomina nos 2 primeiros meses e etambutol durante os quatro últimos meses
- **Intolerância rifampicina:** substituir pelo etambutol e pela estreptomina nos 2 primeiros meses e etambutol durante os 10 meses restantes, devendo o período de tratamento passar a ser de 12 meses.

Escala de Glasgow

| | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------|
| Abertura Ocular | Espontânea | 4 |
| | Ordem Verbal | 3 |
| | Dor* | 2 |
| | Sem resposta | 1 |
| Melhor Resposta Verbal** | Orientado | 5 |
| | Confuso | 4 |
| | Palavras Inapropriadas | 3 |
| | Sons | 2 |
| | Sem Resposta | 1 |
| Melhor Resposta Motora | Obedece Comando Verbal | 6 |
| | Localiza Dor | 5 |
| | Flexão Normal (inespecífica) | 4 |
| | Flexão Anormal (decorticação) | 3 |
| | Extensão a Dor (descerebração) | 2 |
| | Sem Resposta | 1 |
| Total | | 3-15 |

A Escala de Coma de Glasgow, baseada em abertura ocular, respostas verbais e motoras é um meio prático de monitorizar mudanças do nível de consciência.

A quantificação do Exame é dada pela soma dos valores correspondentes a cada resposta.

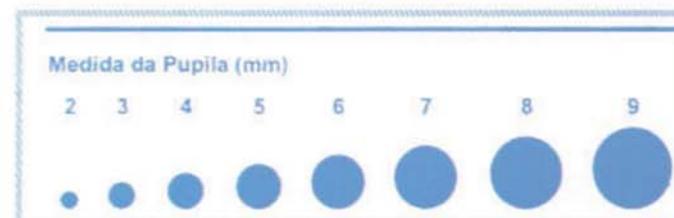
A menor contagem é 3 e a maior é 15.

* Aplique um estímulo doloroso e observe a resposta.
 ** Estimule o paciente previamente, se necessário.

Tempo de Ação de Insulina

| Tempo de Ação de Insulina | | | | | |
|---------------------------|------------------|-------------------|-----------------|--------------------|-------------------|
| | Tipo de Insulina | Início de Ação(h) | Pico de Ação(h) | Duração Efetiva(h) | Duração Máxima(h) |
| Animal | -Regular | 0.5-2.0 | 3-4 | 4-6 | 6-8 |
| | -NPH | 4-6 | 7-14 | 16-20 | 20-24 |
| | -Lenta | 4-6 | 8-14 | 16-20 | 20-24 |
| Humana | -Regular | 0.5-1.0 | 2-3 | 3-6 | 4-6 |
| | -NPH | 2-4 | 4-10 | 10-16 | 14-18 |
| | -Lenta | 3-4 | 4-12 | 12-18 | 16-20 |
| | -Ultralenta | 6-10 | — | 18-20 | 20-30 |

Medida da Pupila



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A Construção de Vidas mais saudáveis. Ministério da Saúde, Série F, Comunicação e Educação em Saúde/2002;
- AIDIPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – Módulo 2 e 4, Ministério da Saúde, 2003.
- AIDI para o Ensino Médico, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, Manual de Apoio, João Joaquim Freitas do Amaral e Antonio Carvalho da Paixão, Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.
- **Artigo 128 do código penal** que autoriza a realização do aborto em caso de gravidez resultante de estupro.
- **Artigo 129 do código penal** sobre critérios de lesão corporal.
- Associação Brasileira de epilepsia - www.unifesp.br/dneuro/abe - visualizado em 27/04/05
- Ayres J.R.C.M. et al *O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. In: CZERENIA, D. (org) Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde. *Agenda Estadual de Saúde, mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades*. Salvador,2004. 98 p.
- BAHIA. Secretaria de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde*. Salvador, 2002.
- BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Referência em Saúde Reprodutiva. *Saúde Reprodutiva - Manual para prestação de serviços*, 2ª edição, Salvador, 2000
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção de Saúde. Diretoria de Promoção de Saúde. Programação da Atenção Básica 2004: manual de orientação/ Coordenação: Sandra Garrido de Barros; Raimunda Maria Cerqueira Santos. – Salvador 2004.
- Boa Cidadania Corporativa – Guia Exames/2004;
- Boa Saúde – acessado em 17/03/05: <http://boasaude.uol.com.br/lib/showDoc.cfm?libDocID=3957&ReturnCatID=1779> -
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiologia /. 5.ed. Brasília: FUNASA, 2002.842p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS - SUS 01/02*. Portaria GM/MS Nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Diário Oficial nº 20 - E, de 29 de janeiro de 2001, Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Procedimentos para vacinação/elaboração* de Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda et al. 4ª edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Normal de Vacina*. 3 ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2001 68p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais*/Elaborado pelo Comitê Técnico Assessor de Imunização do Ministério da Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001, 142p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos pós-vacinação* – Organizada pela Coordenação de Imunobiológicos, Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 1998. 102p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde da Mulher. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher - 4ª edição* - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília,2001.
- BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. *Manual de Enfermagem/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde*. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.
- BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da saúde – Brasília: *Manual de Condutas Médicas/ Instituto para o Desenvolvimento da saúde*. Universidade de São Paulo. Ministério da saúde – Brasília: Ministério da Saúde 2002.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Atenção à Saúde*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Política de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática*. Série de cadernos de Atenção Básica nº 8. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Evolução do Plano de Eliminação do Tétano Neonatal*. Brasília, 2003, 14p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças infecciosas e parasitárias: aspectos clínicos, de vigilância epidemiológica e de controle – Guia de bolso/elaborado por Gerson Oliveira Penna{et al.}*. Fundação Nacional de Saúde, Brasília 1998;
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Manejo e Promoção do Aleitamento Materno – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – apoio OMS/OPAS/UNICEF*
- Caxias do Sul. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo das ações básicas de saúde: uma proposta em defesa da vida/ org. Margareth Lucia Paese Capra*. Caxias do Sul, 2000.
- Cem palavras para a Gestão do Conhecimento – Série F – comunicação e Educação em Saúde. Ministério da Saúde /2003;
- Chaves N.H., Sá M.R.A. *Manual de condutas em obstetrícia*. Editora Atheneu, 2ª edição. São Paulo, 2001.
- Código de ética médica 1996 Artigos 1, 14, 44, 102, 107 e 108 sobre sigilo médico;
- Código penal brasileiro cap. 3 sobre omissão de notificação de doença.
- Czerenia, D. *O Conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. In: CZERENIA, D (org) *Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
- Educação como Prática de Liberdade. Paulo Freire;
- Empresa na Comunidade: Passo a passo para estimular a participação social – Carla Corsery. Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social Ed. Global/2005;
- Epidemiologia e Saúde. Rouquayrol e Almeida Filho, 6 ed. Rio de Janeiro/2003;
- Estratégias de Organização de Atenção a Saúde. Maria Lucia, Jaime Bech (org) PDGV/2002;
- Freitas C.B.P et al. *Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos*. Ministério da Saúde - 3ª edição. Brasília, 1997
- Gestão de pessoas – enfoque nos papéis profissionais. Antonio Carlos Gril, Ed. Atlas/2001;
- Gestão do Desenvolvimento e Poderes Locais: Marcos Teóricos e Avaliação – Tânia Fischer – Org. Casa da Qualidade. Editora 2002;
- *Guia de Serviços de Atenção a pessoas em situação de violência/ Cristina Aguiar (coord.)... {et al}*. – Salvador: Fórum Comunitário de Combate à Violência/Grupo de Trabalho Rede de Atenção, 3ª edição: 2003.
- *Guia da urgência e emergência para rede de Atenção Básica de Saúde – Bahia, Flávio Will; Claudia Isabel Brito de Jesus; Dulceli Botelho Nascimento Andrade; Lígia Rangel; Neusa Barbosa; Tetê Marques – Salvador: SESAB/UFBA/ISC, 2002, 86p.:il.*
- Hatcher, R. A., Rinehart, W., Blackburn, R., Geller, J. S. e Shelton, J. D. : *Pontos Essenciais da Tecnologia de Anticoncepção*. Baltimore, Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, Programa de Informação de População, 2001
- HOLLANS, C., CARRUTH, A. K. *Exposure Risk and tetanus immunization in women of family owned forms*. AAOHN Journal. Vol.49. nº3. p 30 – 36. Mar. Los Angeles, 2001.
- www.aids.gov.br/assistencia/manualdst/item11.htm - pesquisado em 13/04/05
- http://www.sucen.sp.gov.br/doencas/leis_teg/texto_leishmaniose_tegumentar.htm - acessado 15/03/05.
- Rede Saúde – Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul - acessado 15/03/05:
<http://www.saude.ms.gov.br/Saude/Outros/LeishmanioseVisceralAmericana.htm>
- Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – (Conprev). *Falando sobre Câncer de Mama*. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2000, 66 pág.
- Instituto Nacional de Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Jul/Ago/Set 2002., 48 .
- Instituto Nacional de Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Out/Nov/Dez 2003., 49 .

- Instituto Nacional de Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Jul/Ago/Set 2002.
- Instituto Nacional de Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Out/Nov/Dez 2003.
- INCA- Instituto Nacional de Câncer – acessado em 15/03/05: www.inca.gov.br/conteudo-view.asp?id=324
- Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações – Rede de Informações para a Saúde/ 2002;
- Jornal de Pediatria – volume 79, suplemento um, Maio /2003, pg. 577-586
- **Lei nº9263 de 12/01/96** sobre critérios de realização de procedimento para esterilização definitiva.
- **Lei nº 6259 30 de outubro de 1975** sobre notificação compulsória das DSTs
- Manual Merck – www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec8_95.htm - acessado em 17/03/05
- Manual de condutas médicas do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA
- Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Mulher. Serviço de Assistência à Saúde da Mulher. *Assistência ao Planejamento Familiar*. Brasília, 1996
- Ministério da Saúde. *Manual de Vigilância e Controle de leishmaniose visceral/2003*.
- Ministério da Saúde. *Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e diretrizes*, Brasília.
- Múltiplas abordagens em Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva* – Vol. 8, nº 3 , ABRASCO 2003;
- O Nascimento da Era Caordica- DEE Hock/2004
- O pensar complexo : a crise da Modernidade . Edgar Morin, Alfredo Pena e Elimar Pinheiro do Nascimento (org);
- PAIM, Jairnilson Silva. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Instituto de Saúde Coletiva – ISC/2002;
- Políticas Nacionais de Promoção da Saúde, PNPI e Avaliação. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis;
- **Portaria nº 114 de 20/11/97**
- **Portaria nº 569/570/571/572/GM em 1 de junho de 2000.**
- **Portaria GM/MS nº737 em 16 de maio de 2001** sobre notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos na infância e adolescência;
- **Portaria nº 412 de 12/03/03** definindo o IPERBA como unidade de referência para atendimento às mulheres submetidas à violência sexual;
- **Portaria 267 de 06 de março de 2001**
- **Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986** - inclusão da AIDS e sífilis congênita nas doenças de notificação compulsória;
- **Portaria nº 993/GM de 04 de setembro de 2000** sobre inclusão pela infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas ao risco como notificação compulsória
- PRONAP. Módulo de Reciclagem, Ciclo VIII – 2004/2005, número 1, Tratamento das Pneumonias Comunitárias, pág. 51-65, Sociedade de Pediatria – SBP.
- Projeto Vida Saudável – Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Curitiba;
- Protocolo integrado de atenção à saúde bucal. – Curitiba: Secretaria da Saúde de Curitiba. Centro de Informações em Saúde, 2004. 100p.
- Protocolo Integrado de Saúde Mental em Curitiba: Secretaria da Saúde de Curitiba, versão 2002.
- **Resolução CFM nº 1665/2003** sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da AIDS.
- Revista de Administração Pública, vol. 3/2004; vol. 2,3,4,5/2003; vol. 1,2,3,4,5/2002; vol. 1,3,5,6/2001; vol. 1,6/2000. Fundação Getúlio Vargas, FGV/EBAPE, Rio de Janeiro-Brasil;
- Rosenthal C. e Moraes V. *Informações e Atualização – Jornal Brasileiro de Aids*. Editores Científicos Ltda., São Paulo;
- Saúde Brasil 2004 – Uma Análise da Situação de Saúde. Ministério da Saúde- Brasília/DF 2004;
- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Manual do Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis para Profissionais da Atenção Básica de Saúde*. Salvador, 2004;
- Sociedade Paulista de Psiquiatria. www.psiqweb.med.br/sexo/posparto.html; acesso em 18 de agosto de 2004.
- SOUZA, César. Você é do tamanho dos seus sonhos – *Estratégias para concretizar projetos pessoais e empresariais*. Ed. Grande/2003;

- TEIXEIRA, Francisco. Em busca de novos espaços para o aprendizado e inovação. *Gestão de redes de cooperação Inter-empresariais*. Ed. Casa de Qualidade/2005.
- TEIXEIRA, Carmem Fontes. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da família*, edição especial/2004 .
- Tópicos de Saúde – B – Brasil Saudável. Ministério da Saúde;
- Uma Agenda para a Saúde. Eugenio Vilaça Mendes/1997;
- Ziegel E., Mecca S. C. *Enfermagem Obstétrica*. 8ª edição. Editora Guanabara. Rio de Janeiro, 1985.

ENDEREÇOS DE REFERÊNCIA PARA CASOS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

Centro de Saúde Mental Osvaldo Camargo

Rua Itabuna, 2. Parque Cruz Aguiar - Rio Vermelho
Tel.: 334-0133/ 0990

Centro de Referência Estadual das DST/ CTA - COAS

Rua Comendador José Alves Ferreira, 240 - Garcia
Tel.: 328-0251 (ramal 240)

Centro de Referência L. Valadares

Rua Aristides Novis, nº 94 – Federação. Tel.: 3235-4268

CETAD - Centro de Estudos e Terapia ao Abuso de Drogas

Rua Pedro Lessa, 123 - Canela
Tel.: 336-8673/ 3322

CEVIBA – Centro de Atendimento às Vítimas de Violência na Bahia

Rua Barreto Pedroso, nº 295 – Pituaçu. Tel.: 3362-9090

CRADIS - Centro de Referência do Adolescente Isabel Souto

Av. Oceânica, 4000 - Rio Vermelho
Tel.: 245-0978/ 0711

CREAIDS - Centro de Referência Estadual de AIDS

Rua Comendador José Alves Ferreira, 240 - Garcia.
Tel.: 328-0992/ 5737

CREASI - Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso

Rua Odilon Dórea, s/nº - Brotas
Tel.: 431-0440

Defensoria Pública do Estado da Bahia

Rua Pedro Lessa, s/n – Canela. Tel.: 3363-5507 / 3363-5505 / 3363-8078

DAI - Delegacia para o Adolescente Infrator

Rua Agripino Dórea, 26. Pitangueiras - Brotas
Tel.: 381-4076

DERCA - Delegacia Estadual de Repressão dos Crimes Praticados Contra a Criança e ao Adolescente
Rua Agripino Dórea, 26. Pitangueiras - Brotas
Tel.: 381-8431/ 4076

Delegacia Especial de Atendimento à Mulher
Rua Pe Luís Figueiras, s/n – Engenho velho de Brotas (fim de linha). Tel.: 0800 71 6464, 3245-5481 Fax: 3247-0205

Delegacia da 1ª CR/ DEPOM
Rua Moacir Leão, s/nº. Complexo de delegacias de Salvador - Vale dos Barris. Tel.: 329-8501/ 8556 Fax: 329-8561

DTE - Delegacia de Tóxicos e Entorpecentes
Rua Moacir Leão, s/nº. Complexo de delegacias de Salvador - Vale dos Barris. Tel.: 329-8603/ 8524/ 8525 Fax: 329-8529

HGE - Hospital Geral do Estado
Av. Vasco da Gama, s/nº - Vasco da Gama
Tel.: 276-8949/ 8899

HGRS - Hospital Geral Roberto Santos
Rua do Saboeiro, s/nº - Cabula
Tel.: 372-2999

Hospital Juliano Moreira
Av. Edgard Santos, s/nº - Narandiba
Tel.: 231-2359/ 231-2493

IPERBA - Instituto de Perinatologia da Bahia
Rua Teixeira de Barros, 72. Brotas
Tel.: 359-2994/ 452-4766

Instituto Médico Legal Nina Rodrigues
Av. Centenário, s/nº
Tel.: 324-1508/ 1509