

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE
Secretaria de Coordenação de Política Social
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Assistência

Prefeito em exercício: Fernando da Mata Pimentel
Secretário da Coordenação de Política Social: Maurício Borges Lemos
Secretário Municipal de Saúde: Evilázio Teubner Ferreira

Coordenador Assistencial: Ivan Batista Coelho

REFERÊNCIAS TÉCNICAS

Atenção ao Adulto

Henrique Timo Luz

Tuberculose – Maria das Graças Rodrigues

Hanseníase – Paulo de Tarso S. Fonseca

Atenção ao Idoso – Karla Cristina Giacomini

Cristina Maria Sartini

Práticas Médicas Não Alopáticas – Iracy Soares

Cláudia Prass

Ione Magalhães

Diabetes/Hipertensão – Arnaldo Santos Leite

Leda Maria Lisboa

Pneumopatias – Cristina Maria Sartini

Luis Felipe Santos Nogueira

Telefone: 3277-9532

DST/AIDS – Carmem Mazzili

Valdecir Buzon

Telefone: 3277-7798

Atenção à Mulher

Yula Franco Porto

Paulo Tarcísio Pinheiro da Silva

Regina Amélia Aguiar

Telefone: 3277-7796

Atenção à Criança

Neuza Soares Medeiros

Sônia Lansky

Carmem Cândida De Marco

Jussara Fontes

Telefone: 3277-7796

INDICE

Protocolos de Atenção ao Adulto – 3

- Diabetes – 4
- Hanseníase – 11
- Hipertensão Arterial Sistêmica – 24
- Tuberculose – 31

Protocolos da Atenção Secundária – 56

- Encaminhamentos às especialidades – 57

Protocolos de Práticas Não Alopáticas – 88

- Homeopatia – 89
- Acupuntura – 92
- Medicina Antroposófica - 93

Protocolos de Atenção à Mulher – 95

- Introdução – 96
- Encaminhamentos em ginecologia e obstetrícia – 97
- Assistência em pré natal – 98
- Assistência em planejamento familiar – 104
- Infertilidade – 107
- Assistência em patologia do colo uterino – 108
- Assistência em mastologia – 110
- Assistência no climatério – 111
- Encaminhamento de pacientes para cirurgia ginecológica – 113

Protocolo da Atenção à Criança - 114

- Introdução - 115
- Teste do Pezinho – 116
- Crescimento e Desenvolvimento - 119
- Puericultura do Bebê Prematuro - 125
- Aleitamento Materno - 129
- Imunização - 132
- Desnutrição - 138
- Doenças Diarréicas - 142
- Parasitoses Intestinais - 144
- Doenças Respiratórias Agudas - 147

ASSISTÊNCIA INTEGRAL

À SAÚDE DO ADULTO

PROTOCOLOS & ROTINAS

DIABETES MELLITUS

1) CLASSIFICAÇÃO:

A classificação atual do Diabetes Mellitus é a seguinte:

- **DM tipo 1:** destruição da célula β , levando à deficiência absoluta de insulina.
- **DM tipo 2:** graus variados de resistência insulínica e de deficiência na secreção de insulina.
- **GESTACIONAL**
- **OUTROS TIPOS:** decorrentes de defeitos genéticos, associado com outras doenças e desencadeado pelo uso de fármacos diabetogênicos.

Consequentemente, os termos anteriormente utilizados como DM insulino-dependente e não-insulino-dependente não devem ser mais empregados.

2) DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de Diabetes Mellitus é feito laboratorialmente. O quadro a seguir mostra as faixas de alterações laboratoriais que definem as categorias de tolerância à glicose e o diagnóstico de Diabetes Mellitus.

CATEGORIAS DE TOLERÂNCIA À GLICOSE			
CATEGORIAS	GLICEMIA (mg/dl)		
	JEJUM (8 H)	2 H APÓS 75 G DE GLICOSE	CASUAL
NORMAL	menor que 110	menor que 140	
GLICEMIA DE JEJUM ALTERADA	110 ou maior, menor que 126		
TOLERÂNCIA À GLICOSE DIMINUÍDA	menor que 126	140 ou maior, menor que 200	
DIABETES	126 ou maior *	200 ou maior	maior que 200, com sintomas *

* necessita de um segundo exame (glicemia plasmática) para confirmação.

OS SEGUINTE SINAIS E SINTOMAS DEVEM ALERTAR PARA A POSSIBILIDADE DE DIABETES MELLITUS:

- poliúria / nictúria.
- Polidipsia / boca seca.
- Polifagia.
- Emagrecimento rápido.
- Fraqueza / astenia / letargia.
- Prurido vulvar ou balanopostite.
- Diminuição brusca da acuidade visual.
- Achado de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina.
- Sinais ou sintomas relacionados às complicações de DM: proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, impotência sexual, paralisia oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição, etc.

O rastreamento laboratorial para descoberta de novos casos de Diabetes Mellitus deve levar em conta a presença de fatores de risco para a doença:

CONDIÇÕES DE RISCO PARA RASTREAMENTO DO DM TIPO 2: *

- Idade maior que 40 anos.
- Histórico familiar (pais, filhos, irmãos, etc.).
- Excesso de peso (IMC maior que 25).
- Obesidade (particularmente do tipo central).
- Hipertensão Arterial.
- Presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos.
- Histórico prévio de hiperglicemia e/ou glicosúria.
- Mães de recém-nascido com mais de 4 kg.
- Mulheres com antecedentes de abortos frequentes, partos prematuros, mortalidade perinatal, polidrâmnio, diabestes gestacional.
- HDL-colesterol menor ou igual a 35 mg/dl.
- Triglicérides maior ou igual a 200 mg/dl.
- Uso de medicamentos diabetogênicos (corticóides, anticoncepcionais,etc.).
- Sedentarismo.

* O rastreamento poderá ser feito com glicemia capilar (a ser confirmado posteriormente com glicemia plasmática de jejum de 8 horas), e deverá ser feito:

- 1) a cada 3 a 5 anos para indivíduos com 45 anos ou mais.
- 2) a cada 1 a 3 anos quando houver:
 - história de DM gestacional.
 - evidências de 2 ou mais componentes da síndrome plurimetabólica.
 - presença de 2 ou mais fatores de risco.
- 3) uma vez por ano ou mais frequentemente quando:
 - a glicemia de jejum alterada ou tolerância à glicose diminuída (mais frequentemente quando a suspeita é de DM tipo 1).
 - houver complicações relacionadas com o DM.

DIAGNÓSTICO DO DIABETES GESTACIONAL:

Os critérios são baseados no TOTG, com administração de 75 g de glicose, e compreendem:

- glicemia de jejum igual ou maior que 126 mg/dl e/ou
 - glicemia duas horas após administração, igual ou maior que 140 mg/dl.
- o estágio clínico denominado glicemia de jejum alterada (glicemia de jejum igual ou maior que 110 mg/dl e menor que 126 mg/dl) não foi incluído nos critérios diagnósticos de DM gestacional.

O TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE (TOTG):

O TOTG é realizado com medidas de glicemia nos tempos de 0 e 120 minutos após a ingestão de 75 g de glicose anidra (ou dose equivalente de 82,5 g de dextrosol).

INDICAÇÕES:

- 1) Glicemia plasmática de jejum maior que 110 mg/dl e menor que 126.
- 2) Glicemia plasmática de jejum menor que 110 mg/dl na presença de dois ou mais fatores de risco para DM nos indivíduos com idade superior a 45 anos.

AValiação COMPLEMENTAR:

Definido o diagnóstico de Diabetes Mellitus, o paciente deverá ser submetido a propedêutica para investigação de lesões em órgãos-alvo ou condições concomitantes que necessitem abordagem. A seguinte avaliação faz parte desta abordagem mínima inicial:

- Exame de Urina para pesquisa de elementos anormais e sedimentoscopia.
- Creatinina
- Potássio sérico
- Colesterol total e HDL-colesterol
- Triglicérides
- Eletrocardiograma
- Avaliação oftalmológica
- Microalbuminúria – deverá ser repetida anualmente.

3) TRATAMENTO:

O tratamento do paciente diabético tem como objetivo reduzir o índice de complicações inerentes à doença e evitar descompensações que colocam o indivíduo em risco de vida, além de aliviar os sintomas. Para tanto, é proposto que medidas não-farmacológicas sejam implementadas em todos os pacientes, e tratamento farmacológico seja avaliado de acordo com alguns critérios, conforme se verá adiante. O quadro seguinte mostra o nível de controle do paciente conforme uma série de parâmetros clínicos e laboratoriais:

PARÂMETROS DE CONTROLE DE DIABÉTICOS:			
PARÂMETROS	NÍVEL DE CONTROLE		
	BOM	ACEITÁVEL	RUIM
Glicemia em jejum	80-115	116-140	Maior que 140
Glicemia pós-prandial	116-140	141-180	Maior que 180
Glicohemoglobina HbA1	Menor que 8	8,1-10	Maior que 10
Glicohemoglobina HbA1c	Menor que 6,5	6,6-7,5	Maior que 7,5
Glicosúria	0	Menor que 5 g/l	Maior que 5 g/l
Cetonúria	0	0	+
Colesterol total	Menor que 200	200-239	240 ou maior
HDL-colesterol (homens)	Maior que 35	maior que 35	35 ou menor
HDL-colesterol (mulh.)	Maior que 45	maior que 45	45 ou menor
LDL	Menor que 130	130-159	160 ou maior
Triglicérides	Menor que 150	150-200	Maior que 200
IMC (homens)	20-25		
IMC (mulheres)	19-24		
Pressão arterial	135/85 ou menor	136-140/ 86-90	Maior que 140/90

TABELA DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{Altura x altura (m)}}$$

	Índice de massa corporal (Kg/m ²)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5 – 24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0 – 29,9	Pouco aumentado
Obeso classe I	30,0 – 34,9	Moderado
Obeso classe II	35,0 – 39,9	Grave
Obeso classe III	> ou = a 40	Muito grave

3.1) MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS

- Dieta de restrição calórica para os obesos e com sobrepeso.
- Atividade física.
- Retirada do açúcar.

3.2) TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Deve ser iniciado quando em duas ocasiões, apesar de introduzidas as medidas não farmacológicas, as dosagens de glicemia persistem em níveis de controle considerado ruim. Estes mesmos critérios devem ser considerados para tratamento dos outros problemas: hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hipertensão arterial.

HIPOGLICEMIANTE ORAIS DISPONÍVEIS NA SMSA-BH

	Sulfoniuréis	Biguanidas
Medicamentos	Clorpropamida (Diabinese) Glibencamida (Daonil)	Metiformina (Glifage)
Mecanismos de ação	Estimula a secreção de insulina pela célula beta.	Aumenta a sensibilidade tecidual a insulina.
Indicações	É o medicamento inicial de escolha no paciente não obeso (desde que não haja contra-indicação).	Medicamento inicial de escolha em pacientes obesos que não controlaram a glicemia com atividade física e restrição dietética.
Efeitos colaterais	Hipoglicemia. Muito importante no caso da Clorpropamida devido a sua meia vida longa (33 horas) e aumento de peso.	Hiporexia, náuseas e diarreias. Risco de acidose láctica. Quase nunca dá hipoglicemia.
Contra-indicações	Gravidez; Infecções ou traumas importantes; Hepatopatias; Paciente com acidose; Nefropatias.	Gravidez; Diabetes Melitus tipo 1; Creatinina sérica > que 1,5 ml; DPOC; TGO > que 3 vezes o normal.
Interações medicamentosas	Diminui o efeito hipoglicemiante: Barbitúricos, corticóides. Aumenta o efeito hipoglicemiante: AAS, Trimetopim, álcool, anticoagulantes, alopurinol, probenecida.	Com contraste radiológico iodado, anestesia geral, fenotiazinas e barbitúricos.
Observações	Associado a níveis pressóricos mais elevados no UKPDS não demonstrou diminuição de retinopatia. diminuição	Mostra a diminuição de incidência de complicações cardiovasculares em diabéticos obesos.

UKPDS: United Kingdom Prospective Diabetes Study

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS DAS SULFONIUREIAS *

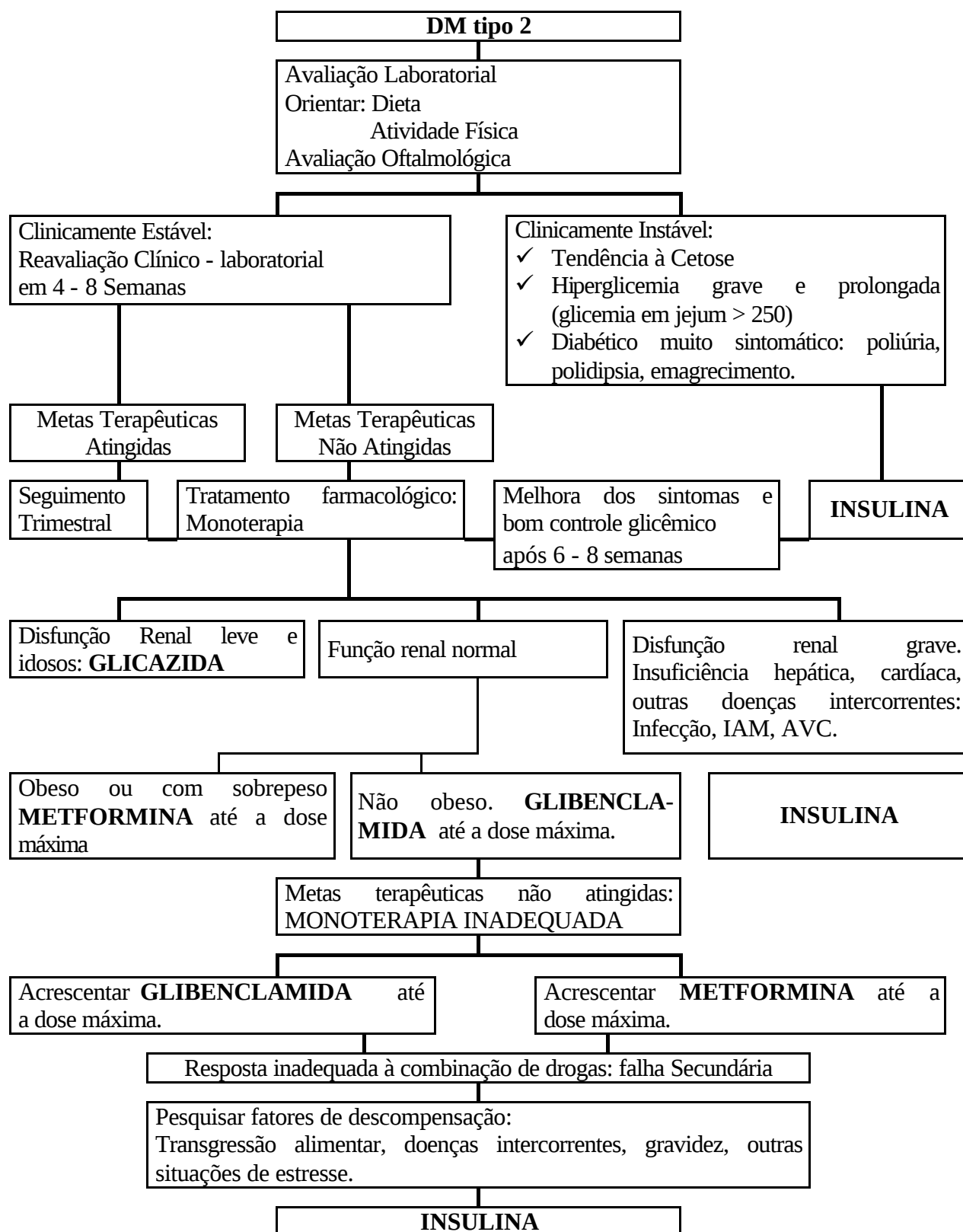
Fármaco	Nome Comercial	Apresentação	Faixa terapêutica	Meia vida em horas	Excreção
Clorpropa-mida	Diabinese	250 mg	125 a 500 mg	25 a 40 horas	Renal
Glibencamida ou Gliburida	Daonil	5 mg	2,5 a 20 mg	7 a 15 mg	Renal e biliar
Glipisida	Minidiabi	5 mg	2,5 a 20 mg	12 mg	Renal e biliar
Gliclasida	Diamicron	80 mg	40 a 320 mg	10 mg	Renal e biliar
Glimepirida	Amaryl	1, 2 e 4 mg	1 a 6 mg		Renal e fecal

BIGUANIDA (METIFORMINA) *

Fármaco	Nome comercial	Apresentação	Faixa terapêutica	Meia Vida em Horas	Excreção
Metiformina	Glifage, Glucoformin, Metiformin	500 e 850 mg	500 a 2550 mg		

* as drogas em destaque são padronizadas pela SMSA-BH

4) FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO



5) BIBLIOGRAFIA

- 1- Ministério da Saúde – CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Protocolo – Brasília – 2001.
- 2- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Comitê Científico de Estudos de Utilização de Medicamentos – Boletim de Informação Terapêutica – Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2 em Nível Ambulatorial - Belo Horizonte – 2001.
- 3- Current Medical Diagnosis and Treatment, 2001.

HANSENÍASE

1) Introdução :

Em 1991 a Organização Mundial da Saúde – OMS propôs a eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública do mundo, ou seja , que até o ano 2000 todos os países endêmicos alcançassem uma taxa de prevalência de menos de 1 caso a cada 10.000 habitantes . Infelizmente o Brasil não alcançou esta meta e continua a ser um dos poucos países do mundo a ter a Hanseníase como um problema de saúde pública .

A hanseníase é uma doença neuro-cutânea , causada por um bacilo álcool-ácido resistente

(BAAR) . A principal fonte de infecção é o homem , através das formas contagiantes (Hanseníase Virchowiana HV e Hanseníase Dimorfa –HD), quando não tratados . As vias aéreas superiores são consideradas a principal porta de entrada do bacilo , com possibilidade de transmissão também via solução de continuidade cutânea . Seu período de incubação é de 2 a 7 anos .

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

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

A detecção de casos é feita por intermédio do atendimento de demanda espontânea , a busca ativa e da vigilância de contatos .

2) Classificação :

A classificação atualmente adotada nos serviços públicos de saúde brasileira resultou do “ VI Congresso Internacional de Leprologia “ , realizado em Madri , em 1953. A hanseníase ficou classificada segundo sua tendência de evoluir em direção a um de seus pólos , encontrando – se 2 formas polares e 2 grupos : formas tuberculóide e virchowiana e grupos indeterminado e dimorfos .

Dentre as classificações existentes , é importante fazer à referência de Ridley e Jopling, baseada no espectro imunológico dos indivíduos afetados . (I – T – BT – BB – BV – V).

Para fins operacionais , o Ministério da Saúde do Brasil adotou a recomendação da OMS que propôs o agrupamento dos pacientes em :

- **PAUCIBACILARES (PB)** : casos com até 5 lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso acometido . São o grupo Indeterminado e a forma Tuberculóide .
- **MULTIBACILARES (MB)** : casos com mais que 5 lesões de pele e ou mais de um tronco nervoso acometido . Pacientes com baciloscopia positiva é classificado como multibacilar independente do número de lesões cutâneas ou tronco nervosos acometidos . São o grupo dimorfo , a forma Virchowiana e os pacientes não classificados .

3) Epidemiologia :

Em 1991 , quando a OMS propôs a meta de eliminação da Hanseníase (< 1 / 10.000 hab.) , Minas Gerais ocupava a incomoda posição de primeiro lugar no Brasil em número de casos com 34.944 doentes em registro ativo , segundo a SES-MG , com uma taxa de prevalência 22 vezes maior que a preconizada .

Apesar dos esforços realizados , não se conseguiu atingir a meta de eliminação no ano 2000. Vários fatores contribuíram para isto e acreditamos que o principal é a permanência de casos não diagnosticados (prevalência oculta) responsáveis pela manutenção de fontes de contágio na população.

O município de Belo Horizonte é um dos 37 municípios prioritários no trabalho de eliminação da Hanseníase no estado de Minas Gerais . Em 2000 , apresentava uma prevalência de 1,3 casos para cada 10.000 habitantes , que é considerada média , mas com um numero absoluto de casos considerado alto , 288 casos . O diagnóstico é considerado tardio , já que quase 10 % dos casos são diagnosticados com grau de incapacidade II ou III. Temos uma alta taxa de abandono do tratamento de 20,8 % e uma baixa cobertura da população 55,7 % . Devido a pouca descentralização dos serviços no atendimento à Hanseníase . Somente 30 % das unidades básicas de saúde desenvolvem ações de controle da Hanseníase em Belo Horizonte .

Com base nos dados acima podemos afirmar que a prevalência do município é de pelo menos o dobro da oficial . Estudo realizado em 2000 pela Área Técnica Estadual de Hanseníase , mostrou que Minas Gerais vem deixando de diagnosticar , em média , 1.000 casos a cada ano e que este problema pode estar relacionado à baixa cobertura e a falta de informação da população e dos profissionais da saúde em relação a doença .

4) Diagnóstico Clínico (Exame Dermatoneurológico) :

Por ser uma doença infecto-contagiosa granulomatosa de evolução insidiosa e grande potencial incapacitante , o diagnostico precoce deve ser o primeiro objetivo das ações de controle da Hanseníase .

Na anamnese importa a sintomatologia neurológica e os sinais cutâneos , bem como a duração , localização e evolução das lesões existentes e a historia epidemiológica incluindo a procedência do doente e fonte provável de infecção.

No exame dermatológico , toda superfície cutânea deve ser examinada . Investigar principalmente a presença de : manchas , nódulos , infiltrações, placas , alopecia localizada , ulcerações e calosidades .

Para o exame neurológico procede : a pesquisa de sensibilidade nas lesões ou áreas suspeitas , a palpação dos principais nervos periféricos e a verificação de integridade anatômica e avaliação motora das mãos , pés e face .

4.1) Diagnóstico das lesões neurológicas .

As lesões nos nervos podem ocorrer em qualquer forma de Hanseníase exceto nas forma Indeterminada (HI) . Lesões de instalação súbita , precoces e assimétricas são geralmente características da Hanseníase Tuberculoide (HT) e Hanseníase Dimorfa (HD) que tendem ao polo tuberculoide. Na Hanseníase Virchowiana (HV) a instalação das lesões nervosas é geralmente insidiosa e usualmente simétrica .

É importante ressaltar duas situações no comprometimento neurológico:

- Os episódios reacionais , que podem ser acompanhados de neurites agudas e subagudas com : dor , alteração da sensibilidade , diminuição da força muscular e ou da precisão de movimentos .
- A neurite silenciosa : sem sintomatologia neurológica , mas com sinais que o profissional nas avaliações sistemáticas , através de mapeamento sequenciais pode detectar .

4.1.1) Técnica de exploração dos principais nervos periféricos afetados na Hanseníase .

Para cada um dos nervos deve-se procurar a presença de dor espontânea ou provocada pela palpação , aderência aos planos adjacentes e espessamento (aumento do diâmetro ou modificação na textura dos nervos). Deve-se compara sempre com o do lado oposto.

Nervo auricular : Com o paciente em rotação da cabeça em direção ao ombro , verificar o espessamento , que será facilmente visível cruzando o músculo esternocleidomastoideo.

Nervo radial : Com o cotovelo em flexão de 90° e os músculos do ombro e braço em relaxamento completo, pesquisar no terço médio do úmero , atrás da inserção do músculo deltóide .

Nervo ulnar : Fazer flexão de 90° do cotovelo , ficando a mão em pronação , apoiada na mão do examinador , a palpação poderá ser feita não apenas ao nível da goteira epitrocleana , como também , acima desta .

Nervo mediano : Deve ser pesquisado na face anterior do punho , entre os tendões dos músculos palmar longo e flexor radial do carpo.

Nervo fibular comum : Estando o paciente sentado , com as pernas pendentes , palpar na face posterior da fibula na junção entre sua cabeça e corpo.

Nervo tibial posterior : Com paciente sentado, palpar na zona retromaleolar interna .

4.1.2) Pesquisa de sensibilidade nas áreas acometidas .

A sensibilidade é fundamental para a preservação para a função dos olhos , mãos e pés. Na presença de alterações sensitivas mínimas , a conduta oportuna pode reduzir os riscos de perda da sensibilidade protetora . Por este motivo , é importante ,para fins de prevenção de incapacidade , poder detectar precocemente essas lesões .

4.1.2.1) Técnica de avaliação da sensibilidade com estesiômetro .

Antes de iniciar o teste , retire os monofilamentos do tubo e encaixe-os no furo lateral do cabo. Disponha-os em ordem crescente do mais fino para o mais grosso.

Segure o cabo do instrumento de modo que o filamento de nylon fique perpendicular à superfície da pele , a uma distancia de + 2 cm , A pressão na pele deve ser feita até obter a curvatura do filamento e mantida durante aproximadamente um segundo e meio , sem permitir que o mesmo deslize sobre a pele .

O teste começa com o monofilamento mais fino 0,05g (verde). Na ausência de resposta utilize o monofilamento 0,2g (azul) e assim sucessivamente .

Aplique os filamentos de 0,05g(verde) e 0,2g(azul) 3 vezes seguidas em cada ponto especifico , os demais 1 vez.

Aplique o teste nos pontos específicos dos nervos , conforme esquema a seguir e nas áreas suspeitas de alteração de sensibilidade .

Registre o teste colorindo os pontos específicos com a cor do monofilamento que o paciente sente .

Legenda : Cada filamento corresponde a um nível funcional representado por uma cor .

Verde: 0,05g – sensibilidade normal mão e no pé .

Azul : 0,2g – sensibilidade diminuída na mão e normal no pé . Dificuldade para discriminar textura (tato leve) .

Violeta : 2,0g – sensibilidade protetora diminuída na mão. Incapacidade de discriminar textura . Dificuldade para discriminar formas e temperatura .

Vermelho (fechado) : 4,0g – perda de sensibilidade protetora na mão e às vezes no pé . Perda de discriminação de textura . Incapacidade de discriminar formas e temperatura .

Vermelho (marcar com X) : 10g – perda da sensibilidade protetora no pé . Perda de discriminação de textura .Incapacidade de discriminar formas e temperatura .

Vermelho (aberto – circular) : 300g- permanece apenas sensação de pressão profunda na mão e no pé .

Preto : sem resposta . Perda da sensação de pressão profunda na mão e pé.

4.1.3) Verificação do comprometimento funcional neurológico.

A seguir deve ser realizada a verificação do comprometimento funcional neurológico , através das provas de força muscular . Estas podem detectar alterações precoces ou sinais de comprometimento neural assintomático (neurites silenciosas) .

Toda atenção deve ser dada a verificação da integridade anatômica nas mãos , pés e olhos, para detecção precoce de lesões ulcero-traumáticas .Ressalta-se a importância do auto exame diário.

4.2) Diagnóstico das lesões cutâneas.

4.2.1) Hanseníase Indeterminada (HI) .

Manifestação inicial da doença caracterizada por manchas hipocrômicas , únicas ou múltiplas , com alteração da sensibilidade (hipoestesia ou hiperestesia) sem evidencia de lesão troncular .

A hanseníase indeterminada também pode se apresentar por alterações da sensibilidade superficial , sem lesão cutânea .

Sabe-se que HI pode permanecer estacionária e até sofrer involução espontânea . é classificada como paucibacilar , para fins de tratamento.

4.2.2) Hanseníase Tuberculoide (HT) .

Lesões eritemato-hipocrômicas , eritematosas, eritemato-escamosas , com bordas discretamente elevadas ou com microtubérculos , por vezes com evolução centrifuga . Alopecias e anidroses podem ocorrer nas lesões maiores . As placas variam de forma , tamanho e número , mas a forma polar clássica da HT não apresenta tendência à disseminação , podendo ocorrer cura espontânea. Há comprometimento da sensibilidade superficial na lesão que varia de hipoestesia a anestesia . O comprometimento de nervos de forma assimétrica é freqüente , podendo as vezes ser a única manifestação clínica – forma neural pura .Operacionalmente é classificada como paucibacilar .

4.2.3) Hanseníase dimorfa (HD).

Lesões eritematosas, eritemato-violáceas , ferruginosas , infiltradas , edematosas, brilhantes , escamosas com contorno internos bem definidos e externos mal definidos (lesões pré-foveolares e foveolares) , centro deprimido (aparentemente poupado) , hipocrômicas ou com coloração de pele normal , hipo ou anestésicas . Seu caráter instável faz-se assemelhar com as lesões bem delimitadas da HT e/ou com lesões disseminadas da HV.O comprometimento neurológico troncular é freqüente , bem como episódios reacionais , dando a estes pacientes um elevado potencial incapacitante . Operacionalmente é classificada como multibacilar .

4.2.4) Hanseníase virchowiana (HV).

Infiltração difusa com numerosas lesões eritematosas, eritemato-acastanhadas , infiltradas , brilhantes , coalescentes , mal definidas e de distribuição simétrica . Há infiltração difusa da face – regiões malares , supraciliares e pavilhões auriculares , com formação de tubérculos e nódulos , ocasionando a perda definitiva de pêlos dos cílios e supercílios (madarose), que dão à face um aspecto peculiar (fácies leonina) . Os nódulos e tubérculos podem surgir em todo tegumento . A HV é uma doença sistêmica com manifestações viscerais importantes a considerar.

Os distúrbios sensitivos cutâneos e o acometimento dos troncos nervosos estão presentes , mas não tão precoces e marcantes como nas lesões tuberculoides. Operacionalmente a HV é classificada como multibacilar .

4.2.5) Estados Reacionais .

4.2.5.1) Reação tipo I – (Reação Reversa)

Nos tuberculoides , essas manifestações agudas se caracterizam por eritema e edema das lesões tuberculoides pré-existentes e o aparecimento de lesões novas em pequeno numero. O estado geral não é comprometido e os nervos são pouco afetados .

Nos dimorficos ocorrem episódios reacionais semelhantes aos que ocorrem nos tuberculoides. Há reações que incidem nas lesões de evolução crônica e aí as lesões também se tornam eritematosas e edematosas e aparecem lesões novas de caráter agudo. E , há casos em que a reação eclode a partir de lesões indeterminadas ou em indivíduo aparentemente sadio. Pode haver comprometimento neural acentuado , e o estado geral muitas vezes está comprometido. Os dimorfos reacionais , se não tratados , continuam a sofrer surtos e vão se degradando os seus caracteres e as lesões tendem a assumir aspectos semelhantes aos virchowianos.

As lesões nervosas nas reações tipo I podem ocorrer junto com as alterações da pele ou independentemente . Durante os episódios reacionais deve-se prestar atenção aos nervos . Os principais sinais e sintomas são espessamento do nervo , dor à palpação , dor espontânea e neurite silenciosa. A consequência será a paralisia reversível ou perda completa da condutividade do nervo. A isquemia , se for absoluta ou durar muito tempo, provocará a destruição completa do nervo.

4.2.5.2) Reação tipo II

Estas reações são chamadas impropriamente de “ eritema nodoso hansênico “ , mediada por anticorpos, são mais generalizadas , recidivantes e podem supurar (eritema nodoso necrotizante) Ocorre súbito aparecimento de lesões papulosas , em placas , ou nodulares , eritematosas , precedidas muitas vezes por febre , mal estar geral e enfartamento ganglionar doloroso .

Esses surtos reacionais ocorrem na HV , e podem aparecer antes do início do tratamento, mas são mais frequentes após 6 mês de terapêutica . Duram em média 15 a 20 dias e tendem em alguns casos , a se repetir depois de intervalos variáveis desencadeados muitas vezes por intercorrências . Durante os surtos podem ocorrer , além das lesões cutâneas , irites ou iridociclites , aumentos dolorosos de linfonodos hipertrofia do baço e do fígado , orquites e orquiepidimites , neurites , artrites , proteinúria e hematúria . Essas reações constituem uma verdadeira doença de imunocomplexos .

Em alguns pacientes virchowianos e principalmente naqueles que sofrem reações tipo II com frequência , podem ocorrer depósitos de substância amiloide em vários órgãos , sendo a principal causa de morte , principalmente a amiloidose renal .

5) Diagnóstico Laboratorial

Ressalta-se a superioridade do diagnóstico clínico através do exame dermatoneurológico.

5.1) Exame baciloscópico.

A baciloscopia deve ser realizada em todos os pacientes com suspeita clínica de hanseníase entretanto, nem sempre evidencia-se *M. leprae* nas lesões hansênicas ou em outros sítios de coleta . O resultado é importante no diagnóstico , assim como auxílio à classificação do paciente no espectro clínico da hanseníase .

O exame baciloscópico é recomendado na ocasião do diagnóstico . Nos pacientes com lesões ativas ou áreas com alteração de sensibilidade , os esfregaços da baciloscopia deverão ser feitos em 4 sítios , segundo a ordem a seguir :

- Esfregaço de uma lesão ativa ou áreas de alteração da sensibilidade .
- Esfregaços dos dois lóbulos auriculares .
- Esfregaço do cotovelo contra-lateral a lesão ativa ou área de alteração de sensibilidade.
- Na ausência de lesões ou áreas dormentes , colher o material de 4 locais (dois lóbulos auriculares e dois cotovelos) .

5.1.1) Índice baciloscópico (IB)

IB = (0) : não há bacilos em nenhum dos 100 campos examinados .

IB = (1+) : 1 – 10 bacilos , em 100 campos examinados .

IB = (2 +) : 1-10 bacilos , em cada 10 campos examinados (11- 99 bacilos em 100 campos) .

IB = (3 +) : 10 bacilos , em média , em cada campo examinado .

IB = (4 +) : 100 bacilos em média , em cada campo examinado.

IB = (5 +) : 1000 bacilos , em média , em cada campo examinado.

IB = (6 +) : mais de 1000 bacilos , em média , em cada campo examinado.

5.2) Teste de Mitsuda (intradermo reação de Mitsuda)

O teste de Mitsuda baseia-se numa reação imunológica retardada do tipo celular de alta especificidade para *M. leprae* . com leitura em 21 a 28 dias . O seu valor é prognóstico e não diagnóstico , é auxiliar na classificação dos Grupos Indeterminados e Dimorfo . Devido a problemas técnico-operacionais , não é recomendado o seu uso rotineiro .

5.3) Prova de histamina.

Muito útil no diagnóstico diferencial da Hanseníase Indeterminada ou em áreas suspeitas , quando a pesquisa da sensibilidade é difícil ou duvidosa (em crianças , simuladores etc.) .

Baseia-se na observação da integridade ou não dos ramúsculos nervosos periféricos acometidos na hanseníase através do eritema reflexo (secundário), que ocorre com a dilatação dos capilares , conduzida pela histamina , quando há integridade dos ramúsculos nervosos periféricos.

Esta prova deverá ser realizada nas unidades referências .

5.4) Prova de pilocarpina (teste de sudorese)

Tem a mesma finalidade e princípio da prova de histamina através da verificação do estímulo da sudorese produzida pela pilocarpina caso haja integridade dos ramúsculos nervosos periféricos .

É utilizada nas mesmas situações que a prova anterior , especialmente em negros . Deverá ser realizada nas unidades referências .

5.5) Exame histopatológico

Na classificação do paciente de hanseníase quanto à forma clínica deverão ser utilizados os critérios clínicos e baciloscópicos . Quando houver necessidade (elucidação diagnóstica e classificação clínica) deverá lançar-se mão do exame histopatológico , mas tendo-se sempre em vista que a clínica é soberana .

Observação : A não confirmação histopatológica do diagnóstico de HI não afasta o diagnóstico clínico bem alicerçado .

6) Diagnóstico Diferencial

6.1) Com Hanseníase Indeterminada :

- Eczemátide , Pitiríase alba , (“Manchas de vermes”)
- Pitiríase versicolor (“Pano branco”)
- Nevo acrômico ou despigmentado (“Sinal”)
- Manchas café-com-leite (Neurofibromatose de Von Recklinghausen)
- Hipocromias residuais
- Vitiligo
- Pinta (“Puru-puru”)
- Esclerodermia em placas
- Pitiríase rósea de Gibert

6.2) Com Hanseníase Tuberculoide :

- Dermatofitose (“ Impingem “)
- Lupus Eritematoso
- Psoríase
- Sarcoidose
- Granuloma anular
- Esclerodermia

6.3) Com Hanseníase Dimorfa :

- Farmacodermias

6.4) Com Hanseníase virchowiana :

- Sífilis
- Outras (Leishmaniose difusa , Neurofibromatose , Linfoma Cutânea , Micose fungoide , Leucemias , Xantomatoses , Farmacodermia , Lúpus eritematoso sistêmico)

6.5) Com Neuropatias periféricas :

- Síndrome do túnel do carpo (Camptodactilia , Contratura de Dupuytren)
- Neuralgia parestésica (Síndrome de Bernhard)
- Neuropatia alcoólica
- Neuropatia diabética
- Outras doenças neurológicas raras .

7) Fluxograma

Primeira Fase – Diagnóstico

Todas Unidades Básicas e / ou P.S.F.

(Busca Ativa , Procura Direta ou Encaminhamento)

Usuário apresenta uma ou mais das seguintes características e requer quimioterapia :

- 1) Usuário com lesões de pele com alteração de sensibilidade
- 2) Usuário com acometimento de nervo(s), com espessamento neural.
- 3) Usuário com baciloscopia positiva

Unidades de Saúde Referencias Hanseníase dos Distritos.

Solicita Baciloscopia

(Raspado Dermico)

OBS: Baciloscopia negativa não afasta diagnóstico.

Consulta Médica

Define a necessidade e solicita outros exames

Fecha diagnóstico

Classifica o caso (PAUCIBACILARES / MULTIBACILARES)

Define esquema terapêutico

Notifica o agravo FEC

Encaminha casos de dúvidas (HC-UFMG e H. Eduardo de Menezes)

Retorna paciente para Unidade de origem ou P.S.F.

Dá Alta

Segunda Face - Tratamento e Controle Unidades Básicas e/ou P.S.F.

Cadastra o Usuário no Programa

Informa mensalmente a situação do usuário.
(Mapa de acompanhamento)

Vigilância dos Contatos

Deve ser examinados todos os contatos intradomiciliares dos últimos 5 anos .
Aplicar 02 doses de BCG-ID em todos os contatos com intervalo de 6 meses a 01 ano .

Consulta Médica /

Enfermagem

Fornece dose supervisionada mensal.

Avalia o tratamento.

Prevenção de Incapacidade .

Informa o resultado

Retorna com paciente para Unidade Referencia do Distrito quando:

- 1) Ocorrer intercorrências (Estados Reacionais) e reações adversas.
- 2) Para dar alta

Agente Comunitário de Saúde

Visita domiciliar mensal (em data diferente da dose supervisionada).

Supervisiona a medicação no domicílio .

Informa o acompanhamento

Verifica quantos contatos foram examinados .

Orienta prevenção incapacidade.

8) Medidas não Farmacologicas

8.1) Avaliação do grau de Incapacidade .

8.1.1) Anestesia :

O objetivo é determinar se o paciente perdeu a sensibilidade protetora : a diminuição discreta do fato não é verdadeira incapacidade , mas sua perda total sujeitará o paciente a traumatismos freqüentes .

8.1.2) Úlceras e lesões :

Solução de continuidade nas mãos e pés . Hematomas , bolhas e feridas .

8.1.3) Reabsorção :

Se estão reabsorvidas somente as extremidades dos dedos , mesmo de um só dedo , considerar como “reabsorção discreta “ . Se o segmento (mão e pé) perdeu a quinta parte , se classificará como “ reabsorção intensa”.

8.1.4) Articulação anquilosadas :

Verificar a mobilidade dos dedos : se existe um razoável grau de movimento passivo , embora não sendo de 100 % , pode se considerara como móvel . Se perdeu 25 % da mobilidade passiva , considerara como rígida , anquilosada (mão) ou em contratura (pé).

8.1.5) Sensibilidade corneana diminuída ou ausente :

Avalia-se a sensibilidade com fio dental, macio, extrafino e sem sabor , com 5 cm de comprimento, tocando de leve a porção lateral da periferia da córnea e observando se o piscar é imediato ou ausente . A presença do reflexo de piscar significa sensibilidade preservada . Evitar tocar os cílios durante o exame , pois o toque desencadeia o reflexo de piscar .

8.1.6) Lagoftalmo e/ou ectrópio :

Lagoftalmo é a incapacidade parcial ou total de fechar os olhos , em geral acompanhado de ardor , lacrimejamento e hiperemia conjuntival . Ectrópio corresponde a eversão e desabamento da margem palpebral inferior .

8.1.7) Triquíase :

Corresponde ao olho que apresentar cílios mal implantados , voltados para dentro roçando a córnea.

8.1.8) Opacidade da córnea :

Corresponde ao olho que apresentar perda da transparência da córnea em qualquer localização.

8.1.9) Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros :

Acuidade visual é a percepção da forma e contorno dos objetos . Sua medida permite uma avaliação do funcionamento do olho . A medida da acuidade visual é um teste simples , feito através da utilização de sinais , ganchos , letras ou figuras (optotipos) , que pode levar a um primeiro diagnóstico do estado de saúde ocular . A medida da acuidade visual para longe tem por finalidade conhecer a visão do indivíduo dentro do referencial padronizado (Escala optométrica de Snellen a uma distância de 5 metros) .

8.1.10) Comprometimento da laringe , desabamento do nariz e paralisia facial.

Comprometimento da laringe se manifesta desde por rouquidão ou alteração da voz até dificuldade de respirar .

O comprometimento do arcabouço cartilaginoso do nariz leva consequentemente a uma alteração de sua forma , que pode também ser decorrente de outras patologias como leishmaniose, miíase, sífilis e câncer.

A paralisia facial , quando unilateral , manifesta-se pelo desaparecimento das rugas frontais e a impossibilidade de franzir a fronte , desaparecimento da dobra nasolabial , impossibilidade de assobiar corretamente , angulo labial penso para baixo e boca oblíquo-oval . Quando bilateral , verifica-se perda da mímica facial (fácies antonina) .

8.2) Prevenção e tratamento de incapacidades físicas

Todos os doentes da hanseníase , independentemente da forma clínica , deverão ser avaliados no momento do diagnóstico e , no mínimo uma vez por ano e por ocasião da alta , classificados quanto ao grau de incapacidade física que apresentem. Toda atenção deve ser dada ao comprometimento neural e para tanto os profissionais de saúde e pacientes devem ser orientados para uma atitude de vigilância do potencial incapacitante da hanseníase . Tal procedimento deve ter em vista o tratamento adequado para cada caso , e a prevenção de futuras deformidades .

Essas atividades não devem ser dissociadas do tratamento quimioterápico , devendo ser integradas na rotina dos serviços , de acordo com grau de complexidade dos mesmos.

Ações simples de tratamento e prevenção de incapacidades físicas por técnica simples deverão ser executadas pelo serviços básicos de saúde , inclusive por pessoal auxiliar , devidamente treinados e sob supervisão técnica adequada.

Ações de média complexidade para tratamento e prevenção de incapacidades físicas , além das descritas acima , deverão ser executadas pelo serviço de saúde que disponham de recursos de fisioterapia .

Ações complexas (cirurgias , readaptação profissional), deverão ser executadas , indistintamente , pelos centros gerais e especializados de reabilitação. Para tanto, recomenda-se a organização de um sistema regional e multissetorial de referência e contra-referência , de maneira a permitir a todos os doentes de hanseníase o acesso ao tratamento , com vistas à recuperação social dos mesmos .

A cura da infecção pelo *M. leprae* com a presença de deformidades , nos dias atuais , indica que diagnóstico foi tardio e/ou tratamento foi inadequado.

As consequências na vida social e econômica do portador ou ex-portador de hanseníase são , em grande parte , decorrentes da deficiência física . Não menos importante porém , é a influência de fatores culturais que historicamente associam a “imagem da lepra” à idéia do alto poder incapacitante da doença .

Para a implementação das atividades de prevenção há que se investir na formação e treinamento de equipes multiprofissionais e na organização de serviços de atenção primária (medidas educativas , técnicas simples) e atenção secundário-terciária (adaptação de calçados e instrumentos de trabalho , cirurgia).

A equipe deve preparar-se não só para a execução das atividades de assistência individual como também para desenvolver a prática educativa com os pacientes e com a comunidade .

8.3) Vigilância dos contatos

Para fins operacionais , deve-se considerar como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido nos últimos 5 anos com doente .

A vigilância dos contatos consiste no exame dermatoneurilógico dos mesmos , obedecendo aos seguintes critérios :

- Exame de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos de todas as formas clínicas e orientação quanto ao período de incubação , transmissão , sinais e sintomas da hanseníase e retorno ao serviço , se necessário .
- Utilização do BCG – aplicação de duas doses da vacina BCG-ID em todos os contatos intradomiciliares de todos os casos novos de hanseníase , independente da forma clínica . O intervalo mínimo recomendado para a 2ª dose da vacina é de 6 meses da 1ª dose (considerada a cicatriz por BCG-ID previa como 1ª dose , independente do tempo de aplicação). Na dúvida aplicar as duas doses recomendadas.

9) Tratamento

9.1) Tratamento Específico

A regularidade na tomada mensal supervisionada e na tomada diária auto-administrada das drogas é fundamental para êxito terapêutico.

O paciente será aprezado , para a dose supervisionada , no ambulatório , a cada 28 dias . Se o paciente faltar no dia aprezado , a dose será administrada no dia em que o paciente vier à Unidade de Saúde e a dose seguinte será agendada para 28 dias a contar desta data .

O tratamento da hanseníase é ambulatorial , mediante o esquema terapêutico a seguir :

ESQUEMA POLIQUIMIOTERAPIA PADRÃO (PQT/0MS)

DROGA	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
	PQT / PB - 06 Doses	PQT / MB – 12 Doses
RIFAMPICINA (RFM)	600 mg uma vez por mês , supervisionada, num total de 06 doses , em até 09 meses.	600 mg uma vez por mês , supervisionada num total de 12 doses , em até 18 meses.
DAPSONA (DDS)	100 mg uma vez ao dia auto- administrada	100 mg uma vez ao dia , auto- administrada
CLOFAZIMINA (CFZ)		300 mg uma vez por mês , supervisionada , num total de 12 doses, em até 18 meses + 100 mg em dias alternados ou 50 mg diários , auto-administrada .
Seguimento de Casos	Comparecimentos mensais para a medicação, supervisionada num total de 06 doses . Revisão dermatoneurológica na 6ª dose.	Comparecimento mensais para a medicação supervisionada , num total de 12 doses. Revisão dermatoneurológica na 6ª e 12ª doses.
Critério de alta por cura	Receberão alta por cura , os pacientes que completaram as 06 doses de poliquimioterapia supervisionada , em até 09 meses , independente do numero de faltas consecutivas .	Receberão alta , por cura , os pacientes que completarem as 12 doses de poliquimioterapia supervisionada , em até 18 meses , independente do numero de faltas consecutivas .

Casos multibacilares que iniciam o tratamento com numerosas lesões ou extensas áreas de infiltração cutânea podem ter um risco maior de desenvolver reações e dano neural após completarem as 12 doses . Esses casos poderão apresentar uma regressão mais lenta das lesões de pele . A maioria desses doentes continuará a melhorar após a conclusão do tratamento com 12 doses .É possível , no entanto , que alguns desses casos não demonstrem qualquer melhora e por isso poderão necessitar de 12 doses adicionais de PQT-MB.

ESQUEMA POLIQUIMIOTERAPIA (PQT / OMS) – 24 DOSES

	MULTIBACILAR
RIFAMPICINA (RFM)	600 mg uma vez por mês , supervisionada , num total de 24 doses , em até 36 meses.
DAPSONA (DDS)	100 mg uma vez ao dia , auto-administrada
CLOFAZIMINA (CFZ)	300 mg uma vez por mês , supervisionada , num total de 24 doses , em ate 36 meses + 100 mg em dias alternados , ou 50 mg diários auto-administrada .
Seguimento dos casos	Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada num total de 24 doses. Revisão dermatoneurológica nas 12ª e 24ª doses.
Critério de alta por cura	Receberão alta por cura , os pacientes que completaram as 24 doses, em até 36 meses , independente do numero de faltas consecutivas .

OBS: Os casos que apresentarem episódios reacionais e ou seqüelas , no momento da alta , por cura , ou após , também deverão sair do registro ativo , desde que satisfaçam os critérios estabelecidos para alta , devendo , no entanto , continuar a receber a atenção requerida .

9.2) Tratamento dos Estados Reacionais

9.2.1) Medidas gerais para tratamento dos estados reacionais

Dar atenção especial aos nervos acometidos e olhos .

Realizar atendimento freqüente do paciente e orienta-lo adequadamente .

Efetuar hospitalização do paciente sempre que houver comprometimento geral do seu estado geral e ou complicação neural.

Só suspender a medicação específica naquelas casos em que o comprometimento geral do paciente assim o recomende.

9.2.2) Reação tipo I ou Reação Reversa

Quando houver comprometimento de nervos , recomenda-se o uso Prednisona na dose diária de 01 a 02 mg/Kg/dia , até a melhora acentuada do quadro reacional , a partir daí a dose deverá ser reduzida , gradual e lentamente . A dose de manutenção deve ser mantida pelo menos por 02 meses .

Para melhora dos demais sintomas , quando não houver comprometimento neural , recomenda-se o uso de outros antiinflamatórios não esteróides nos esquemas usuais .

9.2.3) Reação tipo II ou Eritema Nodoso Hansenótico

Recomenda-se o uso da Talidomida na dose de 100 a 400 mg/dia , conforme avaliação clínica , mantendo a mesma dose até remissão do quadro reacional. Está totalmente **proibido** o uso da Talidomida em mulheres gestante e em idade fértil conforme Portaria n. 354 de 15/08/1997 , publicada no DOU de 18/08/1997, seção I , paginas 17844 a 17847.

Indica-se o uso de corticosteróides , na dose de 01 a 02 mg/Kg/dia de prednisona apenas nas seguintes situações : 1. Comprometimento de troncos nervosos e lesões oculares 2. Mão e pé reacionais .3. lesões infiltradas em trajeto de nervos . 4. Orquite/orquiepididimite .5. outras situações em que a talidomida não possa ser usada .6. eritema nodoso ulcerado. 7. Irite/iridociclite.

Em casos de eritema nodoso severo e subintrante , a OMS recomenda o uso da Clofazimina na dosagem de 300mg/dia , por 30 dias , 200 mg por mais 30 dias , seguidos de 100 mg por mais 30 dias , associada a corticosteroides .

9.3) Esquemas alternativos

Esses esquema deverão ser utilizados nos Centros Colaboradores (de Referencia) que detenham , em seus quadros , dermatologista ou clínico com experiência em hanseníase , bem como técnicas auxiliares para o diagnóstico , acompanhamento e seguimento dos pacientes pós alta , ou em outras Unidades de Saúde , sob orientação dos Centros Colaboradores.

9.4) Esquema ROM

O Ministério da Saúde / ATDS recomenda a adoção do esquema ROM (Rifampicina , minociclina e Ofloxacina) para pacientes paucibacilares com lesão única de pele , sem envolvimento de tronco nervoso. Não é recomendado para gestantes e crianças menores de 5 anos de idade .Os pacientes que fizerem o tratamento com esquema ROM receberão alta por cura , após a tomada da dose única .

Esse esquema deverá ser utilizado nas mesmas condições do item 9.3 .

9.5) Esquema terapêutico em situações especiais

9.5.1) Gestantes

Em que peses a recomendação de se restringir a ingestão de drogas no primeiro trimestre da gravidez , os hansenostáticos (rifampicina , clofazimina e dapsona) devem der usados . Vale ressaltar a ocorrência de surtos reacionais e , as vezes , a eclosão da doença durante a gravidez , exigindo a instituição da terapêutica específica para reações .

9.5.2) Hanseníase e Tuberculose

Instituir tratamento para tuberculose . As drogas para tratamento da hanseníase são complementares . Alertar que a rifampicina deve ser dada na dose requerida no tratamento da tuberculose .

9.5.3) Hanseníase e infectados com HIV ou com AIDS

Esquema padrão / OMS deve ser ministrado como em qualquer outro paciente . A rifampicina , na dose de 600 mg / mês , não interfere na ação de antiretrovirais .

9.6) Para-efeitos das drogas utilizadas

9.6.1) Rifampicina

- **Cutâneos** : rubor de face pescoço , prurido e “rash” cutâneo generalizado.
- **Gastro-intestinais** : diminuição do apetite , náuseas , ocasionalmente vômitos e diarréias , dor abdominal leve . Estes sintomas provavelmente ocorrerão se o medicamento for ingerido em jejum.
- **Hepáticos** : mal-estar , perda do apetite , náuseas , podendo ocorrer também icterícia , São descritos dois tipos de icterícias , leve ou transitória e a grave , com danos hepáticos.
- **Hematopoéticos** : purpuras ou sangramentos anormais , como epistaxe , hemorragias gengivais e uterinas poderão ocorrer , nestes casos encaminhar ao hospital.
- **Anemia hemolítica** : rara – manifesta-se por tremores , febre , náuseas , cefaléia e às vezes choque . Poderá ocorrer icterícia leve .
- **Síndrome Pseudogripal** : rara – ocorre a partir da 2ª ou 4ª dose supervisionada devido a hipersensibilidade quando o medicamento é utilizado em dose intermitente . Manifesta-se por febre , calafrios , astenia, mialgia , cefaléia e ocasionalmente dores ósseas. Pode cursar com eosinofilia , nefrite intersticial, necrose tubular aguda , trombocitopenia , anemia hemolítica e choque .

Obs: A utilização da rifampicina pode incrementar o catabolismo dos contraceptivos orais . Diminuir a vida média das seguintes substâncias : prednisona , quinidina , cetoconazol , propranolol , digitoxina , metropolol, clofibrato, sulfaniluréia . Diminuir a eficácia terapêutica dos anticoagulantes tipo cumarínico. Diminuir a excreção biliar dos meios de contraste para visualização da vesícula biliar .

9.6.2) Clofazimina

- **Cutâneos** : ressecamento de pele , podendo ser grave e evoluir para ictiose . Coloração da pele , urina , suor e secreção respiratória . Regridem muito lentamente com a suspensão do medicamento. A coloração avermelhada da urina não deve ser confundida com hematúria e secreção pulmonar com escarros hemoptóicos . Pigmentação conjuntival não deve ser confundida com icterícia.

- **Gastro-intestinais** : Diminuição da peristalse e dor abdominal podem ocorrer devido ao depósito de cristais de clofazimina nas submucosas e gânglios linfáticos intestinais , resultando na inflamação da porção terminal do intestino delgado . O medicamento deve ser interrompido e reiniciado após regressão completa do quadro clínico . Estes para-efeitos poderão ser encontrados com maior frequência com doses de 300 mg/dia por períodos prolongados superiores a 90 dias .

9. 6.3) Dapsona

- **Cutâneos** : Síndrome de Stevens – Johnson , dermatite esfoliativa ou eritrodermia . Implica na interrupção definitiva do tratamento com dapsona .
- **Hepáticos** : Icterícia . A dapsona deverá ser interrompida e o paciente encaminhado ao hospital.
- **Anemia hemolítica** : este para-efeito não ocorre na dose preconizada (1,5 mg/kg/dia) salvo em indivíduos com deficiência da enzima glicose –6- fofato-desidrogenase (G6PD).
A conduta a ser adotada é a suspensão da dapsona (substituindo pela clofazimina 100 mg / dia) e de outras drogas oxidantes .
- **Metahe moglobinemia** : cianose , dispnéia , taquicardia ,cefaléia , fadiga , desmaios , náuseas , anorexia e vômitos . O medicamento deve ser interrompido e o paciente ser encaminhado imediatamente ao hospital.
- **Neurológicos** : Incluem neuropatia motora periférica e raramente psicoses. No caso de psicose o medicamento deve ser interrompido e o paciente encaminhado ao especialista .
- **Insônia** : desaparece depois de algum tempo .

9.6.4) Talidomida

- **Teratogenicidade** : sonolência , edema unilateral de membros inferiores , obstipação intestinal, secura de mucosas e , mais raramente , linfopenia e neuropatia periférica .

9.6.5) Corticosteróides

- **Distúrbios metabólicos** : redução de sódio e depleção de potássio , aumento das taxas de glicose no sangue , absorção no metabolismo do cálcio , levando osteoporose , síndrome de Cushing.
- **Gastro-intestinais** : gastrite e úlcera péptica .
- **Outras manifestação** : agravamento de infecções latentes , acne cortisonica e psicoses.

9.6.6) Situações em que o esquema terapêutico deveser ser suspenso .

9.6.6.1) Síndrome pseudogripal

Suspender a rifampicina imediatamente e avaliar a gravidade do quadro. Administrar anti-histamínicos , antitérmicos e , quando necessário , corticosteróides (hidrocortisona 500mg/250 ml de soro fisiológico – 30 gotas / minuto EV), mantendo em seguida corticosteróides oral com redução progressiva da dose até a retirada completa . Os casos a que apresentarem comprometimento geral severo , deverão ser hospitalizados , se possível em centros de referência .

9.6.6.2) Náuseas e vômitos incontroláveis

Suspender o tratamento. Submeter o paciente a exames complementares para diagnóstico diferencial com outras causas . Investigar se estes sinais ocorrem após a ingestão da dose supervisionada .

9.6.6.2) Icténcias

O tratamento deverá ser suspenso quando houver alterações das provas de função hepática , com valores superiores a duas vezes os valores normais . Avaliação da história pregressa (alcoolismo , tuberculose, etc) , submeter o paciente a exames complementares para diagnóstico diferencial. Realizar sorologia para hepatite .

9.6.6.3) Distúrbios hematopoéticos

Suspender o tratamento . Encaminhar ao hematologista para avaliação e conduta .

9.6.6.4) Metahemoglobinemia

Leve – observar . Desaparece gradualmente com a suspensão do medicamento.

Severa – Internação hospitalar . Azul de metileno a 1 % (EV) na dose 1mg/Kg . Não ultrapassar a dose de 7mg/Kg . Lavagem gástrica , hemodiálise , diálise peritonial ou exosanguíneo transfusão . Não usar Azul de Metileno nos deficientes de G⁶PD (Glicose –6-fosfato-desidrogenase).

10) Referências Bibliográficas

10.1) Seminário da avaliação das ações de controle de hanseníase realizadas em Minas Gerais no ano 2000. Belo Horizonte , 07 e 08 de junho de 2001 . área técnica de hanseníase , Diretoria da Atenção Básica , Superintendência Operacional de Saúde , Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

10.2) Guia de Controle da Hanseníase , Ministério da Saúde , Fundação Nacional da Saúde , Brasília 1994.

10.3) Portaria N 1.073 / GM de 26 de setembro de 2000, publicada no D. O . U. – 188-E – pagina 18 – Seção 1 de 28 de setembro de 2000.

10.4) Manual de Prevenção de Incapacidades , Ministério da Saúde , Secretaria de Políticas de Saúde , Departamento de Atenção Básica , Brasília – 2001 .

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

1) CLASSIFICAÇÃO * :

A Hipertensão Arterial Sistêmica em indivíduos maiores de 18 anos foi classificada em 3 estágios (leve, moderada e grave), além da Hipertensão Sistólica Isolada. Os níveis normais de pressão arterial também foram subdivididos em PA ótima, normal e normal limítrofe (ou normal-elevada). O quadro abaixo apresenta esta classificação:

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		
CLASSIFICAÇÃO	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
PA ótima	menor que 120	menor que 80
PA normal	menor que 130	menor que 85
PA normal limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão leve (estágio 1)	140-159	90-99
Hipertensão moderada (estágio 2)	160-179	100-109
Hipertensão grave (estágio 3)	180 ou maior	110 ou maior
Hipertensão Sistólica (isolada)	140 ou maior	menor que 90

* indivíduos adultos maiores de 18 anos.

2) DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico de Hipertensão Arterial é definido após a mensuração de níveis anormais de pressão arterial, conforme o quadro acima, em duas ou mais avaliações em visitas distintas.

Os requisitos gerais para uma adequada mensuração da Pressão Arterial são:

- Lugar confortável.
- Paciente sem ingerir cafeína ou fazer uso de cigarro por 30 minutos anteriores à medida.
- Paciente em repouso por pelo menos 5 minutos.
- Braço livre de roupas que exerçam pressão, mão aberta e relaxada.
- Braço apoiado ao nível do coração.
- Manômetro calibrado e de fácil visualização.
- Manguito que cubra 2/3 da circunferência do braço, mantendo-o bem ajustado e não apertado.
- Inflar até 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso e desinflar lentamente.
- Ao ouvir os primeiros ruídos arteriais detecta-se a pressão sistólica e o desaparecimento e/ou abafamento deles caracteriza a pressão arterial diastólica (PAD)
- Desinflar totalmente o manguito após aferição e aguardar pelo menos um a dois minutos para nova medida.
- Medir a PA em decúbito dorsal e ortostatismo em situações especiais tais como idosos, diabéticos e pacientes em uso de antihipertensivos.

- Na primeira consulta a PA deve ser verificada em ambos os braços e, constatando-se níveis elevados, deve-se também verificá-la nos membros inferiores.
- Os esfigmomanômetros usados são o aneróide e de coluna de mercúrio. Os aparelhos aneróides devem ser calibrados periodicamente, sendo que os de mercúrio oferecem maior precisão.

3) EXAMES LABORATORIAIS:

A avaliação laboratorial mínima inicial do paciente hipertenso deve constar dos seguintes exames:

- Exame de Urina para pesquisa de elementos anormais e sedimentoscopia.
- Creatinina
- Potássio sérico
- Glicemia de jejum
- Colesterol total e HDL-colesterol
- Eletrocardiograma

4) ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO:

Objetivando estratificar o risco do paciente hipertenso para definição do prognóstico e no planejamento de estratégias para o tratamento, deve-se verificar a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo (LOA), doença cardiovascular clínica (DCC) e concomitância de Diabetes Mellitus, conforme se expõe a seguir:

FATORES DE RISCO MAIORES:

- Tabagismo
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus
- Idade acima de 60 anos
- Sexo (homens e mulheres na pós-menopausa)
- História familiar de doença cardiovascular (mulheres abaixo de 65 anos de idade e homens abaixo de 55 anos de idade)

LESÃO DE ÓRGÃOS ALVO (LOA) / DOENÇA CARDIOVASCULAR CLÍNICA (DCC):

- Doenças cardíacas: Hipertrofia ventricular esquerda, Angina/Infarto do miocárdio prévio, Revascularização coronariana prévia, Insuficiência cardíaca.
- Acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório
- Nefropatia
- Doença arterial periférica
- Retinopatia

A estratificação do risco e quantificação do prognóstico leva em conta o grau da Hipertensão Arterial, a presença de fatores de risco e de condições clínicas associadas (CCA) incluindo lesões em órgãos-alvo, e representa importante passo na definição da conduta terapêutica. O risco é classificado como BAIXO, MÉDIO, ALTO e MUITO ALTO.

Outros fatores de Risco ou doença	Hipertensão leve (grau 1)	Hipertensão Moderada (grau 2)	Hipertensão grave (grau 3)
Sem outros fatores de risco	RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO
1-2 fatores de risco	RISCO MÉDIO	RISCO MÉDIO	RISCO MUITO ALTO
3 ou mais fatores de risco ou LOA ou Diabetes Mellitus	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO
CCA	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO

5) TRATAMENTO:

ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO:

PA sistólica 140 – 180 ou PA diastólica 90 – 110 mmHg em várias ocasiões (hipertensão de graus 1 e 2, como mostrado)

↓
Avaliar outros fatores de risco, LOA e DCV

↓
Iniciar mudança dos hábitos de vida

↓
Estratificar risco:

A - MUITO ALTO ou ALTO
Começar tratamento medicamentoso

B – MÉDIO

PAS > ou = 140 e PAD > ou = 90, iniciar tratamento medicamentoso

PAS < ou = 140 e PAD < ou = 90, monitorar (reavaliar) a pressão, em 3 ou 6 meses.

C – BAIXO

Monitorar PA e outros fatores de risco em 6 e 12 meses.

PAS > ou = 150 ou PAD > ou = 95, iniciar tratamento;

PAS < 150 ou PAD < 95, continuar monitorando.

5.1) MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS:

- Redução do peso.
- Interrupção do tabagismo.
- Aumento da atividade física aeróbica (30-45 minutos na maioria dos dias da semana).
- Redução da ingestão de gordura saturada e colesterol da dieta.
- Ingestão limitada de álcool não excedendo a 30 ml de etanol por dia (720 ml de cerveja, 300 ml de vinho ou 60 ml de uísque) ou 15 ml de etanol por dia para mulheres e pessoas de baixo peso.
- Redução da ingestão de sódio a não mais do que 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio/dia.
- Ingestão adequada de potássio na dieta (aproximadamente 90 meEq/dia).
- Ingestão adequada de cálcio e magnésio.

5.2) TRATAMENTO FARMACOLÓGICO:

Nos indivíduos maiores de 18 anos e menores de 65 anos, sem co-morbidades, a primeira opção é o beta-bloqueador e/ou hidroclorotiazida e a seguir os inibidores da ECA. O quadro a seguir traz informações que ajudam a particularizar o tratamento de pacientes hipertensos levando-se em conta faixa etária, gravidez, doenças e condições concomitantes:

ABORDAGEM A GRUPOS E SITUAÇÕES ESPECIAIS:

ANÁLISE DO CASO	DROGAS DE ESCOLHA	EVITAR	OBSERVAÇÕES
Idoso	-Antagonistas do canal de cálcio, inibidores da ECA. -Diuréticos, Beta-bloqueadores	-Diuréticos em monoterapia e em doses elevadas. -Inibidores adrenérgicos centrais, alfabloqueadores.	-Iniciar sempre com a metade da dose terapêutica, aumentando lentamente se necessário. -Atentar para sintomas de hipotensão postural.
Hipertensão Arterial Sistólica Isolada do Idoso	- Diuréticos		
Grávida com Hipertensão Crônica	- Alfametildopa (1ª escolha) - Antagonistas do canal de cálcio. - Beta-bloqueadores	- Inibidores da ECA. - Diuréticos	- Referência para serviço de alto risco.
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	- Todos os hipotensores podem ser usados com exceção dos Betabloqueadores	- Betabloqueadores – avaliar uso nos casos de angina e pós - IAM	- Corticosteróides, teofilina e efedrina, podem dificultar o controle de pressão arterial.
Diabéticos tipo I	- Inibidores da ECA.	- Betabloqueadores	- Caso haja proteinúria preferir inibidores da ECA.
Diabéticos tipo II	- Inibidores da ECA.	- Betabloqueadores	- Diuréticos podem piorar a glicemia. Inibidores adrenérgicos e vasodilatadores arteriais podem causar hipotensão postural e agravar disfunção sexual.
Dislipide-	- Inibidores da	- Betabloqueadores	- Betabloqueadores podem

Mias	ECA, antagonistas dos canais de cálcio, alfa-2-agonistas, alfabloqueadores, diuréticos em baixas doses.		aumentar triglicérides e diminuir o HDL. - Reforçar mudanças do estilo de vida.
Doença vascular encefálica	- Inibidores da ECA, antagonistas dos canais de cálcio, diuréticos.	- Clonidina, alfametildopa, guanabenz, minoxidil.	- Redução da PA deve ser lenta e gradual principalmente nos idosos.
Doença vascular arterial periférica	- Antagonistas dos canais de cálcio; vasodilatadores	- Betabloqueadores; inibidores da ECA nos casos de estenose bilateral da artéria renal	- Incentivar caminhadas e o abandono do tabagismo

Depressão	- Inibidores da ECA, antagonistas dos canais de cálcio, diuréticos.	- Alfametildopa, Clonidina, e Betabloqueadores	- Diuréticos podem aumentar os níveis de lítio. Tricíclicos, IMAO e venlafaxina podem alterar a PA.
Obesidade	- Inibidores da ECA, antagonistas dos canais de cálcio	- Betabloqueadores e diuréticos.	- Alertar para uso de anorexígenos com anfetamina e hormônio tireoidiano (podem aumentar a PA)
Cardiopatia isquêmica	- Betabloqueadores (1ª escolha) - Antagonistas dos canais de cálcio.	- Antagonistas dos canais de cálcio de ação rápida. Hipotensores que aumentam a frequência cardíaca	- Uso de AAS em doses baixas, reforçar mudanças do estilo de vida. - Reduzir níveis de PA gradualmente.
Insuficiência cardíaca	- Inibidores da ECA (1ª escolha) - Hidralazina + nitratos		- Alfa e Betabloqueadores carvedilol + ECA são eficazes no tratamento
Insuficiência cardíaca + HAS + angina pectoris	- Inibidores da ECA + anilodipina ou felodipina		
Hipertrofia do ventrículo esquerdo	- todas as drogas podem ser usadas.	- Vasodilatadores diretos	- Tratamento medicamentoso deve ser instituído.
Nefropatias	- Todas as drogas podem ser usadas. Preferir inibidores de ECA nos pacientes com proteinúria, creatinina < 3,0 mg / dl e/ou diabéticos.	- Diuréticos poupadores de potássio.	- Creatinina > 2,5 mg / dl usar diurético de alça - avaliar níveis de Creatinina e K+ após 1 semana do início dos inibidores da ECA.

Fonte: Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial

CARACTERÍSTICAS DOS PRINCIPAIS ANTI-HIPERTENSIVOS:

As drogas em destaque são padronizadas pela SMSA-BH.

Droga	Dose diária (mg)	Efeitos colaterais	Precauções/considerações
Diuréticos tiazídicos			
Hidroclorotiazida (Clorana)	25 a 50	Hipocalemia Hiperuricemia Intolerância a glicose Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.	Podem ser eficazes na insuficiência renal; Sensibilização a toxicidade digital; Pode precipitar gota.
Clortalidona (Higroton)	25 a 100		
Diuréticos de alça			
Furosemida (Lasix)	40 a 120	Hipocalemia Hiperuricemia Intolerância a glicose Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.	Podem ser eficazes na insuficiência renal; Sensibilização a toxicidade digital; Pode precipitar gota.
Diuréticos poupadores de potássio			
Espironolactona (Aldactone)	25 a 100	Hipercalemia; Ginecomastia.	Hipercalemia significativa em pacientes com insuf. renal crônica.
Simpaticolíticos de ação central			
Alfametildopa (Aldomet)	500 a 2000	Sonolência; Xerostomia; Fadiga e impotência sexual.	Pode causar lesão hepática e teste de Coombs direto positivo; Pode causar anemia hemolítica e pode ocorrer hipotensão arterial rebote com suspensão da droga.
Clonidina	0,1 a 1,2		
Guanabenz	8 a 32		
Simpaticolíticos com ação na terminação nervosa			
Guanetidina	10 a 400	Hipotensão ortostática; Diarréia; Impotência sexual; Congestão nasal.	Utilizar com cuidado em idosos por causa da hipotensão ortostática.

Reserpina	0,1 a 0,25	Letargia; Depressão; Impotência sexual; Congestão nasal.	Contra-indicado em pacientes deprimidos.
Bloqueadores beta-adrenérgicos			
Atenolol	25 a 100	Bradicardia; Fadiga; Insônia; Impotência sexual; Hipertrigliceridemia; Redução de HDL/Colesterol.	Não devem ser usados em pacientes com asma, DPOC, ICC (exceto atenolol), BAV de grau II e III, doença do nó sinusal. Utilizar com cuidado: Diabetes Mellitus e doença vascular arterial periférica.
Propranolol	80 a 480	Bradicardia; Fadiga; Insônia; Impotência sexual; Hipertrigliceridemia; Redução de HDL/Colesterol.	Não devem ser usados em pacientes com asma, DPOC, ICC, BAV de grau II e III, doença do nó sinusal. Utilizar com cuidado: Diabetes Mellitus e doença vascular arterial periférica.
Bloqueadores alfa-1 adrenérgicos			
Prazosin	1 a 20	Síncope na primeira dose; Hipotensão ortostática; Palpitação e fraqueza.	Utilizar com cuidado em pacientes idosos devido a hipotensão ortostática.
Vasodilatadores de ação direta			
Hidralazina	50 a 200	Cefaléia, taquicardia, retenção hidrosalina e FAN positivo.	Pode provocar angina em coronariopata, síndrome lúpica em doses superiores a 200mg/dia.
Minoxidil	5 a 60	Hirsutismo.	
Vasodilatadores bloqueadores dos canais de cálcio			
Nifedipina	20 a 180	Cefaléia, hipotensão, tonteira, constipação intestinal, erupção cutânea.	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco.
Diltiazem	120 a 240	Cefaléia, hipotensão, tonteira, constipação intestinal, erupção cutânea.	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco.
Verapamil	240 a 280	Cefaléia, hipotensão, tonteira, constipação intestinal, erupção cutânea.	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco.
Inibidores da enzima conversora da angiotensina			
Captopril	12,5 a 150	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco.	Pode causar insuficiência renal aguda em portadores de estenose bilateral da artéria renal; pode dar neutropenia e proteinúria.
Enalapril	10 a 40	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco.	Pode causar insuficiência renal aguda em portadores de estenose bilateral da artéria renal; pode dar neutropenia e proteinúria.

6) BIBLIOGRAFIA:

- 1- Ministério da Saúde – CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Protocolo – Brasília – 2001.
- 2- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Comitê Científico de Estudos de Utilização de Medicamentos – Boletim de Informação Terapêutica – Farmacologia Cardiovascular I – Hipertensão Arterial Sistêmica - Belo Horizonte – Junho/98.
- 3- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Comitê Científico de Estudos de Utilização de Medicamentos – Boletim de Informação Terapêutica – Farmacologia Cardiovascular II– Hipertensão Arterial Sistêmica – Grupos e Situações Especiais - Belo Horizonte – Janeiro/99.
- 4- Current Medical Diagnosis and Treatment, 2001.

TUBERCULOSE

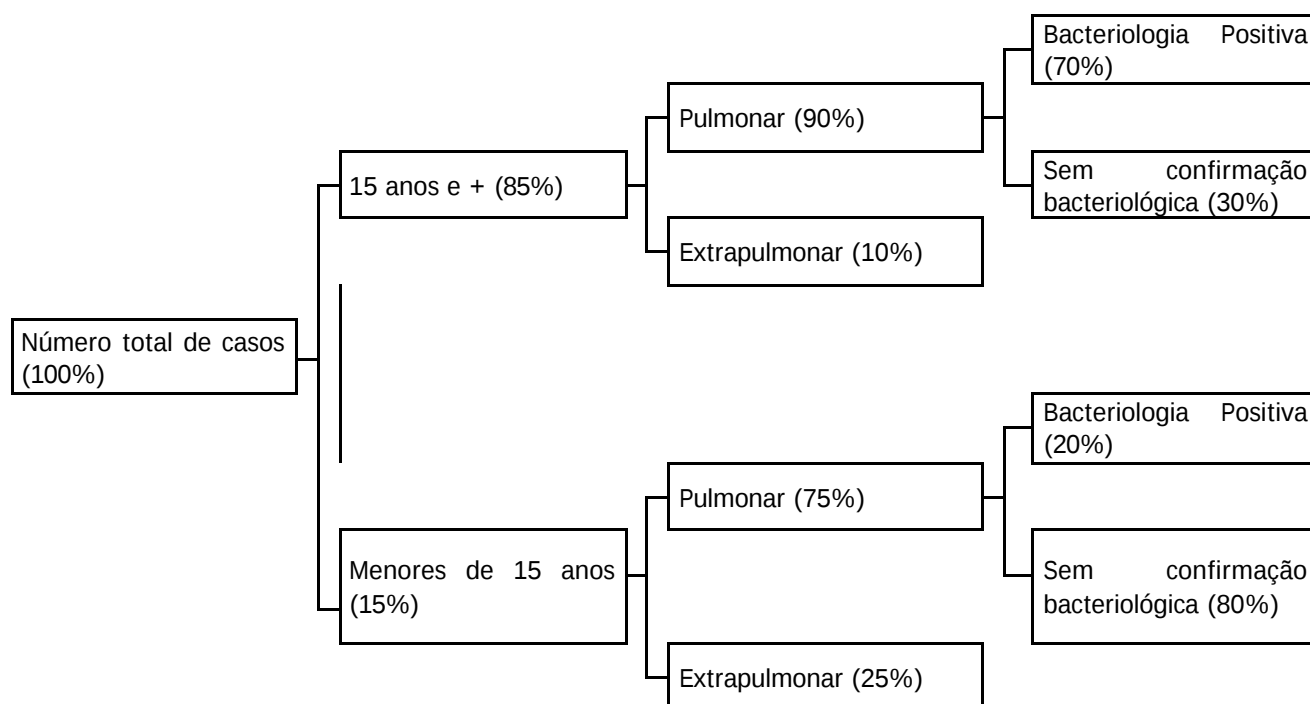
Introdução

A tuberculose é um grande problema de saúde pública mundial, que vem se agravando mesmo nos países onde já se encontrava sob controle, devido a vários fatores, como as mudanças na faixa etária e o empobrecimento de grandes parcelas da população, os crescentes fluxos migratórios, a epidemia de AIDS e a falência dos sistemas de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Acrescente-se a estes fatores, o aumento da resistência às drogas.

O agente etiológico da tuberculose é o *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch), o qual é transmitido através da tosse, espirro, fala ou respiração de um paciente com a forma pulmonar e baciloscopia direta do escarro positiva (mais de 5 mil bacilos por mililitro de escarro). O risco de infecção é maior entre os comunicantes mais próximos do paciente bacilífero (principalmente os do seu domicílio).

Quadro I

Distribuição dos casos esperados de tuberculose, por grupo etário, forma clínica e situação bacteriológica:



Fonte: Plano Nacional de Controle de Tuberculose. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde 2000

A tuberculose é uma doença curável e o Brasil usa o melhor esquema de tratamento existente na atualidade. No entanto, ainda se convive com taxas altas de abandono, cujas causas são a ainda longa duração do tratamento, as dificuldades de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, a sua baixa resolutividade e a fragilidade da relação entre os profissionais de saúde e os pacientes e seus familiares.

Classificação dos pacientes de Tuberculose

Tuberculose pulmonar positiva

- 2 baciloscopias diretas positivas
- 1 baciloscopia direta positiva e cultura positiva
- 1 baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose
- 2 ou mais baciloscopias diretas negativas e cultura positiva

Tuberculose pulmonar negativa

- 2 baciloscopias diretas negativas e imagem radiológica sugestiva e achados clínicos ou outros exames complementares sugestivos.

Tuberculose de outras localizações

- formas agudas disseminadas (meningoencefalite, miliar)
 - formas extrapulmonares
- Diagnóstico baseado nos achados clínicos e em exames complementares sugestivos.

Epidemiologia

As estimativas atuais mostram uma prevalência de 50 milhões de infectados pelo bacilo de Koch no Brasil. Anualmente, surgem 130 mil casos novos de tuberculose, dos quais são notificados cerca de 90.000 ao Ministério da Saúde, havendo cerca de 6 mil óbitos anuais.

Em Belo Horizonte foram notificados 1373 casos novos em 1999, 1751 casos em 2000 e _____ casos em 2001, correspondendo a uma incidência de _____ casos / 100 mil habitantes.

Diagnóstico Clínico

As formas pulmonares são as mais freqüentes, tanto em adultos quanto em crianças (quadro I). Os pacientes bacilíferos (70% dos adultos e 20% dos menores de 15 anos de idade) são os responsáveis pela transmissão da doença. Estes apresentam sintomas em proporção mais elevada e infectam maior número de comunicantes, os quais adoecem com maior freqüência.

Entre os adultos, a tosse e expectoração há 3 semanas ou mais é o sintoma mais freqüente, além de outros sintomas respiratórios como dor torácica, dispnéia e hemoptise, geralmente acompanhados de sintomas gerais como febre vespertina, sudorese noturna, anorexia, emagrecimento e adinamia.

Nas crianças e adolescentes, as manifestações clínicas podem ser variadas, podendo mesmo haver casos totalmente assintomáticos. Os casos bacilíferos são em pequena proporção (Quadro I), tendo-se em vista a fisiopatogenia da doença na infância e adolescência, predominantemente paucibacilar. Some-se a isto a dificuldade em se obter secreções para a baciloscopia do escarro nos indivíduos destas faixas etárias.

Os sintomas mais frequentes são tosse, chieira e dispnéia, ao lado de sintomas gerais, como febre de intensidade moderada, persistente por mais de 15 dias e frequentemente vespertina, anorexia, perda de peso, irritabilidade e sudorese noturna. Alguns casos manifestam-se como pneumonias de evolução arrastada, sem melhora com o tratamento convencional para germes comuns.

O quadro II apresenta um sistema de escore, baseado em similares publicados na literatura nas últimas décadas.

Quadro clínico – radiológico		Contato com adulto tuberculoso	Teste tuberculínico*	Estado nutricional
Febre ou sintomas como: tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese > 2 semanas 15 pts	- Adenomegalia hilar ou padrão miliar - Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado > 2 semanas - Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) > 2 semanas evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns 15 pts	Próximo, nos últimos 2 anos 10 pts	>10 mm em não vacinados com BCG ou vacinados > 2 anos ou >15 mm em vacinados < 2 anos 15 pts	Desnutrição grave ou peso abaixo do percentil 10 SISVAN ** 5 pts
Assintomático ou com sintomas < 2 semanas -	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo < 2 semanas 5 pts	-	5 a 9 mm 5 pts	-
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos - 10pts	Radiografia normal - 5 pts	Ocasional ou negativo 0 pts	< 5 mm 0 pts	Peso igual ou acima do percentil 10 0 pts

Legenda: pts – pontos; Esta interpretação não se aplica a revacinados em BCG; ** SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (MS/1997)

Interpretação:	Maior ou igual a 40 pontos Diagnóstico muito provável	30 a 35 pontos Diagnóstico possível	Igual ou inferior a 25 pontos Diagnóstico pouco provável
-----------------------	--	--	---

Fontes: Stegen G., Jones K., Kaplan P. (1969) *Pediatr* 42:260-3; Tijidani O et al (1986) *Tubercle* 67:269-81; Crofton J et al (1992), Londres. Macmillan p; 29., adaptado por Sant'Anna C. C

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde. 2000

Os casos de tuberculose em crianças e adolescentes devem ser pesquisados, prioritariamente, no grupo de comunicantes de pacientes bacilíferos. Nos Estados Unidos, por exemplo, o controle de comunicantes permite descobrir 50% dos casos.

Entre as formas agudas disseminadas, a tuberculose miliar geralmente tem início súbito e apresenta-se com grande acometimento do estado geral, como toxemia, febre alta, adinamia, anorexia, perda de peso e hepatoesplenomegalia. Na meningoencefalite tuberculosa, há sintomas inespecíficos na 1ª semana de doença (febre, irritação ou adinamia, alterações do humor, anorexia) e, por volta da 2ª semana, surgem os sintomas neurológicos (de hipertensão intracraniana e de comprometimento dos pares cranianos).

As formas miliares têm concomitância com a meningoencefalite em 30% dos casos.

As formas extrapulmonares são geralmente conseqüentes à disseminação linfo-hematogênica ocorrida durante a primoinfecção e aparecem após períodos variáveis de tempo.

Os sintomas e sinais são dependentes da localização da doença e o diagnóstico é feito, na maioria das vezes, por especialistas, através de exames anátomo-patológicos ou outros mais complexos.

Diagnóstico Laboratorial

Baciloscopia direta do escarro

É um método simples, seguro e barato, que diagnostica grande parte dos casos da doença - os pulmonares bacilíferos - responsáveis por sua cadeia de transmissão.

Deve ser solicitada aos pacientes sintomáticos respiratórios (com tosse e expectoração há 3 semanas ou mais), aos comunicantes de bacilíferos e aos portadores de alterações radiológicas pulmonares.

Recomenda-se a coleta de 2 ou 3 amostras, em dias consecutivos.

Cultura para Micobactérias

Deve ser solicitada aos pacientes suspeitos de tuberculose pulmonar, persistentemente negativos ao exame direto do escarro, aos suspeitos de formas extrapulmonares (meningoencefálica, gêrito-urinária, pleural, etc) e aos suspeitos de resistência bacteriana às drogas (neste caso, com teste de sensibilidade).

Exames bioquímicos dos líquidos orgânicos (líquor, líquido pleural, peritonal, etc)

Na meningoencefalite tuberculosa, o líquido é límpido, hipertenso e apresenta aumento da celularidade (raramente acima de 1.000 cel/mm^3) com predomínio de linfócitos, podendo ocorrer aumento de polimorfonucleares apenas na fase inicial. Há aumento das proteínas e diminuição da glicose.

Na tuberculose pleural, o líquido é um exsudato de cor amarelo-citrino, com predomínio de linfócitos e a glicose é normal.

Exames radiológicos

São exames auxiliares no diagnóstico da tuberculose, permitindo a seleção de portadores de imagens sugestivas de tuberculose ou de outras patologias e o acompanhamento da evolução da doença. No entanto, é indispensável submeter os suspeitos ao exame bacteriológico para a confirmação da etiologia, exceto crianças e adolescentes (vide parágrafos anteriores).

Prova Tuberculínia (PPD)

É um método auxiliar e isoladamente, resultado positivo indica apenas infecção ou vacinação prévia e recente com o BCG. Portanto, deve ser analisado em conjunto com os dados epidemiológicos, clínicos, radiológicos e laboratoriais. Deve ser lembrado que algumas situações podem interferir no resultado do PPD, como as doenças e o uso de drogas imunossupressoras, etc...

É indispensável a solicitação do PPD nas crianças comunicantes de pacientes bacilíferos.

Biópsias / Exames histopatológicos

Utilizados principalmente para o diagnóstico das formas extrapulmonares da tuberculose. A lesão típica é o granuloma com necrose caseosa e o achado do bacilo (BAAR) na lesão.

Outros Exames:

Nas formas extrapulmonares, são necessários exames especializados (tomografia computadorizada, ultrassonografia, exame neurológico, oftalmológico, etc) e a concorrência de especialistas.

Outros Métodos Diagnósticos:

Pelo seu alto custo, complexidade e problemas de sensibilidade, especificidade e valores preditivos, só são realizados em serviços de referência, serviços especializados ou em instituições de pesquisa. São exemplos: hemocultura, Bactec, sorologia, marcadores biológicos e técnicas de biologia molecular (PCR e outros).

Tratamento medicamentoso da Tuberculose

A tuberculose é doença curável em quase 100% dos casos, desde que obedecidos os princípios da moderna quimioterapia. A associação medicamentosa adequada, o uso de doses corretas, por tempo suficiente e a supervisão da tomada dos medicamentos são os meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento da resistência às drogas, assegurando a cura do paciente.

O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, já que permite a quebra de sua cadeia de transmissão.

Regimes de Tratamento

O tratamento dos casos bacilíferos deve ser feito em regime ambulatorial, supervisionado, com pelo menos 3 observações semanais da tomada dos medicamentos nos primeiros 2 meses e uma observação por semana até o seu final. A supervisão poderá ser realizada diretamente no Centro de Saúde, no local de trabalho ou na residência do paciente, por meio do agente comunitário de saúde, do visitador sanitário ou de líderes comunitários e responsáveis familiares.

Nas formas pulmonares negativas à baciloscopia e nas extrapulmonares (exceto na meningoencefalite), o tratamento poderá ser supervisionado ou não.

Só serão hospitalizados os seguintes casos:

- ✓ meningoencefalite;
- ✓ indicações cirúrgicas da tuberculose;
- ✓ complicações graves;
- ✓ intolerância medicamentosa incontrolável em ambulatório;
- ✓ intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas graves;
- ✓ grande comprometimento do estado geral;
- ✓ indicação social: pacientes sem residência fixa ou com maior risco de abandono (especialmente se for caso de retratamento ou falência).

Esquemas de Tratamento

Em todos os esquemas, a medicação é de uso diário e deverá ser administrada em uma única tomada. Segundo a situação do caso, os esquemas adotados são:

SITUAÇÃO	ESQUEMA INDICADO
Sem tratamento anterior (VT)	Esquema I
Com tratamento anterior: Recidiva após cura com o Esquema I Retorno após abandono do Esquema I	Esquema IR (Reforçado)
Tuberculose meningoencefálica	Esquema II
Falência dos Esquema I ou IR	Esquema III

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde - fundação Nacional de Saúde 2000

Esquemas, indicações gerais e específicas, dosagens e observações

ESQUEMA I – 2RHZ / 4RH
INDICADO NOS CASOS NOVOS DE TODAS AS FORMAS DE
TUBERCULOSE
PULMONAR E EXTRA PULMONAR

Fases do Tratamento	Drogas	Peso do doente			
		Até 20 kg	Mais de 20 kg e até 35 kg	Mais de 35 kg e até 45 kg	Mais de 45 kg
		mg / kg / dia	mg / dia	mg / dia	mg / dia
1ª fase (2 meses – RHZ)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
2ª fase (4 meses – RH)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde - fundação Nacional de Saúde 2000

Siglas: Rifampicina = R – Isoniazida = H – Pirazinamida = Z - Etambutol = E -
Estreptomicina = S - Etionamida = Et

Observações:

- As drogas deverão ser administradas preferencialmente em jejum, em uma única tomada ou, em caso de intolerância digestiva, junto com uma refeição.
- O tratamento das formas extra pulmonares (exceto a meningoencefálica) terá a duração de seis meses. Em casos individualizados cuja evolução clínica inicial não tenha sido satisfatória, com a colaboração de especialistas das áreas, o tempo de tratamento poderá ser prolongado, na sua 2ª fase, por mais três meses (2RHZ/7RH).
- No tratamento da associação tuberculose e HIV, independente da fase de evolução da infecção viral, o tratamento será de seis meses. As doses dos medicamentos devem obedecer ao Quadro da pág. 27.

ESQUEMA II – 2 RHZ/7RH
INDICADO PARA A FORMA MENINGOENCEFÁLICA DA TUBERCULOSE

Fases Do Tratamento	Drogas	Doses para todas as idades mg/kg/dia	Peso do doente			
			Mais de 20 kg até 35 kg	Mais de 35 kg até 45 kg	Mais de 45 kg	Dose máxima
			mg/dia	mg/dia	mg/dia	
1ª fase (2meses) RHZ	R	10 a 20	300	450	600	600
	H	10 a 20	200	300	400	400
	Z	35	1000	1500	2000	2000
2ª fase (7meses) RH	R	10 a 20	300	450	600	600
	H	10 a 20	200	300	400	400

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde - fundação Nacional de Saúde 2000

Observações:

- a) *Nos casos de concomitância entre tuberculose meningoencefálica e qualquer outra localização, usar o esquema II.*

- b) *Nos casos de tuberculose meningoencefálica em qualquer idade recomenda-se o uso de corticosteróides (prednisona, dexametazona ou outros) por um período de 1 a 4 meses, no início do tratamento.*

- c) *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.*

- d) *A fisioterapia na tuberculose meningoencefálica deverá ser iniciada o mais cedo possível.*

ESQUEMA IR – 2RHZE/4RHE
INDICADO NOS CASOS DE RECIDIVA APÓS CURA OU
RETORNO APÓS ABANDONO DO ESQUEMA 1(ESQUEMA I)

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

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde - fundação Nacional de Saúde 2000

Observações:

- a) *Os casos de recidiva de esquemas alternativos por toxicidade ao esquema I devem ser avaliados para prescrição de Esquema Individualizado.*
- b) *O paciente que apresentar alteração da visão deverá ser encaminhado para uma unidade de referência, com o objetivo de avaliar o uso do etambutol.*

ESQUEMA III – 3SZEet/9EEt
INDICADO NOS CASOS DE FALÊNCIA DE TRATAMENTO
COM ESQUEMA 1 (ESQUEMA I) E ESQUEMA 1 REFORÇADO (ESQUEMA
IR)

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

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde - fundação Nacional de Saúde 2000

Observações:

- a) A estreptomicina deve ser usada por via intramuscular (IM). Em situações especiais, pode ser aplicada por via endovenosa (EV), diluída a 50 ou 100 ml de soro fisiológico correndo por um mínimo de 1/2 hora.*
- b) Em casos especiais com dificuldades de aceitação de droga injetável ou para facilitar seu uso supervisionado na Unidade de Saúde, o regime de uso da estreptomicina pode ser alterado para aplicações de 2ª a 6ª feira por 2 meses e duas vezes semanais por mais 4 meses.*
- c) Em pessoas maiores de 60 anos, a estreptomicina deve ser administrada na dose de 500 mg/dia.*

Os pacientes com co-infecção tuberculose - HIV, deverão ser tratados nos serviços de referência para HIV, de acordo com o quadro abaixo.

QUADRO I: RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA PACIENTES HIV+ COM TUBERCULOSE	
CARACTERÍSTICA DA SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Paciente HIV+ virgem de tratamento para tuberculose com contagem de células T-CD4+ e carga viral não disponíveis.	Tratar a tuberculose durante seis meses, utilizando o Esquema I⁽¹⁾ e aguardar estabilidade clínica para realização de contagem de células T-CD4 e carga viral para avaliação da necessidade de terapia anti-retroviral ⁽²⁾ .
Paciente HIV+ já em acompanhamento clínico anterior, virgem de tratamento para tuberculose e com contagem de células T-CD4+ acima de 500 células/mm ³ .	Tratar a tuberculose durante seis meses, utilizando o Esquema I⁽¹⁾ e não iniciar terapia anti-retroviral ⁽³⁾
Paciente HIV+ já em acompanhamento clínico anterior, virgem de tratamento para tuberculose, com contagem de células T-CD4+ entre 350 e 500 células/mm ³ e carga viral para HIV <100.000 cópias/ml.	Tratar a tuberculose durante seis meses, utilizando o Esquema I⁽¹⁾ e iniciar ou substituir o tratamento anti-retroviral por um dos seguintes esquemas compatíveis com uso concomitante de RMP ⁽⁴⁾ : • 2 ITRN⁽⁵⁾ • ZDV + 3TC + ABC^(6,9) • 2 ITRN + EFZ^(7,9) • 2 ITRN + RTV/SQV⁽⁷⁾
Paciente HIV+ já em tratamento clínico anterior, virgem de tratamento para tuberculose, com contagem de células T-CD4+ entre 350 e 500 células/mm ³ e carga viral para HIV ≥100.000 cópias/ml.	Tratar a tuberculose durante seis meses, utilizando o Esquema I⁽¹⁾ e iniciar ou substituir o tratamento anti-retroviral por um dos seguintes esquemas compatíveis com uso concomitante de RMP ⁽⁴⁾ : • 2 ITRN + EFZ^(7,9) • 2 ITRN + RTV/SQV⁽⁷⁾
Paciente HIV+ virgem de tratamento para tuberculose e com contagem de células T-CD4+ abaixo de 350 células/mm ³	Tratar a tuberculose durante seis meses, utilizando o Esquema I⁽¹⁾ e iniciar ou substituir o tratamento anti-retroviral por um dos seguintes esquemas compatíveis com uso concomitante de RMP ⁽⁴⁾ : • 2 ITRN + EFZ^(7,9) • 2 ITRN + RTV/SQV⁽⁷⁾
Paciente HIV+ com meningoencefalite tuberculosa.	Tratar a tuberculose durante nove meses, utilizando o Esquema II⁽⁸⁾ e iniciar ou substituir a terapia anti-retroviral com esquemas compatíveis com uso concomitante de RMP, a serem escolhidos conforme parâmetros de contagem de células T-CD4+ e carga viral para pacientes HIV+ virgens de tratamento para tuberculose ^(4,6,7,9) .
Paciente HIV+ em situação de retratamento para tuberculose.	Tratar a tuberculose durante seis meses, utilizando o Esquema I Reforçado – IR⁽¹⁰⁾ , e iniciar ou substituir a terapia anti-retroviral com esquemas compatíveis com uso concomitante de RMP, a serem escolhidos conforme parâmetros de contagem de células T-CD4+ e carga viral para pacientes HIV+ virgens de tratamento para tuberculose ^(4,6,7,9,11) .
Paciente HIV + em situação de falha a tratamento anterior para tuberculose.	Tratar a tuberculose durante 12 meses, utilizando o Esquema III⁽¹²⁾ e iniciar ou substituir o tratamento anti-retroviral pelo esquema considerado mais adequado do ponto de vista imunológico e virológico ^(4,6,7,9,11) .
Paciente HIV+ com tuberculose multidroga-resistente.	Encaminhar aos serviços de referência em tuberculose para avaliação de especialista e uso de esquemas especiais.

Siglas:

ZDV = Zidovudina
3TC = Lamivudina
ABC = Abacavir
EFZ = Efavirenz
RTV = Ritonavir

SQV = Saquinavir
ITRN = Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo
ITRNN = Inibidor da Transcriptase Reversa Não-Análogo de Nucleosídeo
IP = Inibidores da Protease

Medidas não farmacológicas

✓ **Fisioterapia**

Na meningoencefalite tuberculosa, a fisioterapia deverá ser iniciada o mais precocemente possível.

✓ **Cirurgia**

As indicações do tratamento cirúrgico da tuberculose são:

- Tuberculose pulmonar multi-resistente;
- Hemoptise não controlada;
- Resíduo tuberculoso sintomático no parênquima pulmonar (colonização cavitária por fungos);
- Resíduo tuberculoso endobrônquico;
- Efeitos adversos graves;
- Múltiplos abandonos do tratamento com tuberculostáticos;
- Diagnóstico diferencial entre tuberculose e câncer de pulmão;
- Sequelas pleurais de tuberculose;
- Empiema pleural tuberculose;
- Tuberculose pericárdica;

Fonte: Kristsky, AL; Conde, M.B; Souza, ERM – Tuberculose do ambulatório à enfermaria. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

Controle do Tratamento

É feito mensalmente com o acompanhamento clínico e a baciloscopia do escarro (nos casos bacilíferos).

Em casos especiais, pode-se utilizar o exame radiológico e outros mais especializados.

Controle Pós-cura

A maioria dos pacientes curados não necessita de controle após o tratamento, devendo-se orientá-los a retornarem ao Centro de Saúde apenas em caso de aparecimento de sintomas.

Alguns casos especiais justificam um ou mais controles após o final do tratamento: portadores de HIV/AIDS e outras imunodeficiências, portadores de seqüelas anatômicas ou funcionais graves e os pacientes que tiveram efeitos adversos graves durante o tratamento, sem comprovação bacteriológica da cura.

Prevenção da Tuberculose

A redução do problema da Tuberculose só é obtida através de um conjunto de medidas:

- ✓ Melhora das condições de vida;
- ✓ Descoberta de casos e tratamento (medida mais eficaz);
- ✓ Vacinação com BCG;
- ✓ Quimioprofilaxia

Melhora das condições de vida

Mesmo antes do início da quimioterapia, a tuberculose já apresentava uma tendência decrescente nos países desenvolvidos, com uma redução anual de cerca de 5% na mortalidade e na incidência, o que certamente foi consequência da melhora das condições de vida nestes locais. Ao contrário, o problema tornava-se mais grave nos países onde aconteciam guerras.

Vacinação com BCG

Os estudos mais recentes têm demonstrado que a vacina BCG tem uma eficácia média de 50% contra todas as formas de tuberculose e de cerca de 78% contra as formas disseminadas e pulmonares, estimando-se a duração da proteção em 10 anos.

No Brasil, utiliza-se a cepa Moreau-RJ, bastante imunogênica e com pouco potencial de causar efeitos colaterais. A via de aplicação padronizada é a intradérmica, na dose de 0,1ml, aplicada na inserção inferior do deltóide (braço direito).

A primovacinação deve ser feita ao nascer e, em Minas Gerais, aplica-se a 2ª dose (revacinação) aos 10 anos de idade, sem PPD prévio.

Quimioprofilaxia

É o tratamento dos infectados pelo bacilo da tuberculose, com o objetivo de impedir o seu adoecimento (Quimioprofilaxia Secundária) e o tratamento dos recém-nascidos cohabitantes de casos de tuberculose bacilífera, para também impedir o adoecimento, caso ocorra o contágio (Quimioprofilaxia Primária). A droga utilizada no Brasil é a Isoniazida, na dose de 10mg/Kg/dia (máximo de 300mg/dia). A duração do tratamento é de 3 ou 6 meses na Quimioprofilaxia Primária e de 6 meses na Quimioprofilaxia Secundária.

Quimioprofilaxia Primária

Indicação

Recém nascidos cohabitantes de bacilíferos.

Esquema

Isoniazida (3 meses) → PPD

- ✓ Reator → manter a Isoniazida por mais 3 meses
- ✓ Não reator → suspender a Isoniazida e vacinar com BCG

Quimioprofilaxia Secundária

Indicação

1. Menores de 15 anos;
 - ✓ Sem sinais de tuberculose ativa;
 - ✓ Comunicantes de bacilíferos;
 - ✓ Sem BCG e PPD $\geq 10\text{mm}$
 - ✓ Com BCG e PPD $\geq 15\text{mm}$

Observação

PPD não reator e contágio recente: repetir entre 40 e 60 dias.

- ✓ Se não reator → BCG
- ✓ Se reator → Quimioprofilaxia Secundária

2. Viragem tuberculínica recente (até 12 meses) de, no mínimo, 10mm.
3. População indígena
 - ✓ Comunicantes de bacilífero
 - ✓ **PPD reator forte**
 - ✓ Independente da idade e do estado vacinal
 - ✓ Sem sinais de tuberculose ativa
4. Imunodeprimidos (por doenças ou uso de drogas)
 - ✓ Comunicantes de bacilíferos
 - ✓ Sob criteriosa decisão médica
5. Reatores fortes ao PPD, sem tuberculose ativa, mas com condição clínicas de alto risco
 - ✓ Alcoolismo
 - ✓ Diabetes insulino-dependente
 - ✓ Silicose
 - ✓ Nefropatias graves
 - ✓ Sarcoidose
 - ✓ Linfomas
 - ✓ Uso prolongado de corticosteróides e imunossupressores
 - ✓ Portadores de imagens radiológicas compatíveis com tuberculose inativa, sem quimioterapia anterior
6. Co-infectados HIV e M.tuberculosis (PPD $\geq$ 5mm)

Quadro III - Quimioprofilaxia para tuberculose em pacientes HIV+	
INDICAÇÕES ^{(1) (2)}	Indivíduo sem sinais ou sintomas sugestivos de tuberculose: A. Com radiografia de tórax normal e: 1) reação ao PPD maior ou igual a 5 mm⁽³⁾; 2) contatos intra-domiciliares ou institucionais de tuberculose bacilífera, ou 3) PPD não reator ou com enduração entre 0-4 mm, com registro documental de ter sido reator ao teste tuberculínico e não submetido à tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião. B. Com radiografia de tórax anormal: presença de cicatriz radiológica de TB sem tratamento anterior (afastada possibilidade de TB ativa através de exames de escarro e radiografias anteriores), independentemente do resultado do teste tuberculínico (PPD).
ESQUEMA ⁽⁴⁾	Isoniazida , VO, 5-10 mg/kg/dia (dose máxima: 300mg/dia) por seis meses consecutivos.

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde - fundação Nacional de Saúde 2000

Atividades desenvolvidas pelos Centros de Saúde no controle da tuberculose

1. Procura de casos de tuberculose

Deve ser feita através de busca ativa na população que frequenta o serviço e através da visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde. Devem ser priorizados os grupos com maior probabilidade de apresentar tuberculose:

- ✓ Sintomáticos respiratórios (indivíduos com tosse e expectoração há 3 semanas ou mais)
- ✓ Comunicantes de casos de tuberculose (principalmente dos bacilíferos)
- ✓ Infectados pelo HIV
- ✓ Pessoas com doenças ou condições sociais que predisponham à tuberculose (residentes em comunidades fechadas, usuários de álcool e outras drogas, mendigos, profissionais de saúde, etc)
- ✓ Imunodeprimidos (por doenças ou uso de medicamentos)
- ✓ Indivíduos com alterações radiológicas pulmonares

2. Realização de exames

- ✓ Baciloscopia direta do escarro
- ✓ PPD

3. Encaminhamentos

- ✓ Para a realização de exames mais complexos
- ✓ Para avaliação por especialistas

4. Tratamento e controle dos casos de tuberculose

5. Vacinação e revacinação com BCG

6. Quimioprofilaxia

7. Fornecimento de dados para o Sistema de Informação

O Sistema de Informação no Programa de Controle da Tuberculose

1. Notificação dos casos de tuberculose – Ficha do SINAN (Anexo I)

Além dos casos novos devem ser notificados também os reingressos após abandono, as recidivas e os casos transferidos para outros Centros de Saúde.

2. Acompanhamento dos casos de tuberculose – Ficha de Acompanhamento (em discussão no momento) (Anexo II)

As informações referentes às baciloscopias de controle, outros exames realizados, número de comunicantes examinados, a situação durante o tratamento e no seu encerramento, bem como a data do encerramento, deverão ser enviadas mensalmente ao nível competente.

3. Livro de Registro e Controle de Tratamento dos casos de tuberculose (Anexo III)

É um instrumento de informação oficial do Programa, de onde são retiradas as informações para a elaboração de boletins mensais, trimestrais e anuais e os consolidados. Os Centros de Saúde deverão mantê-lo atualizado.

4. Livro de Registro de Baciloscopia e de Cultura para Diagnóstico e Controle da Tuberculose (Anexo IV)

Os laboratórios integrados ou vinculados a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública devem ter um sistema de registro interno que permita: (1) fornecer o resultado do exame ao solicitante; (2) registrar e avaliar o trabalho diário realizado e (3) fornecer informações indispensáveis para o programa de controle da tuberculose e para a rede de laboratórios.

Este livro de registro de baciloscopia e de cultura deverá ser utilizado por toda a unidade de saúde que realizar somente baciloscopia (mas que poderá enviar material clínico para a cultura) e laboratórios que realizarem, tanto a baciloscopia quanto a cultura, para diagnóstico e controle da tuberculose. Esta proposta pretende adequar e uniformizar as informações obtidas no laboratório, para melhor utilização dos dados produzidos no programa de controle da tuberculose. As informações contidas aqui são confidenciais e devem ser cuidadosamente protegidas contra danos e extravios. Dos dados deste livro, será feito um consolidado mensal que informará ao coordenador de tuberculose da unidade de saúde, ou na falta deste, ao coordenador municipal ou estadual, os números de pacientes sintomáticos respiratórios examinados que forem positivos e/ou negativos à baciloscopia ou à cultura. Além disso, será feita uma listagem nominal dos pacientes positivos, utilizando o "Informe mensal do laboratório ao programa" para que seja comparada com Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose das unidades de saúde que solicitarem os exames. Estes dados poderão ser armazenados no programa de computação intitulado SILTB (Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose) e distribuído gratuitamente pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga* da Fundação Nacional de Saúde.

5. Anexos

6. Anexo I

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual			2 Data da Notificação
	3 Município de Notificação			Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código
Dados do Caso	5 Agravado TUBERCULOSE			Código (CID10) A169
	6 Data do Diagnóstico			7 Data de Nascimento
	8 Nome do Paciente			9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos
	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado			11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
Dados de Residência	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6-Não se aplica 9-Ignorado			13 Número do Cartão SUS
	14 Nome da mãe			15 Logradouro (rua, avenida,...)
	16 Código			17 Número
	18 Complemento (apto., casa, ...)			19 UF
	20 Ponto de Referência			21 Município de Residência
	22 Código (IBGE)			23 Bairro
	24 Código (IBGE)			25 CEP
Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	26 Nº do Prontuário			27 Ramo de Atividade Econômica
	28 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência			
Dados Clínicos	29 Raio X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado			30 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado
	31 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar			32 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Genito Urinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningite 8 - Outras 9 - Não Se Aplica
	33 Agravos Associados 1 - Aids 2 - Alcoolismo 3 - Diabetes 4 - Doença Mental 5 - Outros 9 - Ignorado			
Dados do Laboratório	34 Baciloscopia de Escarro 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada			35 Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada
	36 Cultura de Escarro 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Em Andamento 4 - Não Realizada			37 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Em Andamento 4 - Não Realizada
	38 HIV 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado			39 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado
Tratamento	40 Data de Início do Tratamento Atual			41 Drogas 1 - Sim 2 - Não
	42 Tratamento Supervisionado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			43 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Investigador	44 Município/Unidade de Saúde			45
	46 Nome			47 Função
			48 Assinatura	

Tuberculose

Cenepi 27/09/00

Anexo II - Em discussão no momento.

Anexo III

Unidade de Saúde: _____ UF: _____

REGISTRO DE PACIENTES E CONTROLE DE TRATAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE

Mês de _____ Ano _____

[illegible]

Anexo IV

LIVRO DE REGISTRO DE BACILOSCOPIA E DE CULTURA PARA DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE

[illegible]

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde – Plano Nacional de Controle da Tuberculose – Normas Técnicas, Estrutura e Operacionalização. Brasília, DF, 2000.
2. Colditz, GA; Berkey, CS; Mosteller, F; Brewer, TF; Wilson, ME; Burdick, E; Fineberg, HV. The efficacy of Bacillus Calmette-Guérin Vaccination of newborns and infants in the prevention of tuberculosis: Meta-analyses of the published literature. *Pediatrics*. 1995; 96: 29-35
3. Bedran, MBM; Reis, FJC; Oliveira, MGR. Tuberculose. In: Tonelli, E; Freire, LMS (ed) *Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência*. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2000:516-536
4. Sant’Anna, CC. Aspectos atuais da tuberculose em crianças e em adolescentes. *Correios da SBP*. Ano 8 – Jan/Fev/Março/2002.
5. Kritski, AL; Conde, MB; Souza, GRM. *Tuberculose – Do ambulatório à enfermaria*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

Procedimentos de Assistência ao Paciente com Tuberculose

A. ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE

PRIMEIRA CONSULTA: Competência do médico ou enfermeiro

- 1- Fazer anamnese e exame físico(o paciente deve ser pesado em todos os atendimentos).
- 2- Esclarecer o diagnóstico para o paciente.
- 3- Avaliar o tipo de tratamento ideal (autoadministrado ou supervisionado)
- 4- Prescrever os medicamentos.
- 5- Orientar sobre:
 - Transmissão da doença
 - Tratamento e alta
 - Controle de comunicantes
 - Agenda de retornos
 - Solicitação dos exames necessários para a próxima consulta
 - Solicitação de exames dos comunicantes
- 6- Preencher ficha de notificação.
- 7- Anotar no livro preto.
- 8- Encaminhar o paciente para a pós consulta.

PÓS CONSULTA: Competência do enfermeiro ou auxiliar de enfermagem.

- 1- Checar a compreensão do paciente sobre a doença..
- 2- Esclarecer as dúvidas.
- 3- Dispensar os medicamentos, orientando como tomá-los.
- 4- Agendar o próximo retorno.
- 5- Agendar consulta para os comunicantes, podendo entregar pedido de Rx de tórax(feito pelo médico ou enfermeiro), BAAR e PPD, se necessário.
- 6- Orientar as mulheres em idade fértil sobre a interferência da Rifampicina na eficácia de anticoncepcionais orais. Avaliar a necessidade de reforçar outros métodos anticoncepcionais.
- 7- Orientar quanto à coloração avermelhada da urina(pela Rifampicina)
- 8- Orientar o paciente a procurar o Centro de Saúde em caso de outros efeitos colaterais dos medicamentos, antes de suspendê-los.
- 9- Sugere-se marcar um primeiro retorno em 15 dias, para a avaliação do tratamento, com enfermeiro ou assistente social.

Obs.: As orientações devem ser feitas de acordo com a especificidade de cada categoria profissional, garantindo a contemplação de todos os itens.

SEGUNDA CONSULTA: Competência do médico

- 1- Rever o tipo de tratamento indicado.
- 2- Avaliar adesão ao tratamento
- 3- Reavaliação clínica.(incluído o peso)
- 4- Interpretar resultados de BAAR e outros exames.
- 5- Pesquisar se os comunicantes foram avaliados.
- 6- Preencher a Ficha de Acompanhamento e Alta dos casos de tuberculose.
- 7- Prescrever medicamentos e solicitar os exames necessários para próxima consulta.
- 8- Agendar retorno.
- 9- Anotar no livro preto

A 3ª, 4ª e 5ª consultas poderão ser realizadas pelo enfermeiro, caso não haja nenhuma intercorrência, seguindo-se o esquema de tratamento inicialmente adotado.

- Preencher a Ficha de Acompanhamento e Alta dos casos de tuberculose.
- Anotar no livro preto

SEXTA CONSULTA: Competência do médico

- 1- Avaliação clínica, laboratorial e radiológica para alta.
- 2- Preencher a Ficha de Acompanhamento e Alta dos casos de tuberculose.
- 3- Checar avaliação dos comunicantes.
- 4- Orientações de alta.
- 5- Anotar no livro preto.

Observações:

- Solicitar BAAR mensal dos casos positivos ao diagnóstico.
- Oferecer teste anti-HIV para todos os pacientes, com orientação pré e pós-teste. Se positivo, encaminhar para o CTR/DIP.
- Nos casos de tuberculose extra-pulmonar que envolvam outros especialistas, solicitar relatório mensal ou bimestral dos mesmos.
- O arquivo rotativo deverá ser verificado diariamente, para a identificação de possíveis faltosos e busca ativa dos mesmos.

Os impressos preenchidos de notificação e a Ficha de Acompanhamento e Alta de casos de tuberculose deverão ser encaminhados semanalmente à epidemiologia dos distritos.

- É importante a constante avaliação da adesão do paciente ao tratamento para evitar o abandono.

B. NORMATIZAÇÃO PARA COLHEITA DE ESCARRO PARA DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE

O exame direto de escarro ao microscópio é o método mais seguro e rápido para o diagnóstico de tuberculose pulmonar, pois permite ver o bacilo(Baar) causador da doença e, com isto, identificar os casos bacilíferos, que são os que transmissores da mesma, permitindo seu tratamento imediato e quebrando a cadeia de transmissão. O Baar é usado também no controle do tratamento, para mostrar se a doença está evoluindo bem ou não.

A- Indicações do exame de escarro(Baar):

- 1- Todas as pessoas que procurarem o Centro de Saúde por qualquer motivo e que apresentarem tosse com escarro por 3 semanas ou mais. Neste caso, podem ser pedidas 2 ou 3 amostras em 2 ou 3 dias seguidos, a critério médico.
- 2- Todos os pacientes em tratamento de tuberculose pulmonar: 1 amostra mensal, enquanto houver escarro.
- 3- Todos os comunicantes adultos de casos de tuberculose, que apresentarem tosse. O nº de amostras é idêntico ao 1º item.

B- Como deve ser o recipiente para colheita de escarro.

Deve ser descartável, de boca larga, de material plástico transparente (padronizado), permitindo ver a quantidade de escarro sem destampar. Os potes não devem ser identificados na tampa, para que ao destampar não se troquem as amostras dos pacientes. Escrever num esparadrapo ou fita crepe:

- O nome do paciente.
- Se o exame para diagnóstico ou controle.
- Se é comunicante.

C- Como se deve colher o escarro.

Pela manhã , logo após acordar, pois há escarro em maior quantidade(acumulado à noite).O paciente deve lavar a boca com água, para retirar algum resto de alimento que estiver em sua boca, respirar fundo, tossir e escarrar dentro do pote.

Não é necessário jejum e pode ser colhido, em condições especiais, a qualquer hora do dia. Em alguns casos, quando houver dificuldades para fazer a colheita acima citada, sugerimos solicitar ao paciente que faça uma corrida, em local possível, próximo da Unidade de Saúde, para promover a expectoração e viabilizar a colheita, que deve ser feita após a corrida.

Obs.: O paciente pode levar as 2 ou 3 amostras de escarro do 2º ou 3º dia ao laboratório, de uma única vez, pois o material guardado na geladeira por 2 ou 3 dias não sofre alteração na sua população bacilífera.

D- Destino do pote com escarro no laboratório.

- 1- Receber o pote com o nome do paciente legível.
- 2- Registrar o nome do paciente, o número de sua lâmina e a data da colheita, no livro próprio(livro branco) para a baciloscopia, especificando se é para diagnóstico, controle de tratamento ou comunicante.
- 3- Comprovar se o material colhido é escarro mesmo ou se é outro material(saliva, etc.).

C. REFERÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE PARA O C.S. OSWALDO CRUZ

As consultas de Tisiologia a serem atendidas no Centro de Saúde Oswaldo Cruz deverão ser marcadas pelos telefones 3277-8880 e/ou 3277-8881 e encaminhadas com o impresso próprio de Referência/Contra Referência, preenchido em 2 vias.

Casos a serem referenciados:

- ✓ Casos de multidroga-resistência.
- ✓ Casos crônicos.
- ✓ Casos de intolerância/toxidade de difícil controle.
- ✓ Casos de comorbidades que interfiram no tratamento com os tuberculostáticos, se o médico achar necessário.
- ✓ Casos de difícil esclarecimento diagnóstico.
- ✓ Casos onde o médico tem dúvidas na condução.
- ✓ Casos de falência de tratamento.

D. TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE

1) INDICAÇÕES

- Pacientes com história de abandono anterior.
- Pacientes que moram sozinhos ou na rua .
- Pacientes com dificuldades de compreensão do tratamento.
- Deficientes físicos ou mentais.
- Paciente com risco de abandono do tratamento.
- Alcóolatas

2) ADMINISTRAÇÃO DO TRATAMENTO

2.1) Nos 2 primeiros meses

- Observar a tomada do medicamento diária ou pelo menos 3 vezes por semana, no Centro de Saúde ou no domicílio e anotar.
- Anotar no impresso “ Ficha de Controle do Tratamento Supervisionado da Tuberculose”.
- Solicitar baar mensal dos casos inicialmente positivos.
- Agendar a consulta médica de controle mensal.

2.2) Nos meses subsequentes

- Observar a tomada do medicamento 3 vezes por semana ou pelo menos 1 vez por semana, no Centro de Saúde ou no domicílio e anotar.
- Anotar no impresso “ Ficha de Controle do Tratamento Supervisionado da Tuberculose”.
- Fornecer o medicamento para os outros dias da semana.

3) ACOMPANHAMENTO MÉDICO MENSAL

Por serem casos especiais, os pacientes deverão ter acompanhamento médico mensal.

Observações:

- É importante que o acompanhamento dos pacientes em tratamento supervisionado seja feito por uma equipe multiprofissional.
- Para estes pacientes, podem ser fornecidos vale refeição e vale-transporte, como incentivo para a adesão ao tratamento.
- A supervisão da tomada do medicamento poderá ser feita pelo ACS, Aux. de Enfermagem, Enfermeiro, Médico ou “Padrinho” (pessoa da comunidade ou família).
- O supervisor do tratamento deverá prestar conta, de preferência semanalmente, à equipe responsável pelo paciente.
- Os medicamentos serão entregues ao supervisor do tratamento, que fará a prestação de contas no impresso próprio (Ficha de Controle do Tratamento Supervisionado)

E. FICHA DE CONTROLE DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO DE
TUBERCULOSE

Nome: _____

Endereço: _____

Prontuário: _____

Data do início do tratamento: ____/____/____ Data provável de alta: ____/____/____

MEDICAÇÃO PRESCRITA		
MEDICAMENTO	QUANTIDADE	UNIDADE
Rifampicina 300 + Isoniazida 200		Capsulas / dia
Rifampicina 150 + Isoniazida 100		Capsulas / dia
Pirazinamida 500 mg		Comprimidos / dia
Etambutol 400 mg		Comprimidos / dia
Etionamida 250 mg		Comprimidos / dia
Estreptomicina 1 g		Frasco ampola - IM / dia
Isoniazida 100 mg		Comprimidos / dia

MÊS:						
DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO

Observações: _____

Assinatura do Responsável

F. ORIENTAÇÕES SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DE VALES-ALIMENTAÇÃO E VALES-TRANSPORTE PARA PACIENTES EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

Os vales alimentação e transporte são uma ajuda de custo aos pacientes em tratamento de tuberculose, que estejam com dificuldades de adesão por problemas financeiros. Têm como objetivo diminuir o abandono, o que deve ficar claro para estes pacientes.

1) SOLICITAÇÃO DOS VALES

Deverá ser feita por escrito, acompanhada de um pequeno relatório com as condições sócio-econômicas do paciente, a data do início do tratamento e a data provável da alta. O gerente do Centro de Saúde deverá assinar.

2) PRESTAÇÃO DE CONTAS

O paciente deverá assinar no impresso próprio, com data e número do documento de identidade, ou CPF, ou número do prontuário, com a anotação da quantidade de vales fornecidos.

O gerente do Centro de Saúde deverá assinar no local indicado.

Obs.: Não pode conter rasuras.

3) ENCAMINHAMENTO DAS SOLICITAÇÕES DE VALES E DAS PRESTAÇÕES DE CONTA

Serão encaminhados à Atenção à Saúde dos Distritos Sanitários e, destes para a Coordenação do Programa de Controle de Tuberculose da SMSA.

ASSISTÊNCIA INTEGRAL
ÀS PRÁTICAS NÃO ALOPÁTICAS
PROTÓCOLOS & ROTINAS

Homeopatia, Acupuntura, Medicina Antroposófica

Este programa existe na Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) desde 1994. Nestes 8 anos de existência passou de 10 médicos (8 homeopatas e 2 antroposóficos) atendendo 1 ou 2 vezes por semana, resultando em 604 consultas em 1994, para 21 médicos (15 homeopatas, 2 acupunturistas, 4 antroposóficos) atendendo em sua maioria os 5 dias da semana, atingindo-se 14.994 consultas em 2001, o que demonstra sua aceitação pela população.

A inserção do Programa de Práticas Médicas Não-Alopáticas no BH – Vida Se dará na forma da montagem de, no mínimo, uma equipe de apoio às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) por cada Distrito Sanitário. Sendo esta equipe de apoio constituída por, no mínimo, um Médico Homeopata, um Médico Acupunturista e um Médico Antroposófico. A equipe trabalhará em uma Unidade Sanitária como já vem acontecendo desde o início do programa.

Além da equipe mínima por Distrito, os médicos que trabalham em outras Unidades Sanitárias continuarão com seu atendimento.

Homeopatia

1. caracterização

É um tratamento médico que estimula a força vital do paciente para o restabelecimento da sua saúde através de um medicamento preparado de um modo específico (dinamização), selecionado pelo princípio da semelhança com os sintomas representativos da enfermidade. Para isto avalia o paciente em sua totalidade, pesquisando sintomas particulares, gerais e mentais.

2. população alvo

Pessoas que desejam se tratar pela Homeopatia, do recém-nascido ao idoso.

3. equipe responsável

O médico homeopata, auxiliares de enfermagem, enfermeiros da Unidade Sanitária.

4. captação da clientela

Demanda espontânea por Homeopatia, pacientes encaminhados por outros pacientes e pacientes encaminhados por profissionais de saúde. Dentro da proposta do PSF/BH-Vida, atendimento dos pacientes encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família.

5. agendamento

As primeiras consultas são agendadas por acolhimento específico ou conforme a rotina própria da Unidade Sanitária. Os retornos são agendados conforme solicitação do médico e procura do paciente.

6. calendário mínimo de atendimento

O paciente em tratamento retornará conforme o médico julgar necessário para avaliar a evolução do caso (devendo o paciente ser acompanhado com regularidade, com a frequência das consultas sendo ditada por cada caso individualmente) e conforme a necessidade do paciente (urgências).

7. cadastro e arquivo

Os dados das consultas devem ficar registrados nos prontuários. Conforme item "9.1", estas informações são essenciais à prática da Homeopatia e do adequado registro e arquivamento dos dados obtidos depende a continuidade do atendimento ao usuário.

Dados específicos para levantamento epidemiológico são registrados em folha própria nomeada "movimento diário de consultas individuais", a qual é entregue na secretaria da Unidade Sanitária.

8. controle de faltosos

O tratamento pelas práticas médicas não-alopáticas depende essencialmente do desejo do paciente de se submeter a ele. A cada consulta, o paciente é orientado quanto ao período em que deve retornar.

9. procedimentos técnicos

9.1. consulta clínica individual

Anamnese homeopática

A anamnese é de fundamental importância para a prática da Homeopatia. Pelo conhecimento minucioso das modalidades dos sintomas do enfermo (do momento e do passado), pela observação cuidadosa do seu modo de ser e de sentir, seus sintomas gerais e sonhos, e o registro escrito destas informações, é que o trabalho do médico homeopata se inicia e do qual depende seu êxito. Nesta etapa, recomenda-se ao médico homeopata observação atenta, registro fiel do caso, ausência de preconceitos sobre o caso, sentidos perfeitos.

Exame físico

Feito rotineiramente, é dirigido pelas informações da anamnese.

Repertorização

A seguir se procede ao estudo do caso, revisando os sintomas, hierarquizando-os e pesquisando-os em livros específicos (repertórios) com o fim de selecionar o medicamento homeopático a ser prescrito, quando este for necessário.

Prescrição Homeopática

Sendo necessário ao caso, o médico prescreve (em uma via se o paciente tiver que comprar o medicamento e em duas vias se for fornecido pela PBH) e orienta o paciente sobre como obter o medicamento, como utilizá-lo, quando será o retorno e como fará para marcá-lo, além de dar outras orientações necessárias à evolução do tratamento.

9.2. Assistência Farmacêutica

Autorização da Receita

Quando há fornecimento de medicamentos por farmácia da rede privada conveniada com a PBH, o paciente passa no local destinado da Unidade Sanitária em que foi atendido a fim de carimbar e etiquetar sua receita e receber o endereço da farmácia onde a mesma será aviada.

Acupuntura

1. caracterização

É um dos métodos terapêuticos que fazem parte da Medicina Chinesa. Aborda o paciente em sua totalidade, avaliando sua relação com ele mesmo e com seu meio ambiente. Através do estímulo de pontos específicos do corpo com agulhas, o médico promove a liberação de substâncias do próprio organismo, a fim restabelecer o equilíbrio e a harmonia de indivíduo como um todo, melhorando ou curando os sintomas estabelecidos e/ou evitando a instalação de doenças.

2. população-alvo

Pessoas que desejam se tratar pela Acupuntura, do recém-nascido ao idoso.

3. equipe responsável

O médico acupunturista, auxiliares de enfermagem e enfermeiros da Unidade Sanitária.

4. captação da clientela

Demanda espontânea pela Acupuntura, pacientes encaminhados por outros pacientes e pacientes encaminhados por profissionais de saúde. Dentro da proposta do PSF/BH-Vida, atendimento dos pacientes encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família.

5. agendamento

As primeiras consultas são agendadas por acolhimento específico. Os retornos (sessões) são agendados com intervalos determinados pelo médico.

6. calendário mínimo de atendimento

O paciente em tratamento retornará conforme orientação do médico sobre a frequência das sessões (em geral semanais ou quinzenais).

7. cadastro e arquivo

Os dados da consulta devem ficar registrados nos prontuários. Conforme item "9.1", estas informações são essenciais à prática da Acupuntura e do adequado registro e arquivamento dos dados obtidos depende o acompanhamento ao usuário.

Dados específicos para levantamento epidemiológico são registrados em folha própria nomeada "movimento diário de consultas individuais", a qual é entregue na secretaria da Unidade Sanitária.

8. controle de faltosos

A cada consulta o paciente é orientado quanto ao período em que deve retornar (em geral as sessões são semanais ou quinzenais). O paciente é avisado que ao faltar a duas sessões consecutivas sem justificativa, terá seu horário preenchido por outro paciente. O que poderá ser revertido conforme justificativa, dando seguimento ao acompanhamento.

9. procedimentos técnicos

9.1. consulta clínica individual

É feita uma anamnese médica com perguntas específicas e exame físico visando o diagnóstico clínico dentro do ponto de vista da medicina chinesa. Depois o médico aplica agulhas em pontos específicos do corpo, que são prescritos de acordo com o diagnóstico realizado. Durante a sessão as agulhas permanecem no corpo entre 20 e 30 minutos, quando então são retiradas. A seguir é agendado o retorno.

Medicina Antroposófica

1. caracterização

Ela é uma ampliação da medicina comum. Nela, o ser humano é compreendido em corpo, alma e espírito. Na Medicina Antroposófica, o indivíduo é reconhecido como único, com um jeito próprio de ser e de se colocar no mundo, que o torna diferente de todas as outras pessoas.

Então a Medicina Antroposófica leva em conta não só as queixas físicas e emocionais mas também o modo que as pessoas têm, individualmente, de se colocarem diante do mundo e da vida, nas suas relações com os outros, etc.

2. população-alvo

Pessoas que desejam se tratar pela Medicina Antroposófica, do recém-nascido ao idoso.

3. equipe responsável

O médico antroposófico, auxiliares de enfermagem, enfermeiros do Centro de Saúde.

4. captação da clientela

Demanda espontânea, pacientes encaminhados por outros pacientes e pacientes encaminhados por profissionais de saúde. Dentro da proposta do PSF/BH-Vida, atendimento dos pacientes encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família.

5. agendamento

As primeiras consultas são agendadas por acolhimento específico. Os retornos são agendados conforme solicitação do médico e procura do paciente.

6. calendário mínimo de atendimento

O paciente em tratamento retornará conforme o médico julgar necessário para avaliar a evolução do caso (devendo o paciente ser acompanhado com regularidade, com a frequência das consultas sendo ditada por cada caso individualmente) e conforme a necessidade do paciente (urgências).

7. cadastro e arquivo

Os dados da consulta devem ficar registrados nos prontuários. Conforme item "9.1", estas informações são essenciais à prática da Medicina Antroposófica e do adequado registro e arquivamento dos dados obtidos depende a continuidade do atendimento ao usuário. Dados específicos para levantamento epidemiológico são registrados em folha própria nomeada "movimento diário de consultas individuais", a qual é entregue na secretaria da Unidade Sanitária.

8. controle de faltosos

O tratamento pelas práticas médicas não-alopáticas depende essencialmente do desejo do paciente de se submeter a ele. A cada consulta, o paciente é orientado quanto ao período em que deve retornar.

9. procedimentos técnicos

9.1. Consulta clínica individual

É geralmente uma consulta longa, porque além das queixas do paciente, interessam várias outras coisas, tais como seus hábitos, o seu modo de vida, a sua postura diante do mundo e das dificuldades, a sua maneira de ser (o seu temperamento), os acontecimentos importantes do seu passado, a sua história de vida.

A prescrição médica tem caráter curativo, porém principalmente preventivo em várias situações de vida do paciente nas quais ele deverá lidar com mudanças de vida, adaptações, perdas afetivas, etc. Faz-se inclusive puericultura de acordo com a visão antroposófica.

Além de medicamentos dinamizados, são usados também chás, cremes e óleos.

ASSISTÊNCIA INTEGRAL

À SAÚDE DA MULHER

PROTÓCOLOS & ROTINAS

PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER
SMSA - SUS/BH
2002

Introdução

O serviço de Atenção Integral à Saúde da Mulher da SMSA tem se empenhado na reorganização da assistência sob os princípios da integralidade e universalidade. Dentro desta ótica tem-se buscado com as equipes, uma postura acolhedora diante das necessidades de saúde das mulheres que procuram os serviços, assim como estão sendo definidos protocolos que visam ampliar a capacidade de responder a demanda espontânea e controlar os agravos de saúde individual e coletiva, em todas as fases da vida da mulher, da adolescência ao climatério. As ações educativas devem permear todas as atividades, possibilitando não só um maior diálogo entre o profissional de saúde e a mulher, como também favorecendo maior conhecimento e discussão sobre preservação da saúde e integridade do corpo, resgatando o direito à vida e a cidadania

A assistência integral à saúde da mulher passa pela construção de uma nova forma de trabalhar em saúde, exigindo envolvimento e capacitação de toda a equipe profissional, num trabalho multidisciplinar. A garantia de disponibilização de todo aparato técnico, insumos e medicamentos essenciais é fundamental para o sucesso do programa.

O presente documento tem como objetivo nortear o trabalho dos profissionais, através de informações sobre serviços, fluxos e protocolos para desenvolvimento das ações referentes à saúde da mulher. Inicialmente estão contidos protocolos e rotinas de atendimento em pré natal, planejamento familiar e infertilidade, propedêutica do colo uterino, mastologia e climatério, que são resultado de discussões com as equipes profissionais distritais e locais e pretendem se constituir em referência para a assistência na rede municipal. Pretendemos um caráter dinâmico de atualização e expansão que permitam a inserção de protocolos para outras atividades, tão logo elas estejam devidamente discutidas e sistematizadas, como é o caso do atendimento às mulheres em situação de violência, cirurgia ginecológica, adolescentes, assistência em DST/AIDS, etc.

ENCAMINHAMENTOS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

- Especialidades ginecológicas disponíveis pela Central de Marcação de Consultas:

Mastologia
Propedêutica do colo uterino
Infertilidade
Sexologia
Ginecologia infanto pueril
Climatério
Pré natal de alto risco
Ultra sonografia

- **Encaminhamentos diretos:**

DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis)- Policlínica Centro Sul – Rua Carijós, 528 – 7º andar. Tel: 201-6700 ramal 217

CTR/DIP (Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e parasitárias)- Alameda Álvaro celso, 241. Tel- 277-4341

OUTROS SERVIÇOS DE APOIO À MULHER:

Benvinda (Centro de Apoio à Mulher nas áreas jurídica, social, psicológica e racial) – Rua Araguari, 1012, Santo Agostinho – Tel: 3277-8687

Delegacia Especializada de Crimes contra a Mulher- Rua Tenente Brito Melo, 353.
Tel- 330-1746

Coordenadoria e Conselho Municipal de Direitos da Mulher- Rua Paraíba, 29, Santa Efigênia – Tel: 3277-9758 - Fax: 3277-9754
Tel- 277-4346

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

NORMAS TÉCNICAS ESTÃO DISPONÍVEIS NO MANUAL TÉCNICO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE “ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL”, DE 2000, QUE FOI DISTRIBUÍDO PARA TODOS OS CENTROS DE SAÚDE

- Agenda aberta à qualquer hora, para atendimento pré-natal por médico ou enfermeiro treinado, ou para atividades em grupo, ampliando-se as possibilidades de recepção e ingresso da gestante no pré natal.
- Solicitação de teste gravidez ou pedido dos exames de rotina no momento do agendamento.
- Cadastramento da gestante no SIS PRÉ NATAL com anotação do número também no cartão de gestante
- Atendimento de pré-natal com consultas intercaladas, entre o enfermeiro e o obstetra que trabalhem em equipe.
- Estratégia de retornos marcados para dia preferencial de pré-natal favorecendo as atividades em grupo prévias à consulta (sala de espera).
- Garantia de agendamento da revisão pós-parto, quando a paciente trará informações sobre o parto e será introduzida em outros grupos (planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento, atenção ao desnutrido...).
- Preenchimento obrigatório do Cartão de Pré-natal, visando garantir a qualidade das informações à respeito do atendimento à gestante.
- Referenciamento das gestações de risco para atendimento em níveis de maior complexidade.
- Encaminhamento das gestantes para o parto em maternidades de referência distrital, através do formulário de referência e contra referência fornecido no centro de saúde.
- Integração com o projeto de prevenção e combate à desnutrição (alimentação alternativa, distribuição de farinha enriquecida) para gestantes e nutrízes

ROTINA DE ATENDIMENTO À GESTANTE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE - PBH

✓ Cartão de pré-natal e prontuário devem ser de uso obrigatório.

✓ Cadastramento no SIS PRÉ NATAL

✓ Calendário de consultas:

1- Primeira consulta: o mais precoce possível, podendo ser realizada pelo médico ou enfermeiro.

2-Consultas subsequentes:

a) A segunda consulta deverá ser realizada preferencialmente pelo médico para avaliação dos resultados dos exames complementares.

b) As Consultas deverão ser mensais até a 32a. semana e quinzenais até a 40a. semana, intercaladas entre o obstetra e o enfermeiro treinado. Após a 40a. semana, retorno semanal com avaliação do bem estar fetal após a 41ª semana.

3- Vinculação da gestante à maternidade de referência (o nome da unidade de saúde e da maternidade de referência deverão estar escritos no cartão de pré natal)

4-Avaliação pós-parto com registro da consulta de puerpério no SIS PRÉ NATAL e inserção da cliente no programa de planejamento familiar

✓ Exames laboratoriais de rotina:

- Primeira consulta
 - eritrograma
 - grupo sanguíneo e fator Rh
 - glicemia de jejum (vide protocolo para rastreamento de diabetes gestacional abaixo)
 - VDRL
 - sorologia IgG, IgM para toxoplasmose
 - EUR e urocultura
 - HbsAg
 - Teste de HIV/AIDS oferecido para todas as gestantes
- Em torno da 24a. a 28a. semana:
 - Glicemia 2hs após 75g de dextrosol, para rastreamento de diabetes gestacional (vide fluxograma abaixo)
 - Repetir VDRL
 - Repetir IgM para toxoplasmose se anteriormente IgG negativo.

✓ Profilaxia do Tétano: Será feita com a aplicação da vacina dupla (contra tétano e difteria) ou na sua falta, com a vacina anti tetânica, no seguinte esquema:

- . 1a. dose: apartir do 4o. mes de gestação
- . 2a. dose: 60 dias após a 1a. (mínimo 30 dias após).
- . 3a. dose: 60 dias após a 2a. (mínimo 30 dias após).

Observações: . Se a gestante já tiver recebido esquema incompleto, completar com as doses restantes.

. Se completamente imunizada anteriormente: até 5 anos - imune.

> 5 anos - reforço com 1 dose

✓ Prescrição de Sulfato ferroso profilático a partir da 20a semana de gestação
(300 mg, 1 dg/dia)

✓ Para as gestantes Rh negativas:

- Coombs indireto na primeira consulta e mensalmente a partir da 24a. semana.
- Referenciar para nível de maior complexidade a gestante com teste de coombs indireto positivo.

✓ Avaliação ultrassonográfica:

- Solicitada pelo obstetra de acordo com critérios de indicação:
 - . alteração da medida de fundo uterino em relação ao esperado: suspeita de crescimento intra uterino retardado (CIUR), gravidez múltipla, polidrâmnio,
 - . mau passado obstétrico: abortamentos habituais, fetos mal formados, etc.,
 - . quando necessário precisar a idade gestacional,
 - . nos casos à serem referenciados para pré natal de maior complexidade
 - . outras indicações à critério médico.

OBS- As indicações de ecografia poderão ser ampliadas de acordo com disponibilidade do serviço.

- Marcação do exame: por telefone em serviço de ultrassom no nível secundário.

Critérios e pré requisitos para encaminhamento para pré natal de alto risco

NORMAS TÉCNICAS ESTÃO DISPONÍVEIS NO MANUAL TÉCNICO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE “GESTAÇÃO DE ALTO RISCO” , DE 2000, QUE FOI DISTRIBUÍDO PARA TODOS OS CENTROS DE SAÚDE

O pedido de vagas na central de marcação de consultas deverá ser feito preenchendo-se adequadamente o formulário de Referência e Contra Referência e respeitando-se os seguintes critérios:

- Hipertensão arterial crônica com pressão arterial $>$ ou $=$ 150/100 mmHg
- Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG/Pré eclâmpsia)
- Cardiopatias
- Nefropatias
- Doenças do colágeno (Lupus Eritematoso Sistêmico, Artrite Reumatóide, etc)
- Diabetes Melitus (prévia ou gestacional)
- Doenças tireoidianas (hiper ou hipotireoidismo)
- Pneumopatias
- Anemias graves (ou hemoglobinopatias)
- Epilepsia não controlada
- Ameaça de parto prematuro ou com perdas gestacionais de repetição (3 ou mais)
- Câncer

Devem estar acompanhados de exame de ultra som:

- Gestação múltipla (3 fetos ou mais)
- polidrâmnios
- oligohidrâmnios
- crescimento intra uterino retardado (CIUR)
- anomalias uterinas (útero bicornio, septado)
- placenta prévia total
- mal formação fetal

Devem estar acompanhados de teste de Coombs indireto positivo:

- Isoimunização feto-materna (Doença hemolítica perinatal ou eritoblastose fetal)

Devem estar acompanhados de exame laboratorial específico positivo:

- Infecções (Toxoplasmose, sífilis com tratamento não penicilínico ou complicada, HIV/Aids)

Outras indicações de encaminhamentos deverão ser acompanhadas de minucioso relatório médico e resultados de exames que as justifiquem. O encaminhamento deve ser o mais precoce possível.

MODIFICAÇÃO NO PROTOCOLO DE RASTREAMENTO DE DIABETES GESTACIONAL

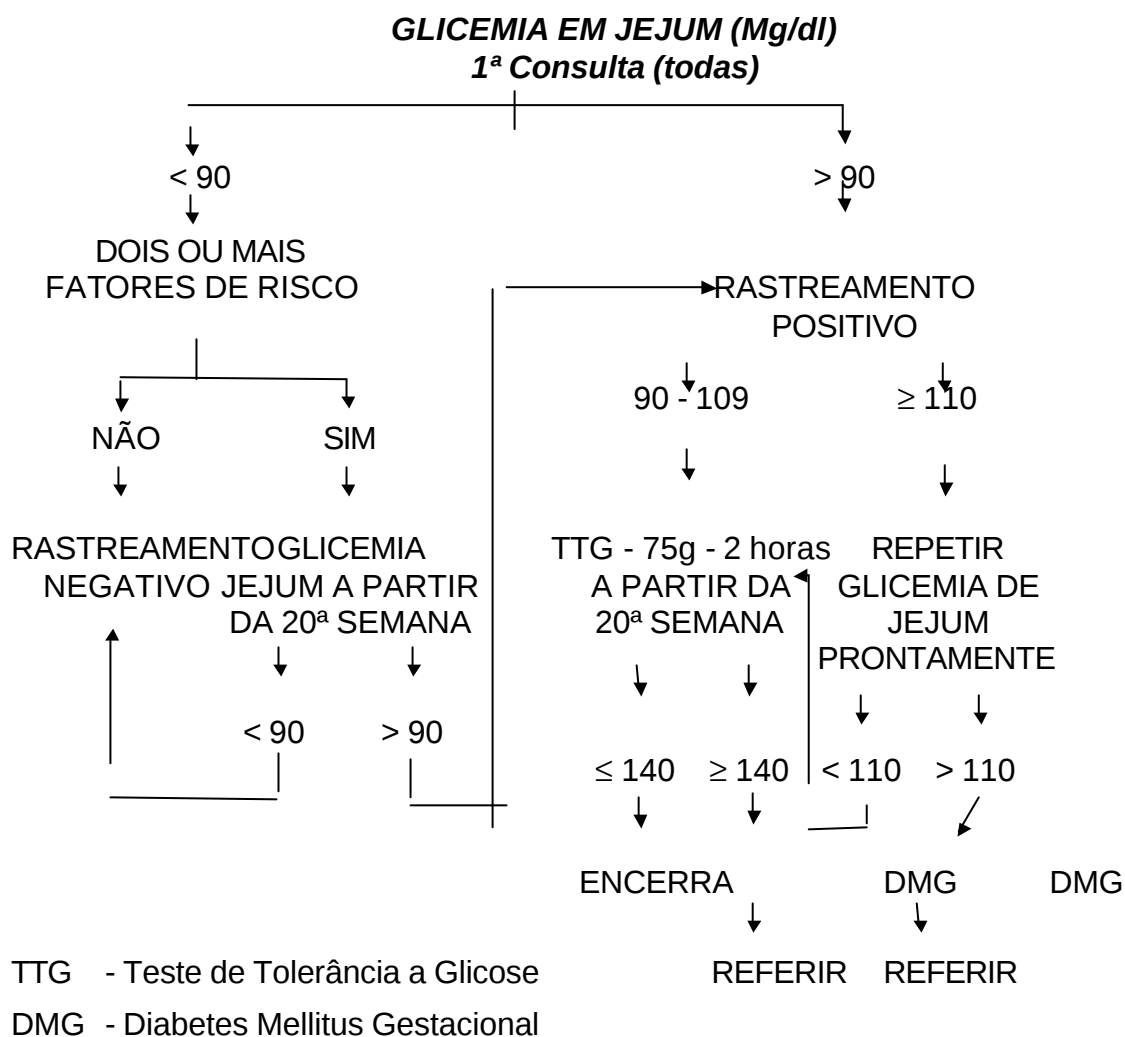
O protocolo para rastreamento do diabetes durante o pré natal está sendo modificado. De acordo com estudos mais recentes e com normas técnicas do Ministério da Saúde/1999, não mais será realizado o teste de Sullivan com 50 gramas de dextrosol. A nova rotina é a seguinte:

- Glicemia de jejum na primeira consulta
- Glicemia de Jejum < 90 mg/dl, considerar rastreamento negativo ou repetir após 20 semanas se houver fator de risco para diabetes (vide abaixo)
- Glicemia de Jejum entre 90 Mg/dl e 110 Mg/dl, solicitar dosagem de glicose 2 horas após 75 g de dextrosol (não haverá mais disponibilidade de 50 nem 100 gramas) após 20 semanas de gravidez. O resultado deste teste considerado para diagnóstico de diabetes gestacional é de 140 mg/dl
- Glicemia de Jejum superior a 110 Mg/dl, solicitar imediatamente a dosagem de glicose 2 horas após 75 g de dextrosol. Se for menor que 140 mg/dl, repetir após 20 semanas. Se for maior, considerar diabetes.
- Caso a glicemia de jejum tenha dado resultado superior a 140 Mg/dl,a, considerar Diabetes Mellitus.

Fatores de Risco para Diabetes Mellitus Gestacional

É o tipo que aparece na gravidez, sobretudo se a mulher:

- tem mais de 25 anos;
- tem parentes próximos com Diabetes;
- teve filhos pesando mais de 4 kg ao nascer;
- teve abortos ou natimortos;
- teve filhos com malformação fetal;
- é obesa ou tenha aumentado muito de peso durante a gestação;
- teve polidrâmnio, DHEG;



Consulta de enfermagem:

- a. Entrevista da gestante:
 - Preenchimento dos dados da ficha e cartão e SIS PRÉ NATAL.
 - Investigação e registro das alterações.
- b. Exame físico:
 - Avaliação do peso e do estado nutricional da gestante.
 - Determinação de sinais vitais.
 - Avaliação das mamas direcionada ao aleitamento materno.
 - Medida da altura uterina.
 - Ausculta do BCF.
 - Toque vaginal quando necessário para diagnosticar trabalho de parto.
- c. Solicitação dos exames laboratoriais de rotina padronizados (teste de gravidez, exame de urina rotina e urocultura com antibiograma, eritrograma, glicemia de jejum e pós dextrosol, grupo sanguíneo e fator RH, IgM e IgG para toxoplasmose, VDRL, pesquisa de HbsAg, anti HIV)

- d. Diagnóstico (análise e interpretação das informações):
 - Cálculo da idade gestacional.
 - Avaliação do estado nutricional materno.
 - Acompanhamento do ganho de peso e crescimento uterino.
 - Avaliação de situações de risco materno-fetais.
- e. Ações complementares:
 - Orientações.
 - Prescrição de Sulfato Ferroso profilático.
 - Referenciamento para atendimento de maior complexidade (nível secundário ou terciário).
 - Referenciamento para imunizações.
 - Referenciamento para práticas educativas coletivas.
 - Referenciamento para programa de suplementação alimentar.
 - Referenciamento para atendimento odontológico.
 - Agendamento das consultas subsequentes.

Consulta médica:

- Consulta padrão para pré-natal, ressaltando-se:
 - . preenchimento dos dados no prontuário e cartão e SIS PRÉ NATAL;
 - . realização de teste de Schiller; coleta de material cérvico-uterino quando indicado;
 - . toque vaginal na primeira consulta e quando necessário.
- . Solicitação de sorologia para rubéola restrita aos casos sintomáticos e/ou história de contato.
- . Solicitação de ultra som, se necessário de acordo com protocolo

ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

NORMAS TÉCNICAS ESTÃO DISPONÍVEIS NO MANUAL TÉCNICO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE “MANUAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR”., DE 1996, QUE FOI DISTRIBUÍDO PARA TODOS OS CENTROS DE SAÚDE

Proposta de acesso: Inscrição aberta à qualquer hora, para o “Grupo de Planejamento Familiar”, com periodicidade semanal, quinzenal ou mensal, dependendo da avaliação da demanda e da capacidade operacional de cada unidade de saúde. Cada usuário deverá participar de uma destas reuniões, na qual terá acesso à informação e discussão que possibilite uma escolha mais acertada e consciente acerca do método contraceptivo. A reunião será coordenada por um profissional da equipe de planejamento familiar, devidamente capacitado (enfermeiro, médico, assistente social)

Apartir da reunião o usuário será cadastrado no programa para acesso gratuito ao método escolhido, ressaltando-se:

- todas as mulheres deverão passar por uma consulta ginecológica anual
- anti concepcionais hormonais necessitam de prescrição médica
- condons podem ser disponibilizados por qualquer profissional da equipe de planejamento familiar
- garantir agendamento automático das pacientes a partir do pré natal, onde será realizada também a revisão pós parto.

Garantia de acesso gratuito aos métodos contraceptivos: Todo usuário inscrito no programa terá acesso ao método escolhido, através da distribuição regular dos mesmos pelas farmácias distritais aos Centros de Saúde, que ficam responsáveis pela programação. São disponibilizados todos os métodos aceitos pelo Ministério da Saúde.

Métodos disponíveis: Obs: As orientações técnicas à respeito de todos os métodos estão disponíveis no manual “Assistência ao Planejamento Familiar” -MS/96, existente em todas as unidades e que deve estar acessível para consulta dos profissionais.

Reversíveis:

- **Naturais:** As usuárias recebem orientações sobre os métodos naturais (tabela, muco cervical, coito interrompido, temperatura basal) durante a reunião do grupo de planejamento familiar.
- **Metodos de barreira :**
 - *Condon:* deve ser orientado seu uso correto e a distribuídos deverá ser de acordo com a demanda do casal, numa média de 8 unidades por mês.
 - *Diafragma:* é realizada a medida para escolha do tamanho adequada por profissional capacitado, podendo ser utilizados os anéis medidores. A usuária recebe orientações de como utilizá-lo e deve ter liberdade para retornar à unidade para maiores esclarecimentos, até que se sinta adaptada ao método. Bem conservado, apresenta durabilidade média entre 3 e 5 anos e deve sempre ser utilizado com o espermicida.
- **Metodos Hormonais:**
 - *Pílulas anticoncepcionais:* Priorizar sempre a utilização das baixas dosagens, reservando-se as pílulas de maior dose para os casos de exceção, diagnosticados pelo ginecologista. Deverá ser prescrita pelo médico, com renovação da prescrição a cada período de um ano. As minipílulas são indicadas para as nutrízes.

- *Injetáveis*: Atualmente temos disponível o Acetofenido dihidroxiprogesterona 150 mg + Enantato de estradiol 10mg (mensal) e o Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg (trimestral)

Algumas orientações que norteiam a indicação do anticoncepcional injetável:

- priorizar os casos com presumível uso inadequado das formulações orais (distúrbios mentais e de comportamento, meninas com trajetória de rua, inadequação em tentativas anteriores do uso de contraceptivos orais)
- devem ser desestimulados ou utilizados com precaução em adolescentes com menos de dois anos da menarca
- *Pílula do dia seguinte*: O Ministério da Saúde ainda não fez a distribuição da formulação própria. Enquanto isto, utilizar as formulações orais disponíveis, de acordo com indicações e doses constantes no Manual de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde
- Dispositivos intra uterinos (DIU): O modelo que está sendo utilizado é o T de cobre 380 que deverá ser inserido pelo ginecologista e tem prazo de validade de 10 anos.

Irreversíveis : Cir. de contracepção (Ligadura de trompas (STB) e Vasectomia)

Realizada de acordo com a lei federal (vide abaixo), com as seguintes prioridades:

- . pacientes com patologias que contra-indiquem ou ponham em risco nova gravidez
- . idade acima de 30 anos
- . multiparidade (mais de 3 filhos)

Todo interessado em submeter-se à cirurgia através do SUS/BH deverá se inscrever em um Centro de Saúde que tenha Programa de Planejamento Familiar → acesso à informação e métodos reversíveis → se mantida a opção, equipe de Planejamento Familiar avalia → prioriza casos de acordo com critérios da SMSA → preenche formulário “Solicitação de Contracepção Cirúrgica” → profissional da equipe de PF de nível superior assina, gerente assina, ginecologista assina ou médico da ESF, preenche Laudo para Emissão de AIH(STB) ou formulário de referência e contra referência (vasectomia), solicita pré operatório conforme rotina pré estabelecida → prazo de 60 dias (lei): casal deverá se utilizar de um método reversível provisório → C.S. solicita vaga pela Central de Internação (para STB) ou para a Central de Marcação de Consulta (para vasectomia)

Obs: 1- Para vasectomia não é necessária consulta médica prévia nem pré operatório, conforme orientação dos urologistas. Por se tratar de cirurgia ambulatorial, não deve ser preenchido Laudo para Emissão de AIH, devendo-se fazer o encaminhamento através do formulário “Referência e Contra Referência”

LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

LEI N. 9263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

- I- em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.
- II- risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos

Parágrafo 1º- É condição para que se realize a esterilização, o registro da expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade da sua reversão e opções de contracepção reversíveis

Parágrafo 2º- É vedada a esterilização cirúrgica em mulheres durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesareanas sucessivas anteriores

Parágrafo 3º- Não será considerada a manifestação da vontade, na forma do parágrafo 1, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente

Parágrafo 4º- A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através de histerectomia ou ooforectomia

Parágrafo 5- Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges

Parágrafo 6- A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei

Art. 11- Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde

Art. 14 – Parágrafo único – Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis

Art. 15- Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei:

Pena- reclusão de dois a oito anos e multa se a prática não constitui crime mais grave

Parágrafo único- A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

- I- durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do Art. 10 desta Lei;
- II- com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente
- III- através de histerectomia ou ooforectomia
- IV- em pessoa absolutamente incapaz sem autorização judicial
- V- através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização

INFERTILIDADE

A assistência está organizada de forma hierarquizada nos três níveis de atenção: primário, secundário (PAMs) e terciário (Hospital das Clínicas da UFMG).

- O acesso do casal se dá através das unidades básicas de saúde onde são realizados procedimentos diagnósticos e terapêuticos básicos, a saber:

- . História clínica do casal
- . Exame físico completo da mulher
- . Citologia oncológica
- . Hemograma, VHS, VDRL, glicemia de jejum e urina rotina
- . Espermograma do parceiro
- . Na suspeita de anovulação crônica: Prolactina, TSH, T4 livre, Curva de temperatura basal e ultrassonografia (se necessário)
- . Pedido de histerossalpingografia (à ser realizado no PAM), para pacientes com indicação para tal.
- . Pedido de Teste pós-coito (realizado no PAM), para pacientes com indicação p/ tal.
- . Indução básica de ovulação, nos casos indicados.

O referenciamento dos casos que necessitam de atenção em níveis mais complexos é feito das unidades básicas para o PAM Sagrada Família e Centro Sul, através do agendamento de consulta pela Central de Marcação, e do PAM Sagrada Família para o Hospital das Clínicas, se necessário. O casal deverá comparecer ao PAM na data e horário marcados portando relatório médico (formulário de Referência e Contra-Referência e toda propedêutica básica citada acima). Os serviços secundário e terciário estão realizando:

- . Consulta médica (ginecológica e urológica), psicológica e com assistente social
- . Teste pós-coito
- . Pesquisa de clamídia, neisseria, micoplasma e ureaplasma
- . Histerossalpingografia
- . Rastreamento ecográfico de ovulação
- . Prescrição de indutores de ovulação
- . Histeroscopia (HCL)
- . Videolaparoscopia (HCL)
- . Avaliação de função gonadal
- . Reprodução assistida (inseminações e fertilizações assistidas)

O referenciamento para o urologista/andrologista do PAM Sagrada Família deverá ser feito de acordo com os seguintes critérios:

- . espermograma anormal
- . doença urológica já suspeitada ou estabelecida
- . candidatos à reversão de vasectomia

ASSISTÊNCIA EM **PATOLOGIA DO COLO UTERINO**

Na unidade básica:

- exame clínico-ginecológico
- teste de Schiller
- coleta de material para citologia oncológica (se normal, repetir de 3 em 3 anos)

Critérios de Encaminhamento: - citologia alterada

- Presença de HPV
- Schiller positivo e grandes ectopias
- Pólipos

As pacientes deverão ser encaminhadas ao nível secundário com o formulário de Referência e Contra-referência, explicitando o motivo e contendo história, exame clínico e resultado da citologia, além de exames prévios realizados. A consulta será agendada através da Central de Marcação.

No nível secundário:

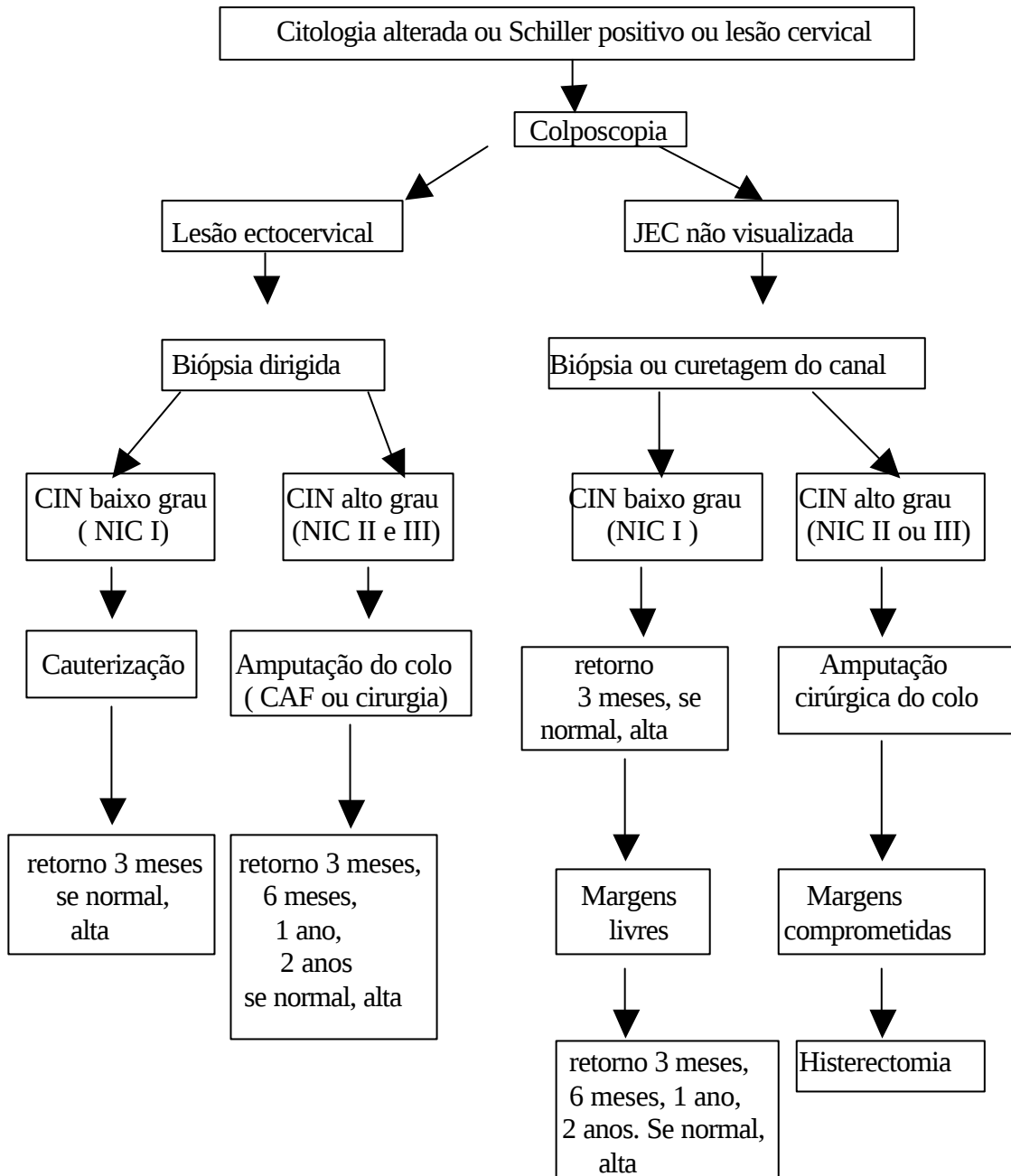
- colposcopia
- biópsia dirigida
- cirurgia de alta frequência- CAF- (em algumas unidades secundárias)

Quando as pacientes forem reencaminhadas à unidade de origem, deverá ser preenchido o formulário de Referência e Contra-referência explicitando exames e tratamentos que tenham sido realizados e orientações cabíveis ao acompanhamento do caso.

No nível terciário:

- amputação cirúrgica de colo
- cirurgias maiores

FLUXOGRAMA PARA PROPEDEÚTICA DO COLO UTERINO
SMSA - SUS/ BH



ASSISTÊNCIA EM MASTOLOGIA

I - Ações da Unidade Básica:

- 1) Estímulo ao auto-exame de mamas
- 2) Exame clínico das mamas como parte integrante e obrigatória das consultas ginecológicas e de pré natal
- 3) Solicitação de mamografias: uma de base entre 35 e 50 anos e anualmente após 50 anos
- 4) Tratamento clínico de mastalgias (orientação)
- 5) Tratamento de mastites puerperais não complicadas

Crítérios para encaminhamento para unidade secundária:

- Nódulos (todos)
- Derrame papilar uniductal ou hemorrágico
- Microcalcificações agrupadas à mamografia
- Suspeita de câncer (retrações ou outras alterações de pele, linfonodos axilares alterados, imagens radiológicas suspeitas - categorias mamográficas III,IV,V)
- Mastalgia refratária
- Pacientes com indicação para ultra-som mama
- Eczema areolar que não cedeu ao tratamento inicial com corticóides
- Fístulas
- Pacientes de alto risco: passado de câncer de mama ou história da doença em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha).

Toda paciente deverá ser encaminhada através da Central de Marcação, portando formulário de Referência e Contra-referência carbonado com motivo, história, exame clínico e exames complementares já realizados.

II - Ações da Unidade Secundária

- Punção aspirativa (PAAF)
- Core biopsy
- Acompanhamento de pacientes tratadas de câncer de mama
- Pedido de mamografia, mamografia especial, citologia e ultrassonografia
- Nos locais com bloco cirúrgico adequado: biópsia, tumorectomia
- Encaminhar para cirurgia, radioterapia ou quimioterapia

Toda paciente deverá receber relatório para médico de origem, no formulário de referência e contra-referência, explicitando diagnósticos e tratamentos realizados, bem como orientações e necessidade ou não de acompanhamento no nível secundário.

ASSISTÊNCIA NO CLIMATÉRIO

As orientações para assistência às mulheres na fase do climatério estão disponíveis no manual “Assistência ao Climatério” -MS/94, existente em todas as unidades e que deve estar acessível para consulta dos profissionais.

Atividades Educativas: “ Devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer às clientes o maior nível de atendimento sobre as modificações biológicas inerentes ao período do climatério. Diferentes metodologias podem ser estabelecidas, dependendo das possibilidades de cada serviço/equipe. Qualquer metodologia utilizada deverá contemplar a participação das clientes, permitindo maior integração à equipe de saúde”.

Atividades clínicas: Propedêutica básica no climatério:

1- Anamnese e exame físico/ ginecológico completos

2- Pressão arterial

Se maior ou igual à 140/90 mmHg em duas tomadas, encaminhar para avaliação da Clínica médica

3- Citologia oncológica

Se alterada, seguir protocolo da propedêutica do colo

4- Mamografia

Screening(pacientes assintomáticas): Solicitar uma de base entre 35 e 50 anos e anualmente após 50 anos

5- Dosagem de colesterol total

Se maior que 200mg/dl pedir dosagem de colesterol fracionado. Se LDL maior que 130mg/dl e/ou HDL menor 35 mg/dl, encaminhar ao clínico para definição diagnóstica.

6- Triglicérides

Se maior que 200mg/dl, encaminhar ao clínico para definição diagnóstica

7- Glicemia de jejum

Se glicemia de jejum entre 110 e 139mg/dl, solicitar teste tolerância oral à glicose (TTGO com 75 gs dextrosol- dosar após 2 horas). Se TTGO maior ou igual à 140mg/dl, encaminhar ao clínico para definição diagnóstica

Se glicemia de jejum maior ou igual à 140mg/dl, encaminhar ao clínico para definição diagnóstica.

8- Teste de Progesterona

Para mulheres com mais de um ano da última menstruação administrar 10 mg de acetato de medroxiprogesterona diariamente, por sete dias:

- ausência de sangramento: teste negativo: ausência de patologia endometrial

- sangramento: teste positivo: solicitar ultra som endovaginal:

. se endométrio menor ou igual à 5 mm: normal

.se endométrio maior que 5 mm: curetagem semiótica ou histeroscopia com biópsia aspirativa.

TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TRH)

Medicamentos padronizados: Acetato de medroxiprogesterona
Estrogênios conjugados 0,625mg
Creme vaginal de estrogênios

São candidatas à TRH as mulheres com nível de compreensão adequado e motivação:

1- Pacientes sintomáticas

2- Pacientes assintomáticas:

a- com risco cardiovascular aumentado:

Critério I - Doença cardíaca coronariana definida

Critério II - Duas ou mais das seguintes condições:

- . Hipertensão arterial
- . Diabetes mellitus
- . Doença vascular cerebral ou vascular periférica
- . Doença coronariana prematura em familiares(abaixo de 55 anos)
- . Tabagismo (mais de 10 cigarros por dia)
- . Obesidade
- . Portadores de dislipidemias

b- com risco aumentado para osteoporose;

- . baixa estatura
- . história familiar de osteoporose
- . ingestão excessiva de álcool e/ou cafeína
- . tabagismo (mais de 15 cigarros por dia)
- . inatividade física
- . usuárias de anticonvulsivantes, antiácidos com alumínio e hormônios da tireóide
- . portadoras de patologias como insuficiência renal crônica, síndrome de má absorção, hiperparatireoidismo, hipertireoidismo, diabetes, gastrectomizadas, anastomoses intestinais.

São contra indicações à TRH: gravidez, sangramento genital anormal não esclarecido, distúrbios tromboflebíticos ou tromboembólicos ativos, neoplasias de útero e mama conhecidas ou suspeitadas, doença hepática aguda.

FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA NA REDE MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

Com objetivo de desburocratizar e agilizar o serviço de cirurgia ginecológica em Belo Horizonte, estes pedidos dos Centros de Saúde não terão mais sua autorização submetidas à avaliação das Juntas de Concessão de AIH. O novo fluxo será de acordo com o que se segue:

Pacientes do interior e Cirurgias solicitadas fora das unidades de saúde da PBH (conaspistas e outros prestadores): A paciente portando o pedido de laudo de AIH devidamente preenchido, será avaliada por ginecologista na Policlínica Centro Sul para avaliação da concessão de AIH.

No caso de cirurgia de contracepção, a paciente deverá trazer a solicitação com pré consentimento devidamente preenchida e assinada pelo serviço de sua cidade ou se cadastrar em Centro de Saúde, onde será autorizado o pedido de laudo pela equipe de planejamento familiar, conforme protocolo específico (vide Planejamento Familiar)

Pacientes de Belo Horizonte atendidas nas unidades da SMSA: As AIHs serão autorizadas nas unidades de saúde, pelo ginecologista e gerente (no caso de cirurgia de contracepção ainda um outro profissional de saúde deverá assinar, conforme fluxo específico do Planejamento Familiar) para serem realizadas nos diversos hospitais públicos e conveniados. Solicitar a vaga pela Central de Internação, especificando ou não o hospital.

OBS 1) O gerente se responsabilizará por encaminhar mensalmente ao Controle e Avaliação do nível central a listagem de todas as pacientes encaminhadas para cirurgia ginecológica.

(este procedimento é fundamental para controle do acesso das pacientes aos hospitais)

Esta listagem será feita no formulário “Controle Diário de Juntas/Comissões” e deverá ser encaminhada até o dia 25 de cada mês. Este formulário deverá ser solicitado ao Controle e Avaliação do distrito.

OBS 2) lembramos que cirurgias eletivas são realizadas em número não superior à 20% do total de cirurgias do SUS/BH

ASSISTÊNCIA INTEGRAL

À SAÚDE DA CRIANÇA

PROTÓCOLOS & ROTINAS

I- Teste do Pezinho

I - Introdução

A implantação do Teste do Pezinho na rede municipal de saúde de Belo Horizonte representou um grande avanço em saúde pública. Através deste teste tornou-se possível a detecção do Hipotireoidismo Congênito e da Fenilcetonúria, doenças responsáveis por grande parcela dos casos de deficiência mental, que se tratadas precocemente, evitam graves deficiências físicas e mentais. A realização destes exames pela SMSA, teve início em outubro de 1994, após convênio entre a SES/MG, a SMSA/BH e a UFMG, constituindo-se o Programa Estadual de Triagem Neonatal. Em março de 1998, foi implantado também o exame para detecção de Doenças Falciformes. O Teste do Pezinho encontra-se implantado em todas as unidades de saúde e em algumas maternidades. A cobertura do teste do pezinho pela rede municipal representa cerca de 87% da clientela do município. As crianças, cujos exames apresentam-se alterados, são encaminhadas para o Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas e Hemominas e têm o tratamento garantido.

II - Objetivos

- Sistematizar os procedimentos e normas existentes para realização do teste do Pezinho pela equipe de enfermagem;
- Orientar a equipe de saúde a respeito da importância do exame, das doenças que são detectadas, da interpretação dos resultados do teste do pezinho e do aconselhamento aos familiares;

III - Organização do Atendimento

- As gestantes devem ser orientadas durante o Pré-Natal sobre a importância do teste do Pezinho para prevenção de doenças que causam retardo mental e de sua realização no **5º dia** de nascimento.
- O teste do Pezinho deve ser realizado em uma sala ou ambiente tranquilo. É importante que os pais sejam orientados sobre a finalidade do teste. Este primeiro contato com a Unidade de Saúde deve ser aproveitado ao máximo pela equipe para orientação das mães sobre aleitamento materno, cuidados com as mamas e com o recém-nascido, vacinas, devendo-se encaminhar as mães para a consulta pós-parto, planejamento familiar e puericultura.
- Para a realização do teste do Pezinho, é fundamental que a equipe de enfermagem esteja treinada e que todo o material necessário esteja disponível. O “Manual de Organização e Normas Técnicas para Triagem Neonatal” produzido pelo NUPAD/UFMG contém todos os procedimentos técnicos e administrativos

VI - Material necessário para coleta do teste do pezinho:

- Luvas de procedimento;
- Recipiente com álcool a 70%;
- Pacotes de gaze esterilizada ou algodão;
- Lancetas esterilizadas descartáveis, com ponta triangular;
- Envelopes com papel filtro;
- Pregadores de roupa;

- Caneco de alumínio (capacidade de 1 litro);
- Ebulidor elétrico;
- Bolsa de água quente (20 X 25cm);
- Garroteador de borracha (o mesmo para punção venosa).

O material relacionado acima pode ser colocado em uma maleta e estar disponível no posto de coleta, em visitas domiciliares ou em maternidades para a coleta em RN retidos.

VII - Procedimentos:

1) Registro dos Dados:

- Antes da coleta deve-se preencher os dados da criança, com letra legível e sem abreviaturas e com caneta esferográfica, no livro de registro, no envelope branco e no papel filtro. Se a criança ainda não tem nome, colocar: RN de(nome da mãe). Os seguintes dados são necessários: nome completo; endereço completo (rua, número, bairro, cidade, telefone); data de nascimento; data da coleta; Unidade de Saúde e código da Unidade.

2) Aquecimento do pé do RN:

- Ferver $\frac{1}{2}$ litro de água, com ebulidor ou no fogão e acrescentar $\frac{1}{2}$ litro de água da torneira. Esta mistura atinge em média 53° C e ao ser colocada na bolsa, reduz para 44°. Antes de se colocar a mistura na bolsa, verificar se a mesma está fria. Retirar todo o ar da bolsa, para facilitar sua dobra ao ser colocada no pé do bebê. Conferir com a mão se a temperatura não está muito excessiva.
- Manter o pé a ser aquecido coberto com uma peça fina (meia, sapatinho) e o outro também. Dobrar a bolsa de modo a envolver o pé, fixando-a com um garroteador de borracha ou elástico. Deixar a bolsa de água quente por 5 minutos. Manter a criança com o pé abaixo do nível do coração.

3) Posição e Antissepsia:

- A mãe ou pai deve ficar em pé e segurar a criança em posição vertical (de arto) ou inclinada (de mamada).
- O técnico deve estar sentado e próximo à mesa com o material. Após retirar a bolsa de água quente, realizar a anti-sepsia com álcool a 70% embebido em algodão ou gaze.

4) Punção: local e técnica:

- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento.
- Envolver o pé e o tornozelo da criança com os dedos indicador e polegar, deixando exposta apenas a área do calcanhar a ser puncionada.
- A punção deve ser feita em uma das áreas laterais da região plantar do calcanhar, para evitar atingir o osso calcâneo.
- Após a anti-sepsia e a secagem do álcool, penetrar toda a porção triangular da lanceta (ponta) no local escolhido, de modo a realizar um pequeno corte, pouco profundo. Fazer suavemente com a lanceta, um movimento de rotação para a esquerda e para a direita, para alargar o corte.
- Retire com algodão seco ou gaze a primeira gota que começa a se formar. Aguarde a formação de uma grande gota.
- Fazer uma compressão leve com os dedos indicador e polegar envolvendo o calcanhar, seguida por uma descompressão. Esta manobra visa aumentar a circulação sanguínea e obter uma boa gota.

- Caso não sejam obtidas gotas suficientes após todas as manobras recomendadas, pegar outra lanceta e puncionar outro ponto do mesmo pé. Após cada punção deve-se desprezar a lanceta.

5) Obtenção da gota:

- Assim que a gota se formar, aproximar o papel-filtro da mesma, encostando-a no meio do círculo do papel-filtro.
- Caso não se obtenha uma gota de bom tamanho, deve-se conseguir outra gota e colocá-la exatamente em cima da primeira, nunca nos lados. Não se deve colocar mais de duas gotas no mesmo círculo.
- Verificar se o sangue preencheu todo o círculo e se está visível no verso do papel-filtro. Após preencher um círculo com até duas gotas, passar para o círculo seguinte, repetindo todas as manobras.
- Após a coleta, colocar a criança deitada, levantar o pé que foi puncionado e comprimir levemente o local com algodão ou gaze.

6) Secagem :

- Logo após a coleta, o papel-filtro deve ser colocado para secar em temperatura ambiente e em local arejado, por um tempo mínimo de três horas. Não colocar o papel-filtro na geladeira imediatamente após a coleta.
- A secagem deve ser feita sempre com o papel-filtro na posição horizontal, utilizando-se suporte com haste de metal ou pregadores de roupa.
- Após a secagem , colocar o papel-filtro dentro do envelope branco que contém a identificação da criança. Os envelopes podem ser guardados em geladeira ou à temperatura ambiente por no máximo três dias.

7) Conservação e Viabilidade das Amostras:

- Os envelopes com as amostras devem ser guardadas na geladeira (no meio ou parte baixa), dentro de um recipiente tampado (caixa de isopor ou de plástico), cobrindo-se os envelopes com uma toalha de papel para reter a umidade e evitar molhar as amostras.

8) Remessa das Amostras:

- A remessa dos envelopes para o laboratório deve ser feita pelo menos duas vezes por semana. Deve-se destacar a importância da agilidade no transporte dos exames, considerando-se que o diagnóstico e tratamento precoce de Hipotireoidismo e Fenilcetonúria, evitará sequelas neurológicas graves e retardo mental.

9) Entrega dos Resultados:

- O NUPAD/ UFMG procura liberar os resultados em um prazo de três dias úteis após seu recebimento. Os resultados alterados são comunicados a Unidade de Saúde imediatamente após sua detecção pelo laboratório.
- Cabe à equipe da Unidade de Saúde, a responsabilidade de fazer a busca ativa da criança com resultado alterado e encaminhá-la para a consulta especializada no Hospital das Clínicas (Hipotireoidismo e fenilcetonúria) e Hemominas (Doenças Faciformes).
- No caso de detecção de Anemia Falciforme, o Instituto de Saúde da Mulher e da Criança, envia fax com resultado dos exames, identificação da criança e consulta agendada no Hemominas.

10) Aconselhamento dos pais :

- A orientação dos pais sobre resultados alterados do Teste do Pezinho, doenças diagnosticadas (Hipotireoidismo, Fenilcetonúria e Doenças Falciformes), além do aconselhamento dos pais sobre crianças portadoras de traço Falciforme (possibilidade de filhos com a doença), deve ficar a cargo do Pediatra ou Enfermeiro da Unidade de Saúde. As equipes poderão utilizar como material de referência para as orientações aos familiares os documentos técnicos do NUPAD/UFMG, encaminhados a todos os Centros de Saúde.

VIII - Bibliografia:

- Manual de Organização e Normas Técnicas para Triagem Neonatal - NUPAD/ UFMG , Belo Horizonte, 1998.

II - Crescimento e Desenvolvimento

I- Introdução

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, do nascimento até os 5 anos de idade, é de fundamental importância para a promoção à saúde da criança e prevenção de agravos, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nas intercorrências.

Ações aparentemente simples, como, pesar, medir, avaliar aquisição de novas habilidades e utilizar o cartão da criança, nem sempre são realizadas de forma correta e sistemática pelas equipes de saúde.

Para que estas ações contribuam para a melhoria da saúde infantil, é necessária a capacitação técnica e o seguimento de normas já estabelecidas, bem como o trabalho integrado das equipes de atenção à criança, articulando as ações básicas de saúde.

As propostas apresentadas a seguir, se inserem dentro da proposta de reorganização da Atenção à Criança na SMSA-BH, que objetiva ampliar o acesso e garantir a qualidade do atendimento às crianças (0 - 5 anos) através da organização do trabalho em equipes e da sistematização do atendimento.

II - Objetivos:

- sistematizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 - 5 anos, realizado pelas unidades de saúde;
- implantar novo calendário de atendimento à criança sadia, envolvendo atendimento intercalado entre pediatra, enfermeira e grupo educativo, possibilitando o acesso das crianças aos serviços de saúde;
- instrumentalizar a equipe de saúde para realização do controle de crescimento e desenvolvimento, definindo suas atribuições;
- capacitar equipe para identificar e captar precocemente crianças de risco (RN de risco, desnutridas) para acompanhamento na unidade de saúde.

III - Organização do atendimento :

A - Equipe Básica:

Médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

B - Equipe de Apoio:

Profissionais de Saúde Mental, Saúde Bucal e outros especialistas quando necessário;

C - Fluxo de Atendimento:

A captação da criança para o controle de crescimento e desenvolvimento, deve ser o mais precoce possível, sendo propostas as seguintes alternativas:

- a) visitas às maternidades, realizadas por auxiliares de enfermagem treinadas, onde as mães serão orientadas sobre cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno e será agendado atendimento para a unidade de saúde, mais próxima da residência da mãe;
- b) captação dos recém-nascidos que chegam às unidades de saúde para realização do teste do pezinho, imunização, etc.;
- c) visitas domiciliares para crianças nascidas com critérios de risco, identificados pelo SINASC, que não compareceram na unidade de saúde nos primeiros 15 dias de vida;

- d) orientação às gestantes acompanhadas nos centros de saúde para retorno ao serviço até 15 dias após o parto para avaliação do RN e teste do pezinho (5º dia);
- e) divulgação dos serviços de atenção materno-infantil oferecidos pela SMSA-BH, através de cartazes e folhetos, afixados e disponibilizados em maternidades, outros serviços de saúde, creches, escolas, igrejas, ônibus, etc.

C - Calendário de Atendimento:

O calendário proposto para o controle do crescimento e desenvolvimento, de crianças saudáveis, pressupõe a atuação de toda a equipe de atenção à criança, de forma intercalada, possibilitando ampliação na oferta de atendimentos da unidade de saúde.

No caso de RN prematuros, de baixo peso, crianças desnutridas, e crianças apresentando patologias agudas ou crônicas, este calendário poderá sofrer alterações, a critério da equipe de saúde e deverá ser priorizado o acompanhamento pelo Pediatra, além das atividades educativas, imunização, teste do Pezinho, etc.

SUGESTÃO DE CALENDÁRIO PARA PUERICULTURA	
IDADE	ATIVIDADE
1º ANO DE VIDA	
15 dias	consulta enfermagem (teste do pezinho)
01 mês	consulta médica
02 meses	grupo educativo
03 meses	consulta enfermagem
04 meses	consulta médica
05 meses	grupo educativo
06 meses	consulta médica
07 meses	grupo educativo
09 meses	consulta enfermagem
12 meses	consulta médica
2º ANO DE VIDA	
15º meses	consulta médica
3º ao 5º ANO DE VIDA	uma consulta médica anual

A primeira consulta de puericultura, preferencialmente deverá ser médica, contudo, a impossibilidade desta não impede o Agendamento para outra atividade (grupo educativo, consulta enfermagem).

As gestantes acompanhadas no centro de saúde serão encaminhadas para consulta de enfermagem até 15 dias após o parto.

As atividades de grupo educativo serão coordenadas por um integrante da equipe. Ao final da atividade, deverão ser tomadas as medidas antropométricas das crianças participantes. Somente serão encaminhados para consulta os casos que porventura mostrem necessidade.

D - Inscrição na Unidade:

Serão inscritas no controle de crescimento e desenvolvimento crianças menores de 5 anos, destacando-se a importância da captação precoce e garantia de acesso, principalmente dos RN de risco e crianças desnutridas.

Etapas:

a) cadastramento da criança na unidade:

O cadastro da criança na unidade de saúde, pode ser feito através de registro em livro (SINASC) e/ou ficha para arquivo rotativo.

O cadastro deve ser organizado de forma a facilitar o controle de faltosos e a vigilância às crianças de risco.

Devem constar do cadastro da criança, as seguintes informações:

- Nome da criança e da mãe;
- Endereço completo com referência e telefone para contato;
- Número do prontuário e número da DN (se possível)
- Data de nascimento
- Data dos atendimentos (agendados/previstos)
- Idade (correspondente a cada atendimento)
- Motivo/tipo de atendimento (opcional)

Obs.: As unidades de saúde que não possuem sistema organizado para registro de puericultura de desnutridos,, podem utilizar modelo proposto em anexo.

b) abertura de prontuário para anotação dos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional;

c) abertura do cartão da criança com preenchimento dos dados relativos ao crescimento e desenvolvimento em cada atendimento. Este cartão deverá ficar com a mãe da criança;

E - Agendamento:

Na recepção, as atividades que compõem o controle de puericultura, serão agendadas conforme o calendário proposto e registradas na ficha de cadastro da criança, e no cartão da criança ou cartão de consultas que fica com a mãe.

F - Controle de Faltosos:

A equipe de saúde deve realizar controle de crianças faltosas (mais de 30 dias) , a partir do arquivo rotativo ou livro de registro.

Serão encaminhadas correspondências às mães, solicitando o comparecimento na unidade. Após 30 dias, as mães de crianças com critérios de risco que não comparecerem à unidade de saúde, receberão visita domiciliar.

A visita objetiva, verificar motivo do não comparecimento, enfatizar importância do controle periódico da criança e oferecer agendamento de nova consulta ou atividade.

IV - Atribuições:

1 - Enfermeiro:

- a - consulta de enfermagem;
- b - orientar, treinar e supervisionar as auxiliares de saúde em suas atividades;
- c - definir atribuições e delegar tarefas para a equipe de enfermagem;
- d - promover a integração de equipe no desenvolvimento do programa;
- e - promover visitas domiciliares às crianças de risco, quando necessário;
- f - promover atividades educativas;
- g - prescrição de medicamentos básicos, estabelecidos pelas Normas da SMSA/BH, e previsto na lei de exercício profissional da enfermagem (sulfato ferroso profilático, polivitamínicos, pasta d'água, nistatina, etc) quando necessário, conforme rotina em anexo;
- h - Promover orientação e acompanhamento sobre aleitamento materno;
- i - orientar a prescrição;
- j - marcar o peso no gráfico de crescimento ensinando as mães como interpretá-lo e informar sobre a importância do mesmo.

2 - Médico:

- a - consulta médica;
- b - dar apoio a enfermagem;
- c - promover e participar das avaliações periódicas e dos grupos educativos;
- d - visitar domiciliar quando necessário;
- e - preencher o cartão da criança, ensinando às mães como interpretá-lo e sobre a importância do mesmo;
- f - promover a integração da equipe;
- g - incentivo ao A.M e ações de promoção à saúde;

3 - Auxiliar de Enfermagem:

- a - realizar medidas antropométricas, sinais vitais e imunizações;
- b - executar atividades definidas pelo enfermeiro;
- c - inscrever as crianças no programa e agendá-las conforme calendário e atendimento proposto;
- d - preencher o cartão da criança, ensinando as mães como interpretá-lo e sobre a importância do mesmo;
- e - participar e promover atividades de educativas;
- f - avaliar o cartão de imunização sistematicamente, enfatizando sua importância;
- g - realizar visitas domiciliares quando se fizer necessário;
- h - orientar os responsáveis pela criança em relação a prescrição médica e de enfermagem;
- i - realizar pós consulta, que consiste na orientação sobre as condutas médica e de enfermagem, reforçando as orientações sobre uso de medicamentos, pedidos de exames e encaminhamento da criança para o agendamento da próxima consulta;
- j - orientar sobre a importância do aleitamento materno e demais ações de prevenção e promoção à saúde.

4 - Assistente Social - Psicólogo:

- a - promover atividades educativas, individuais e em grupos;
- b - realizar visitas domiciliares quando se fizer necessário;
- c - promover a integração da equipe no desenvolvimento do programa;

V - Procedimentos Técnicos

1 - Consulta de Enfermagem:

Descrição:

Avaliação das condições de saúde das crianças e seu estado de desenvolvimento e crescimento. Deverá abranger educação para saúde, condutas preventivas e curativas conforme padronização das ações no programa.

Núcleo: Enfermeiro:

Ações

- a - recepção do cliente;
- b - solicitar cartão do crescimento;
- c - colher e anotar informações sobre história pregressa e familiar;
- d - indagar e anotar dados sobre alimentação, vacinação e hábitos;
- e - realizar exame clínico (avaliar o crescimento e desenvolvimento, dirigir o exame para queixa, pesquisar outros dados semiológicos);
- f - descrever estado clínico encontrado e formular hipótese diagnóstica;
- g - anotar condutas (tratamento, orientações, encaminhamentos);
- h - orientar as mães ou responsáveis pela criança sobre: higiene, alimentação, aleitamento materno, prevenção de acidentes, vacinas;
- i - registrar intercorrências no gráfico de crescimento e encaminhar para pediatra quando necessário;
- l - orientar sobre a próxima consulta;
- m - encaminhar para vacina e/ou pós-consulta;
- n - orientar sobre prescrição.

2 - Consulta Médica:

Descrição:

Avaliação das condições de saúde da criança e seu estado de desenvolvimento e crescimento. Deverá abranger educação para saúde, condutas preventivas e curativas conforme necessidade do caso.

Núcleo: Médico

Ações:

- a - recepção do cliente;
- b - solicitar cartão de crescimento;
- c - realizar anamnese;
- d - realizar exame clínico (avaliar crescimento e desenvolvimento)
- e - avaliar e registrar resultados de exames;
- f - registrar diagnósticos ;
- g - anotar condutas (exames solicitados, tratamento quando indicado, orientações dadas);
- h - orientar responsáveis pela criança sobre higiene, alimentação, aleitamento materno, prevenção de acidentes, vacinação;
- i - registrar intercorrências no gráfico de crescimento;
- j - encaminhar para serviços de maior complexidade caso necessário;
- l - encaminhar para aplicação de vacina e/ou pós-consulta;
- m - orientar sobre prescrição e próxima consulta;

3 - Pós - Consulta:

Descrição:

Consiste na orientação sobre as condutas (exames; medicamentos) da consulta médica ou de enfermagem e sobre medidas preventivas e curativas. A orientação será individual, considerando a necessidade de cada caso. A pós-consulta será realizada para todos os clientes que se submeterem a consulta médica ou de enfermagem.

Núcleo: Auxiliar de enfermagem:

Ações:

- a - recepção do cliente;
- b - registrar e avaliar dados da criança, da prescrição médica ou de enfermagem;
- c - orientar dieta e importância do aleitamento materno, e outras ações de promoção à saúde;
- d - orientar sobre uso de medicação;
- e - orientar sobre imunização;

4 - Atividades de Grupo:

Descrição:

Um conjunto de ações educativas que visa a promoção da saúde .

Núcleo: Representantes da equipe de atenção à criança, mães e responsáveis pelas crianças inscritas na puericultura.

Ações:

- a - selecionar temas segundo as prioridades detectadas;
- b - selecionar bibliografia e material gráfico educativo;
- c - recepção do grupo de mães pela equipe do centro de saúde;
- d - apresentação do grupo;
- e - tempo de duração: 01 hora a 01 hora e 30 minutos;
- f - estimular diálogo entre pais e profissionais;
- g - registrar ação no formulário de produção.

VI - Material Gráfico e Educativo:

O material gráfico e educativo deverá ser conhecido por toda a equipe multiprofissional e usado em todas as atividades da puericultura.

A tabela de desenvolvimento deverá ser afixada na sala de reuniões e consultórios pediátricos.

VII - Requisitos Básicos:

1 - Garantia de:

- a - fornecimento de medicamentos;
- b - prescrição de medicamentos básicos pelos enfermeiros , desde que estabelecidos e normatizados pelos programas de saúde pública da instituição (SMSA/BH) , prevista pela lei no.7.498 que dispõe sobre o exercício de enfermagem;
- c - fornecimento de impressos necessários;
- d - pleno funcionamento das atividades de atenção aos desnutridos com fornecimento de multimistura;
- e - organização do sistema de referência e contra-referência;
- f - suporte adequado para apoio diagnóstico e terapêutico;
- g - fornecimento de material educativo (brinquedos, álbum seriado sobre aleitamento materno e outros, cavalete, livro “Aprendendo e Ensinando a Cuidar da Saúde”.

VIII- Avaliação:

Propõe-se que a equipe de atenção à criança faça avaliações periódicas do atendimento à criança, considerando aspectos qualitativos e quantitativos.

Sugere-se que a equipe avalie as seguintes questões:

- cobertura do programa, em relação às crianças da área de abrangência, incluindo as crianças com critérios de risco (baixo peso, mãe adolescente, mãe analfabeta, área de risco, desnutridos);
- capacidade da equipe captar precocemente RN de risco;
- capacidade de resposta aos casos agudos, inclusive através de encaminhamentos ;
- indicadores relativos às crianças acompanhadas: % com vacinação em dia;
% com alimentação adequada; % com aleitamento materno (<6 meses); % com desenvolvimento normal e alterado; % com cartão da criança preenchido; % de desnutridos (por grau); intercorrências (diarreias, pneumonias, internações, óbitos) etc.;
- avaliação de satisfação das mães

III - PUERICULTURA DO BEBÊ PREMATURO

I - Introdução

O prematuro, isto é, bebês nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas exige um acompanhamento diferenciado tendo em vista suas particularidades. Geralmente são baixo peso (PN < 2500g), sendo PIG ou AIG, passaram por algum “stress” ao nascimento, tiveram maior probabilidade de “distress” respiratório com possível oxigênio-terapia e suas conseqüências como displasia broncopulmonar e retinopatia da prematuridade, maior risco de hemorragia intracraniana e lesões cerebrais (por isquemia ou pela própria prematuridade); maior risco de anemia e osteopenia da prematuridade; maior risco de cardiopatia (canal arterial). Um nº significativo deles desenvolve problemas mais sutis, tais como dificuldade de aprendizagem, problemas de fala e linguagem.

A mãe e família deste bebê se encontra, na maior parte das vezes insegura ao cuidar deste ser tão frágil e necessita também de uma atenção e apoio diferenciados.

II - Procedimentos

1- Correção da Idade Gestacional

A idade de todo prematuro deve ser corrigida para o termo, sendo considerado o feto de 40 semanas, por exemplo: um bebê nascido com 35 semanas e com 2 meses de vida - sua idade cronológica é 2 meses, mas sua idade corrigida é de 3 semanas (2 meses = 8 semanas; faltavam 5 semanas para completar 40, restaram 3 semanas).

O perímetro cefálico deve ser corrigido até 1 ano e meio.

O peso e o DNPM até 2 anos.

A altura deve ser corrigida até 3 anos e meio.

Estes limites de idade se baseiam na época em que a diferença devido a prematuridade passa a não ter mais importância. Anotar no cartão da criança de acordo com a idade corrigida.

2- Orientação Alimentar

Basear também na idade corrigida devido ao tempo de amadurecimento de vias digestivas. A cólica do lactente pode durar um pouco mais no prematuro, pois começa com 40 semanas e termina aproximadamente com 3 meses de idade corrigida.

3- Hérnia Inguinal → estar mais atento, pois é mais comum neste grupo de crianças.

4- Suplemento Vitamínico

Usar a partir de 2 semanas de vida, até 1 ano de vida.

5- Suplemento Férrico

Iniciar com 6 semanas de vida, a dose de:

2mg/kg/dia para aqueles com peso de nascimento maior que 1,5 kg.

3mg/kg/dia -PN entre 1 e 1,5 kg.

4mg/kg/dia -PN menor que 1 kg.

Fazer hemograma com reticulócitos aos 5 meses, se estiver normal, isto é sem anemia e com complementação alimentar férrica satisfatória, retornar para 2mg/kg/dia de ferro para todos os prematuros até 1 ano de vida.

A criança que estiver se alimentando de fórmula complementada com ferro, desde o início pode receber apenas 2mg/kg/dia, independente do peso de nascimento.

6- Pesquisa de Hemorragia Intracraniana (HIC)

Encaminhar para ultrassom transfontanelar todos aqueles com peso de nascimento <1500g e IG < 33 semanas, pois neste grupo há maior risco de HIC.

7- Pesquisa de Retinopatia de Prematuridade

Encaminhar para fundoscopia o seguinte grupo:

PN $\leq$ 1500 e/ou IG $\leq$ 34 semanas e/ou submetidos a ventilação mecânica por mais de 48 horas e/ou uso de oxigênio-terapia com concentração maior que 40% por tempo maior que 48 horas.

Fazer a fundoscopia entre a 7ª / 8ª semanas de vida e depois quando o oftalmologista julgar necessário.

8-Avaliação da Visão

Utilizar estímulo colorido, cores vivas e contrastantes (amarelo/vermelho, preto/branco) a 30 cm dos olhos da criança. Avaliar fixação e acompanhamento de acordo com a idade corrigida.

Com 1 mês fixa e acompanha quase 90 graus

Com 2 meses acompanha 90 graus

Com 3 meses acompanha mais de 90 graus para baixo e para cima

Com 4 meses possui campo visual de 180 graus, acompanha para baixo, para cima e na direção diagonal.

Avaliar reflexo de piscar e ameaça visual.

9- Avaliação da Audição

Utilizar estímulos sonoros mais intensos e menos intensos, longe do campo visual da criança observando resposta comportamental.

Até 3 meses de idade, a criança apresenta respostas do tipo reflexo de Moro, piscar, despertar, cessar a atividade, movimento ocular.

Com 3 meses inicia movimento lateral da cabeça e com 4 a 6 meses vira a cabeça lateralmente em direção a fonte sonora, reagindo também a voz humana.

Com 6 a 9 meses atende pelo nome.

Com 9 a 12 meses reage a música vocalmente.

10- Avaliação Neuromotora

Aplicar o Teste de Denver, utilizando idade corrigida até 2 anos. Observar atentamente o tônus. Ao detectar qualquer alteração no desenvolvimento neuropsicomotor encaminhar precocemente para estimulação com fisioterapia, fonoaudiologia e/ou terapia ocupacional.

11- Orientação Vacinal

Utilizar a idade cronológica e não a corrigida.

12- Atividades em Grupo

Sugere-se que as crianças prematuras sejam incluídas em grupos correspondentes à idade corrigida para facilitar a orientação alimentar, estímulos para o DNPM e avaliação das curva de crescimento.

Bibliografia:

1- Manual de Follow-Up do RN de risco- Rotinas
Comitê de Follow-Up do RN de risco da SBP.

2- Follow-Up management of the high risk infant
H. Willian Talisk M.D
Michael W. Yogman, M.D, 1987

3- Care of the high- risk neonate
Klauses and Fanaroff.

4- Escalas de Prematuridade da Unidade de Tratamento intensivo neonatal: um guia para o acompanhamento.
Howara Bauchner, M..D
Elizabeth Brown M.D
Joy Peskn, M.D

5-Clinicas Pediátricas da América do Norte

ANEXOS:

I - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

MEDICAMENTOS	INDICAÇÃO	DOSES
NISTATINA ORAL canto da boca, 4x ao dia	Monilíase oral	½ conta-gotas em cada
NISTATINA Creme Vaginal	Monilíase perineal	até a cura aplicar no períneo, após troca de fraldas, com higiene prévia
PASTA D'ÁGUA	Intertrigo/ Miliária	aplicar 2 a 3 vezes ao dia sobre as áreas afetadas.
ÓLEO MINERAL	Crostas, seborréia, higiene do períneo	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NASAL	Obstrução nasal	½ conta-gotas em cada narina
SULFATO FERROSO PROFILÁTICO		
INDICAÇÃO	INÍCIO	DOSE
APRESENTAÇÃO	(Fe elemento)	
Criança de baixo peso, gemelar e pré-termo ferroso	a partir da 4a. sem	no 2o e 3o mês=>2mg/k/dia de 4 meses a 2 anos=>1mg/k/dia Sulfato CEME gotas
Criança à termo c/alimentação artificial	4o. mês	de 4 meses a 2 anos=>1 mg/k/dia

OBSERVAÇÕES SOBRE A MEDICAÇÃO:

- 1- Sulfato Ferroso: 5mg = 1mg de Fe elemento (1gota=1,25mg de Fe)
- 2 - Dose máxima de Sulfato Ferroso profilático = 15mg/dia
- 3 - Usar Sulfato Ferroso até 2 anos de idade.
- 4 - Administrar Sulfato Ferroso fora das refeições , junto com sucos que contenham vitamina C (laranja, limão) para facilitar a absorção do mesmo.
- 5 - Orientar à mãe ou responsável para limpar os dentes da criança após tomar Sulfato Ferroso pois o mesmo pode manchá-los.

IV - ALEITAMENTO MATERNO

I - Introdução

O incentivo ao aleitamento materno continua sendo um grande desafio em saúde pública, considerando-se o alto índice de desmame precoce e o grande número de óbitos infantis por causas evitáveis. Estes problemas podem ser minimizados através de ações sistematizadas de incentivo ao aleitamento materno incluindo: orientação individual e em grupos durante o pré-natal, nas maternidades, no pós-parto e puericultura; captação precoce (visitas às maternidades; teste do Pezinho) e acompanhamento de mães que apresentam maior risco de desmame (baixa renda, adolescentes, baixa escolaridade).

Em Belo Horizonte todos os Centros de Saúde encontram-se com equipes capacitadas em “Aleitamento Materno” e desenvolvem atividades de incentivo ao aleitamento, abrangendo: orientação às gestantes durante o pré-natal, visitas às maternidades com orientações e encaminhamento das mães para os Centros de Saúde, consultas pós-parto, puericultura e grupos de mães. Observamos que nos Centros de Saúde onde estas ações encontram-se mais organizadas e incorporadas por toda a equipe, verificam-se índices de aleitamento exclusivo e predominante bem acima da média do município.

A Organização Mundial de Saúde considera aleitamento materno exclusivo, àquele em que as crianças são alimentadas exclusivamente ao seio (sem água, chás ou sucos) enquanto no aleitamento materno predominante, as crianças recebem além do peito, água, chás ou sucos, mas sem mingaus, mamadeiras de leite ou comida.

II - Iniciativa “Centro de Saúde Amigo do Peito”

Fazendo parte da comemoração da Semana Mundial de Aleitamento Materno, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte lançou em 1997 o certificado “Centro de Saúde Amigo do Peito”. Esta iniciativa tem como objetivo chamar a atenção dos profissionais de saúde para a questão do Aleitamento Materno e premiar as Unidades de Saúde que obtiveram os melhores índices de aleitamento entre as crianças acompanhadas. Consideramos como parâmetros para avaliação das Unidades de Saúde, índices de aleitamento materno exclusivo acima de 40% e a soma dos índices de aleitamento exclusivo e misto superiores a 70%.

Esta iniciativa visa promover as Unidades de Saúde que se destacaram nesta ação e incentivar as demais para que promovam o aleitamento materno e melhorem os índices em nossa cidade. Os certificados serão fornecidos anualmente, na época em que se comemora a Semana Mundial de Aleitamento Materno”, após avaliação dos índices de Aleitamento Materno por Centro de Saúde.

III - Cuidados Básicos no Aleitamento Materno:

A abordagem do Aleitamento Materno deve ser multidisciplinar, abrangendo cuidados e orientações às gestantes e mães, durante o Pré-Natal, no período Peri-Natal, durante as visitas às maternidades e no Pós-Natal, nos momentos em que a mãe comparece à Unidade de Saúde para o Teste do Pezinho, consulta pós-parto, puericultura e vacinação.

1) Pré-Natal:

O pré-natal é o momento ideal para iniciar o trabalho de preparação para o aleitamento materno, através da formação de grupos de gestantes e atendimento individual. A equipe de saúde deve desenvolver dinâmicas de grupo, com a participação ativa das gestantes, buscando trabalhar com o conhecimento que elas têm sobre a amamentação, principais tabus existentes (leite fraco, insuficiente) abordando temas como: a anatomia da mama, fisiologia da lactação, cuidados com a mama, nutrição, aspectos emocionais e importância do leite materno para o bebê.

Exame Físico das Mamas:

- O exame das mamas faz parte da rotina de atendimento às gestantes e nutrízes. O profissional deve ensiná-las a conhecer suas mamas. Durante o exame físico deve-se observar se existe insegurança, resistência à amamentação e anormalidades anatômicas.
- Para o exame, deve-se solicitar à gestante ou nutriz para para desnudar o tronco, sentar numa cadeira e elevar os braços até a cabeça. Verificar: a forma, simetria das mamas, retrações, tipos de mamilos (normal, plano, invertido), rede venosa e aspecto da pele. Com a paciente deitada, apalpar as mamas com a face palmar dos dedos verificando a presença de nódulos e áreas dolorosas. Em seguida proceder à expressão da aréola e mamilo, verificando a presença e o aspecto da secreção.

Cuidados com as mamas no Pré-Natal:

- Iniciar os cuidados com a mama no 3º trimestre de gravidez.
- Não usar pomadas, cremes, óleos, sabão ou álcool na região aréolo-mamilar.
- Fazer banhos de sol no período até às 10h da manhã ou após às 16h, iniciando com 5 minutos até completar 30 minutos.
- Deixar região mamilar exposta ao ar o maior tempo possível.
- Fazer exercícios de protração do mamilo de duas a três vezes ao dia: exercícios de Hoffman, exercícios de tração manual, tração com seringa de 20ml (p/mamilos invertido e semi-invertido) e tração com “Niplette” (p/ mamilos invertido e pseudo-invertido)

Nutrição na Gravidez:

As gestantes devem ser orientadas a consumir alimentos variados e balanceados, aumentando principalmente o consumo de frutas, hortaliças frescas, pães e cereais. O cálcio também é fundamental, devendo-se recomendar o consumo de leite, derivados, e vegetais como a couve, repolho, espinafre e cenoura. Deve-se aumentar também a ingestão de alimentos ricos em ferro, tais como as folhas verdes escuras, o feijão, as carnes e miúdos. Para o processo de lactação deve-se orientar à nutriz os mesmos cuidados necessários durante a gestação, devendo-se aumentar a quantidade de alimentos e a hidratação. Deve-se estimular a ingestão de pelo menos 3 litros por dia de líquidos.

2) Período Perinatal:

A equipe hospitalar deve incentivar e promover a amamentação ainda na sala de parto. A mamada na primeira meia-hora após o nascimento, traz vários benefícios: reforça o vínculo mãe-filho; facilita o início da amamentação, previne problemas na mama (ingurgitamentos, mastites, etc); auxilia a involução uterina e protege a criança e a mãe contra infecções hospitalares. Durante o trabalho de visitas às maternidades, realizados por auxiliares de enfermagem, é fundamental que sejam reforçadas com a mãe as orientações sobre aleitamento, cuidados com as mamas e que a mãe seja orientada a procurar a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa para realizar o teste do Pezinho, consulta pós-parto, puericultura e assistência à nutriz.

3) Período Pós-Natal:

- O ideal é que mãe e filho permaneçam em Alojamento Conjunto.
- Deve-se orientar à mãe sobre os reflexos do bebê que auxiliam a mamar: Reflexo de busca ou de procura; Reflexo de sucção; Reflexo de deglutição
- A mãe deve ser orientada sobre como colocar o bebê no peito, as posições que facilitam a mamada, sobre a importância da livre demanda das mamadas, do esvaziamento das mamas, evitando complicações.

Complicações da Mama Puerperal :

- A Aipojadura ocorre do 2º ao 5º dia pós-parto e se constitui na distensão fisiológica dos alvéolos e ductos sem no entanto haver estase láctea. Resolve espontaneamente com as mamadas . A dor e o edema podem ser aliviados mediante o uso de compressas frias e a sucção freqüente do bebê.

1) Ingurgitamento Mamário:

- Sinais e sintomas: aumento do volume mamário, nódulos, edema, hiperemia, hipertermia, veias proeminentes, tensão na região areolar, dificultando a sucção do bebê e a drenagem do leite.
- Profilaxia: orientação à mãe; ordenha manual; amamentação precoce; livre demanda; esvaziamento das mamas; compressas frias antes e após as ordenhas; uso de sutiãs adequados; indicar o uso de analgésicos em caso de dor excessiva

2) Traumas mamilares:

- Sinais e sintomas: lesões cutâneas (fissuras, rachaduras, escoriação, erosão); dor e ardor
- Profilaxia: banhos de sol; higiene; não usar cremes ou pomadas; realizar ordenha manual ou mecânica; orientar a mãe sobre as técnicas de amamentação.

3) Mastite Puerperal:

- Sinais e sintomas: ingurgitamento mamário acompanhado de mal estar, febre, dor, rubor, calor, taquicardia, náuseas, vômitos, cefaléia e calafrios.
- Profilaxia: lavar bem as mãos antes de manipular as mamas; usar as medidas profiláticas para ingurgitamento e traumas mamilares; usar somente material esterilizado para procedimentos de contato com as mamas.
- Tratamento: ordenha manual para esvaziamento das mamas; intervenção clínica (antibioticoterapia; analgésicos) ou cirúrgica; avaliações.

Serviços de Referência para treinamento em Aleitamento Materno:

- Serviço de Aleitamento Materno - Maternidade Odete Valadares (tel: 337-5678)
- Hospital Sofia Feldman

V - IMUNIZAÇÃO

I - Introdução

A SMSA/BH desenvolve a atividade de imunização em todos os centros de saúde da rede municipal pública e em 10 serviços conveniados, oferecendo à população todas as vacinas preconizadas pelo calendário básico de imunização, do Programa Nacional de Imunização (PNI). As vacinas do calendário básico são: Sabin, Anti-sarampo, BCG, DTP, DT, Rubéola, Triviral, Haemophilus influenza tipo b, Hepatite B, Dupla viral, Tetravalente(DPT+Hib), Febre Amarela.

A vacina Anti - Rábica humana é feita em 04 centros de saúde – C.S.Carlos Chagas, Floramar, Vale do Jatobá e Jardim Europa.

Contamos ainda, com o Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais, que funciona no C.S Carlos Chagas, que oferece imunobiológicos as pessoas imunodeprimidas, transplantadas, pacientes hemodializados, politransfundidos e pessoas que venham a ter reações adversas graves de uma determinada vacina e que necessite continuar o esquema de vacinação, usando vacinas alternativas.

A SMSA/BH fornece também para toda a rede hospitalar pública e privada conveniada/contratada a Imunoglobulina Anti Rh Negativa, destinada à gestantes e puérperas com indicação específica.

É indiscutível o sucesso do Programa Nacional de Imunização. Através desta atividade, doenças como a Varíola e a Poliomieleite foram erradicadas, também foi através da vacinação que hoje temos sob controle doenças como Sarampo, Tétano e Difteria. Vale ressaltar a importância da vacinação em bloqueios de epidemias, tendo como exemplo recente, a epidemia de febre amarela ocorrida em janeiro de 2001 em regiões próximas a Belo Horizonte, e graças a ação rápida e efetiva de vacinação em massa, o município não registrou nenhum caso autóctone da doença.

Hoje o grande desafio para o serviço público é incorporar avanços tecnológicos na área de imunização, buscando introduzir novas vacinas no calendário básico, garantir a qualidade dos produtos oferecido à população através da aquisição de equipamentos modernos para a conservação dos imunobiológicos, além de manter os profissionais da sala de vacinas atualizados evitando possíveis danos aos usuários.

II - Objetivos

Redução das taxas de morbi-mortalidade na infância através do controle e erradicação das doenças imunopreveníveis (Polimielite, Sarampo, Difteria, Tétano, Coqueluche, Tuberculose, Hepatite B, Raiva Humana, Doença Hemolítica do RN, Rubéola, Caxumba, doenças invasivas pelo haemophilus tipo b e febre amarela).

III - Calendário básico de Imunização

IDADE	VACINAS
A PARTIR DO NASCIMENTO	BCG – ID + HEPATITE B
2 MESES	TETRAVALENTE+ SABIN+ HEPATITE B
4 MESES	TETRAVALENTE + SABIN
6 MESES	TETRAVALENTE + SABIN + HEPATITE B
9 MESES	ANTI SARAMPO + FEBRE AMARELA
15 MESES	TRIVIRAL + DTP+ ANTIPOLIO ORAL
À PARTIR DE 5 ANOS	DTP + ANTI PÓLIO ORAL
À PARTIR DE 10 ANOS	BCG - ID

Observações:

- 1) O intervalo mínimo entre a 3ª dose de DPT e o 1º reforço é de 06 meses.
- 2) Caso a criança tenha 01 ano de idade ou mais, e não recebeu nenhuma dose de anti sarampo, vacinar com a vacina tríplice viral (dose única).
- 3) Após o 2º reforço de DPT, deve-se aplicar 01 reforço de dT (dupla adulto) de 10 em 10 anos.
- 4) Se o 1º reforço de DTP for feito após os 04 anos ou mais, não se faz o 2º reforço.
- 5) Vacinação de Gestante: Gestante não vacinada - Esquema Básico : 03 doses de dT com intervalo de 60 dias entre as doses, lembrando que a terceira dose deve ser feita até 20 dias no máximo, antes da data provável do parto, ou pode adotar o esquema de duas doses com intervalo de dois meses (60 dias) e a terceira 06 meses depois da 2ª dose. Um reforço a cada 10 anos. Se no período de 05 anos ou mais ela se engravidar, aplicar 01 dose de reforço. Gestante Vacinada - Esquema básico: A gestante que recebeu uma ou duas doses da vacina contra o tétano (DTP, DT,dT ou TT) deverá ser aplicada mais duas ou uma dose da vacina dupla tipo adulto (dT) para completar o esquema básico de 03 doses. Um reforço de 10 em 10 anos. Se no período de 05 anos ou mais ela engravidar, aplicar 01 dose de reforço.
- 6) Se for utilizada a vacina dupla infantil em substituição a vacina DTP, fazer o mesmo esquema com exceção do segundo reforço.
- 7) As pessoas imunodeprimidas portadoras de Neoplasias, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, pacientes em tratamento quimioterápico, pacientes urêmicos em diálise ou não, transplantados que estão sob terapêutica imunossupressora, etc, cujo risco de complicações infecciosas muitas vezes é maior que da doença primária, devem ser encaminhadas ao CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais), que funciona no C.S Carlos Chagas, localizado na Alameda Ezequiel Dias Nº 345.

IV - Organização e Funcionamento da Sala de Vacinação

A sala de vacinação é o local destinado à administração dos imunobiológicos, sendo necessário, por isso, que as suas instalações atendam a um mínimo de condições: as paredes e pisos devem ser laváveis; deve ter pia e interruptores para uso exclusivo de cada equipamento elétrico; ser arejada e bem iluminada, evitando-se, porém, a incidência de luz solar direta. Além disso, é importante mantê-la em boas condições de higiene.

O ideal é que a sala de vacinação seja exclusiva para a administração dos imunobiológicos e tenha, se possível, entrada e saída independentes. Nos locais onde há grande demanda, pode-se utilizar duas salas com comunicação direta, uma para a triagem e a orientação da clientela e outra para administração dos imunobiológicos.

V - Equipamentos e Materiais Básicos

EQUIPAMENTOS

- Bancada ou mesa para preparo dos imunobiológicos
- Refrigerador para conservação dos imunobiológicos. O refrigerador é de uso exclusivo de imunobiológicos, não podendo ser colocado nele outro produto e/ou materiais.
- Caixa térmica (poliuretano preferencialmente ou isopor) para conservar os imunobiológicos previsto para o dia de trabalho.
- Fichário ou arquivo
- Mesa tipo escrivaninha com gavetas.
- Suporte para papel toalha
- Armário com porta para guarda de material esterilizado (descartável)
- Bandejas de aço inoxidável (grande, média e pequena)
- Tesoura reta com ponta romba

MATERIAL DE CONSUMO

- Termômetro de máxima e mínima
- Termômetro de cabo extensor (1 para cada caixa térmica)
- Termômetro clínico
- Bandejas plásticas perfuradas ou porta-talher de plástico
- Gelo reciclável ou saco plástico com gelo
- Garrafas plásticas com água
- Caixa térmica para conservação dos imunobiológicos: No dia-a-dia da sala de vacinação; no caso de falhas na corrente elétrica; para a vacinação de bloqueio; para o transporte de vacinas; para descongelar o refrigerador.
- Alcool
- Algodão hidrófilo
- Recipiente para algodão
- Serrinhas
- Seringas descartáveis nas seguintes especificações:
 - 1 ml tipo tuberculina, com agulha 13x38 ou 13x4,5
 - 2 ou 3 ml, com graduação de 0,5 ml
 - 5 ml, com graduação de 0,5 ml (diluição)
 - 10 ml, com graduação de 0,5 ml (diluição)
- Agulhas descartáveis de:
 - Uso intradérmico: 13x3,8; 13x4,5

Uso Subcutâneo: 13x3,8; 13x4,5

Uso intramuscular: 20x 5,5 , 25x6; 25x7;

Diluição: 25x8; 30x8

- Campo plástico (50x50 cm), de preferência oleado, para forrar o local de preparo do material na vacinação fora do serviço de saúde
- Suporte de madeira, com orifício central, para apoiar os imunobiológicos
- Depósito para lixo, com tampa
- Sacos para lixo, descartáveis na cor branca
- Recipientes com paredes rígidas para desprezar agulhas descartáveis.

IMPRESSOS E OUTROS MATERIAIS

- Cartão da criança
- Caderneta de vacinações
- Cartão de adulto
- Cartão de controle ou ficha de registro
- Mapa diário de vacinação
- Boletim diário/mensal de vacinação
- Mapa para controle diário da temperatura do refrigerador
- Ficha de investigação dos Efeitos Adversos
- Manual de Normas de Vacinação
- Manual de Procedimentos para Vacinação
- Manual de rede de frio
- Manual do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
- Manual de Eventos Adversos
- Lápis,. caneta, borracha
- Sabão (sabão líquido neutro)
- Papel toalha
- Quadro com esquema básico de vacinação

VI - Funcionamento da Sala de Vacinação

EQUIPE E FUNÇÕES BÁSICAS

As atividades da sala de vacinação devem ser desenvolvidas por uma equipe de enfermagem, com treinamento específico no manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos.

Esta equipe tem as seguintes funções:

- * Avaliar o paciente, verificando a existência de possíveis contra-indicações a determinadas vacinas.
- * Indicar os imunobiológicos a serem administrados, tendo como base o calendário de vacinação.
- * Registrar na caderneta de vacinação os imunobiológicos a serem administrados, devendo conter lote, data de vencimento da vacina, data de aplicação e rubrica do profissional.
- * Registrar em impresso próprio a 2ª via do cartão de vacina.
- * Registrar em impresso próprio de produção a dose aplicada.
- * Administrar os imunobiológicos prescritos de acordo com norma técnica.

- * Orientar sobre qual imunobiológico foi administrado, possíveis eventos adversos e condutas necessárias.
- * Manter as condições ideais de conservação dos imunobiológicos de acordo com normas técnicas (vide Manual de rede de frio).
- * Fazer a leitura diária e anotar no mapa de temperatura do refrigerador. Duas vezes ao dia, no início das atividades de vacinação e no término do expediente, quando for retornar com os imunobiológicos para o refrigerador.
- * Manter os equipamentos em boas condições de funcionamento
- * Encaminhar e dar destino adequado aos imunobiológicos inutilizados e ao lixo da sala de vacinação
- * Manter o arquivo em ordem.
- * Avaliar sistematicamente as atividades desenvolvidas
- * Preencher e encaminhar as notificações de efeitos adversos dos imunobiológicos, em impresso próprio.
- * Manter a ordem e a limpeza da sala.

ATIVIDADE E PROCEDIMENTOS BÁSICOS

Antes de dar início às atividades diárias, a equipe da sala de vacinação deve:

- Verificar se a sala está devidamente limpa e em ordem
- Verificar e anotar a temperatura do refrigerador, no mapa de controle diário de temperatura
- Organizar a geladeira de acordo com normas técnicas (vide manual de rede de frio).
- Organizar a caixa térmica de acordo com as normas técnicas (vide manual de rede de frio).
- Retirar do refrigerador de estoque a quantidade de vacinas e diluentes necessário para o consumo na jornada de trabalho.
- Certificar antes da aplicação do imunobiológico, nome do produto no rótulo e prazo de validade.

OBS.: Antes da aplicação de qualquer imunobiológico deve-se verificar o estado vacinal da criança, antecedentes da criança que possam indicar adiamento da vacinação como uso de medicamentos, uso de sangue e hemoderivados, etc.

É importante orientar a mãe ou responsável sobre:

- Qual(s) a(s) vacina(s) que a criança irá receber
- Possíveis reações
- Retornar a unidade de saúde, caso apresente reações adversas à vacina, para avaliação médica.

CONSERVAÇÃO DOS IMUNOBIOLÓGICOS

REDE DE FRIO

Refrigeração é o processo de reduzir a temperatura de uma substância ou de espaço determinado.

Nos casos dos produtos imunobiológicos (vacinas, soros) a refrigeração destina-se exclusivamente à conservação de sua capacidade de imunização, haja visto que são produtos termolábeis, isto é, se deterioram em temperatura ambiente após determinado tempo.

As normas técnicas para a conservação dos imunobiológicos são encontradas no Manual de Rede de Frio.

COBERTURA VACINAL

Quando se substitui a imunidade adquirida naturalmente pela imunidade vacinal, o efeito epidemiológico dependerá da taxa de cobertura de vacinação. Calcula-se a cobertura de vacinação dividindo o número de vacinados num grupo etário com determinada vacina pelo número de pessoas contidas neste grupo etário, multiplicando por 100.

Taxa de Cobertura Vacinal	$= \frac{\text{Nº de vacinados no grupo etário com determinada vacina}}{\text{Nº de pessoas no grupo etário}} \times 100$
---------------------------	---

Para se calcular este indicador, utiliza-se os dados de vacinação produzidos no próprio serviço a partir dos registros de doses aplicadas, e as estimativas de população calculadas a partir de dados do censo.

VI- DESNUTRIÇÃO

I- Aspectos Preventivos :

- 1- Estímulo ao aleitamento materno.
 - 2- Conscientizar a equipe no sentido de incentivar as ações de promoção à saúde invertendo o predomínio dos serviços curativos.
 - 3- Acompanhamento da criança sadia e controle do crescimento/desenvolvimento.
 - 4- Melhorar o acesso da população aos Centros de Saúde .
 - 5- Controle adequado da gestante prevenindo desnutrição intra-uterina
 - identificar gestante desnutrida
 - identificar casos de crescimento intra-uterino retardado
 - preparo da mulher para lactação
 - orientação alimentar e distribuição da multimistura
 - 6- Educação alimentar - ressaltando o valor nutritivo de alimentos regionalizados e acessíveis e de baixo custo. Alertar para as propagandas ilusórias porventura apresentadas pelos produtos industrializados
 - 7- Incentivo à imunização
 - 8- Capacitação da equipe de saúde no reconhecimento precoce de problemas nutricionais e seu manejo visando recuperar o desnutrido nas fases iniciais da carência
 - 9-Capacitar a equipe para avaliar situações de risco que tornam a criança mais vulnerável à desnutrição :
- . Gravidez na adolescência
 - . Desnutrição materna
 - . Criança nascida com baixo peso em família carente
 - . Gemelaridade em família carente
 - . História de internações hospitalares repetidas
 - . História de outros casos de desnutrição na família
 - . Irmão falecido antes de 5 anos de vida
 - . Episódios repetidos de diarreia e outras patologias nos primeiros meses de vida

II- Organização da Atenção ao Desnutrido:

A- EQUIPE BÁSICA:

Médico ; Enfermeiro ; Auxiliar de Enfermagem

B- EQUIPE DE APOIO:

Assistente social ; Terapeuta ocupacional; Fonoaudiologia; Fisioterapia;

Saúde mental; Saúde bucal; Nutricionista

C- COORDENAÇÃO:

Formação de grupo multiprofissional para coordenação das Atividades do programa, Treinamentos da equipe, Avaliações periódicas

D- FLUXO DA ASSISTÊNCIA:

1-Criança - captação dos casos de desnutrição através de:

a- Visitas Domiciliares SINASC = identificando os casos de nascidos com baixo-peso

b- Identificação do desnutrido pela equipe em todos os setores da Unidade (vacina, consulta médica, serviço social, farmácia, teste do pezinho, recepção, etc.) baseado na avaliação global da criança em cada atividade realizada.

c- Demanda espontânea proveniente da divulgação do Serviço na comunidade

2- Gestante - Inscrição de todas as gestantes que passam pela Unidade, sejam clientes ou acompanhantes, encaminhadas por todos os setores da Unidade ou por demanda espontânea. O obstetra assistente deverá ter ciência da participação da gestante no programa para avaliação das eventuais contra-indicações. Em caso de ganho excessivo de peso, suspensão temporária do fornecimento da farinha até reavaliação do obstetra.

3- Nutriz - Admissão de todas as mães e acompanhantes que estejam amamentando, encaminhadas por todos os setores da Unidade ou demanda espontânea

E-ROTINA DO ATENDIMENTO :

a- Nos casos suspeitos a equipe deverá pesar, medir e fazer o diagnóstico de desnutrição segundo o critério da curva de peso/idade abaixo do percentil 10 no cartão da criança.

b- Classificar o grau de desnutrição em Leve, Moderada e Grave, segundo gráfico de desvio padrão (NCHS)

c- Investigar com o acompanhante se a criança está sendo controlada em outro serviço de combate à desnutrição. Em caso negativo seguir com as orientações

d- Inscrever a criança no Programa de Combate à Desnutrição

1- Anotar no livro próprio do programa

2- Abrir ficha de acompanhamento do desnutrido

3- Identificar na ficha, no cartão da criança e no prontuário o grau de desnutrição usando as cores padronizadas- D. Leve / verde - D. moderada, amarelo - D. Grave/ vermelho de modo a demonstrar a evolução da criança e possibilitar o seu reconhecimento pela equipe para priorização e garantia do atendimento.

4- Abrir cartão da criança (investigar se já tem este cartão para evitar duplicidade)

5- Registrar atendimento no prontuário

6- Organizar arquivo rotativo tendo como base o reconhecimento dos faltosos

7- Avaliar alimentação, vacinação, higiene, condições socio-econômicas e psicológicas da família dar as orientações adequadas

8- Identificar os fatores de risco para evolução desfavorável da desnutrição

- criança < 3 meses desnutrida
- criança negligenciada

(vacinas atrasadas, alimentação inadequada, higiene precária)

- sintomas de doenças agudas
- palidez
- desnutrição moderada ou grave
- residente em área de risco
- história de internações prévias e/ ou falecimento de irmão menor de 5 anos

III- Condutas

A - PARA TODOS OS DESNUTRIDOS

- 1- Inscrever no Programa todas as crianças desnutridas, além de gestantes e nutrízes;
- 2- Acompanhamento individual pela equipe de atenção à criança (mensal, quinzenal ou semanal conforme a necessidade);
- 3-Orientar à mãe sobre a alimentação da criança (adequada a cada caso); cuidados de higiene; vacinação; estímulo ao desenvolvimento; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pelo cartão da criança;
- 4- Agendar atividades educativas com as mães enfocando alimentação, aleitamento materno, vacinação, crescimento e desenvolvimento, técnicas de estimulação da criança (massagens, brincadeiras, etc) e práticas de alimentação alternativa. Seria interessante a execução de receitas do cardápio da alimentação alternativa pelo grupo.
- 5- Distribuição da Farinha Enriquecida e orientações quanto ao seu uso (receitas);
- 6- Acompanhamento pediátrico periódico, para avaliar evolução da criança;
- 7- Controle de PC mensalmente, até 2 anos
- 8- Controle de estatura mensal
- 9- Solicitação de hemograma, EPF, urina rotina e gram de gota
- 10- Avaliar sistematicamente o cartão da criança (vacinação, crescimento, desenvolvimento, intercorrências);
- 11- Prescrição de Sulfato Ferroso nas doses profiláticas, exceto, para os < 6 meses com alimentação exclusiva de leite materno:

Sulfato Ferroso - 1 a 2mg/Kg/dia

Apresentação: Sulfato ferroso CEME (1ml=20gts=25mg Fe elemento 1gt=1,25mg)

- 12- Atendimento médico sempre que a evolução for desfavorável.

B- PARA DESNUTRIDO LEVE

- 1- Rotinas de atendimento do desnutrido dos itens A 1 a A 12
- 2- Distribuição da multimistura mensalmente
- 3- Controle de peso e estatura mensal
- 4- Busca dos faltosos - verificar as possibilidades operacionais da Unidade

C- PARA DESNUTRIDO MODERADO

- 1- Rotina de atendimento de desnutrido dos itens A 1 a A 12
- 2- Distribuição quinzenal da multimistura e leite
- 3- Controle de peso quinzenal
- 4- Controle de estatura mensal
- 5- Controle médico mensal se a evolução for desfavorável
- 6- Busca mensal dos faltosos, através de :
 - aerogramas
 - chamadas em igrejas
 - ajuda de líderes comunitários e conselhos de saúde
 - listas nos vários setores da unidade
 - visitas domiciliares - quando possível

D- PARA DESNUTRIDO GRAVE

- 1- Consulta médica: - no primeiro atendimento
 - mensal e sempre que se fizer necessário por doenças intercorrentes ou má evolução da desnutrição (curva horizontal ou descendente)
 - acesso prioritário e garantia de atendimento na unidade, sempre que demandado
- 2- Recomendado abordagem multidisciplinar pela equipe da saúde mental, saúde bucal, assistente social, terapia ocupacional, fisioterapia ,fonoaudiologia e outras especialidades que se fizerem necessárias
- 3- Rotina da atendimento do desnutrido dos itens A1 a A12
- 4- Distribuição de multimistura e leite semanalmente
- 5- Controle do peso semanalmente
- 6- Controle de estatura mensal
- 7- Busca quinzenal dos faltosos : visita domiciliar de preferência, outras estratégias se a visita não for possível

IV-Atribuições

A- ENFERMEIRO

- 1- Supervisionar a equipe de enfermagem
- 2- Participar da equipe multiprofissional
- 3- Participar das avaliações da atividade
- 4- Participar dos grupos educativos
- 5- Identificar a criança desnutrida e seu grau de desnutrição
- 6- Identificar criança de risco para desnutrição ou desnutrido com fator de risco para evolução desfavorável e encaminhar para avaliação médica;
- 7- Consulta de enfermagem: atender crianças com desnutrição leve
- 8- Prescrição de sulfato ferroso profilático
- 9- Orientar o uso correto de multimistura e prática da alimentação alternativa
- 10- Pedidos de exames de rotina (EPF, urina rotina, gram de gota, hemograma), para posterior avaliação do pediatra durante a consulta médica

B- AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- 1 - Participar da equipe multiprofissional
- 2 - Identificar as crianças desnutridas
- 3 - Reconhecer a criança desnutrida de risco
- 4 - Participar de grupos educativos
- 5 - Medir e pesar as crianças
- 6 - Distribuir a multimistura e leite conforme critérios estabelecidos e orientar seu uso
- 7 - Dar orientações de acordo com a prescrição médica
- 8 - Proceder agendamentos necessários
- 9 - Participar das avaliações do trabalho
- 10- Orientar sobre higiene, alimentação, cuidados gerais, vacinas e desenvolvimento.

C- PROFISSIONAL MÉDICO

- 1- Participar da equipe multiprofissional
- 2- Participar das avaliações das atividades
- 3- Participar de grupos educativos
- 4- Dar suporte à equipe de enfermagem
- 5- Identificar os casos de desnutrição e encaminhá-los para o programa
- 6- Consulta médica : atender os casos de desnutrição moderada e grave, ou de evolução desfavorável;
avaliação global da criança
avaliação dos exames pedidos anteriormente
solicitação de outros exames que se fizerem necessários
prescrição de vitaminas e sulfato ferroso (em doses terapêuticas quando necessário para corrigir deficiências)
orientação nutricional e de ações de promoção à saúde

V- Critérios para Alta

- 1- Criança mantendo peso normal (eutrófica) por 3 meses consecutivos - suspensão do fornecimento da farinha enriquecida e manutenção do acompanhamento por mais 3 meses;
- 2- Manutenção das atividades de rotina
- 3- Reavaliação após 3 meses para alta

FONTES

- 1-Relatório do Projeto de Prevenção e Combate à Desnutrição - PBH
- 2-Análise do Impacto do Projeto de Prevenção e Combate à Desnutrição - PBH
- 3-Pediatria Ambulatorial - Ennio Leão - 1988

VII- DOENÇA DIARRÉICA AGUDA

I- Problemas:

- Uma das principais causas de morbidade infantil em nosso meio.
- Uma das principais causas de mortalidade infantil.
- Fator agravante do estado nutricional das crianças

I I- Equipe de Assistência à Criança:

- auxiliar de enfermagem
- enfermeiro
- pediatra

III - Atribuições dos Profissionais da Equipe:

A - Acolhimento e identificação da criança com quadro de diarreia aguda: alteração do hábito intestinal com aumento do volume e frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, com duração máxima de 14 dias.

B - Identificar casos com risco de evolução desfavorável:

- criança < de 06 meses
- criança desidratada
- estado geral comprometido
- vômitos incoercíveis
- prostração intensa
- recusa de líquidos
- criança desnutrida
- diarreia com evolução prolongada sem melhora
- internação prévia por diarreia ou desidratação
- episódio anterior de diarreia com desidratação
- presença de sangue nas fezes

C -I - Conduta :

1 - avaliação global da criança incluindo cartão de CD para avaliação nutricional e imunização

2 - aferir temperatura axilar, peso e avaliar estado de hidratação

3 - atender a criança eutrófica, com bom estado geral, sem desidratação ou outros fatores de risco:

- * orientação de higiene
- * orientação alimentar com incentivo ao aleitamento materno, manutenção dos alimentos da dieta habitual, excluindo os laxantes; contra-indicada a pausa alimentar
- * dispensação de sais para reidratação oral
- * orientação para a família quanto à evolução da doença e sinais de piora do quadro
- * recomendação de retorno se não houver melhora do quadro
- * iniciar TRO se a criança estiver desidratada, providenciando atendimento médico/enfermeiro

4 - os casos de risco descritos no item B, deverão ser encaminhados para atendimento médico

5 - promover atividades educativas

C -II - ENFERMEIRO:

- Consulta de crianças eutróficas com quadro de diarreia sem desidratação;
- Anamnese
- Exame físico completo, avaliação do estado de hidratação e fatores de risco
- Conduta:

. TRO

. solicitação de EPF para crianças > de 01 ano com episódios frequentes de diarreia desde que não realizado nos últimos 6 meses

. agendar consulta médica na presença de outros fatores de risco

. Prescrição:

- sais para reidratação oral

- antitérmico

. Agendar retorno se não houver melhora do quadro.

. Agendar consulta médica se necessário

C -III - PEDIATRA:

- Consulta dos casos de diarreia com risco de evolução desfavorável , descritos no item B;

- consulta com avaliação integral da criança

- orientação alimentar conforme a idade e gravidade do caso; contra-indicada a pausa alimentar

- sais para reidratação oral prevenção da desidratação

-TRO

- Medicamentos:

Na grande maioria dos casos de diarreia aguda não é necessário usar outros medicamentos além dos sais de reidratação oral. Em alguns quadros clínicos como diarreia invasiva grave(shigelose), em crianças de baixa idade, nos desnutridos ou que apresentem sinais de disseminação extra-intestinal, está recomendado o uso de Sulfametoxazol + Trimetoprim ou Ampicilina.

Antieméticos, antiespasmódicos e adstringentes não são recomendados.

MEDICAMENTOS

AAS	60-70mg/Kg/dia	4-6 vezes ao dia (comp.100 e 500mg)
DIPIRONA	10mg/Kg/dose	(comp.500mg; 20 gotas=500mg)
ACETAMINOFEN	100mg/dia	
AMPICILINA	100mg/Kg/dia	6-6 horas
SULFAMETOXAZOL	40mg/Kg/dia	12-12 horas
+ TRIMETOPRIM		

VIII - PARASITOSES INTestinaIS

I - Problemas

Devido à alta prevalência de parasitoses intestinais em nosso meio, constatamos uma grande demanda de consultas pediátricas por este motivo nas Unidades de Saúde . Este atendimento rotineiro utiliza geralmente 2 consultas médicas (1 para solicitação e outra para verificação do resultado do exame), que poderiam ser utilizadas para outras patologias onde esta se faz imprescindível. A inserção da enfermagem na assistência às parasitoses possibilitará melhor utilização do potencial da equipe com ampliação do acesso às consultas pediátricas e outros atendimentos da Unidade de Saúde, pela população.

II - Organização da Assistência:

1 - Solicitação de exame parasitológico de fezes pelo enfermeiro, conforme a demanda, observando-se os seguintes critérios:

- crianças maiores de 01 ano de idade
- último exame solicitado há mais de 06 meses

2 - Grupo de parasitose:

De posse do resultado do EPF, todos os pacientes serão agendados para o grupo educativo onde serão abordados:

- orientações sobre higiene
- orientações gerais de promoção à saúde com enfoque preventivo e educativo

3 - Consulta de Enfermagem:

Poderão ser atendidas e tratadas pelo enfermeiro, crianças eutróficas, portadoras de Ascaridíase, Oxiuríase e Tricocefalíase, sem comprometimento do estado geral e sem sinais de complicações clínicas (distensão abdominal, eliminação oral de áscaris) ou patologias associadas (anemias, desnutrição, outros).

4 - Consulta Médica:

Todos os demais casos de parasitose intestinal deverão ser encaminhados para consulta médica.

III - Tratamento Medicamentoso das Parasitoses Intestinais:

1 - GIARDÍASE:

Metronidazol

dose: 15mg/kg/dia em 3 tomadas/dia, 5 dias. (comp. 250mg; suspensão=40mg/ml)

2 - AMEBÍASE:

Metronidazol -

dose: 30 mg/kg/dia em 3 tomadas/dia, 10 dias.

3 - ASCARIDÍASE, TRICURÍASE, NECATORÍASE, ANCILOSTOMÍASE:

1º Escolha:

Mebendazol

dose p/ Ascaridíase , Tricuríase e Ancilostomíase: 200 mg/dia em 2 tomadas, 3 dias

Apresentação (comp. 100mg; suspensão=100mg/5ml)

repetir após 15 dias.

2a. Escolha:

Albendazol

dose: 400mg/dia em dose única

Apresentação (comp. 400mg; suspensão=40mg/ml)

Obs: * Estar atento a possível presença de anemia ferropriva associada a essas parasitoses.

* Em casos de suspeita de obstrução ou semi-obstrução intestinal por Áscaris lumbricoides, internar.

4 - OXIURÍASE:

1º Escolha:

Mebendazol

dose: 100mg/dia em dose única

Repetir após 15 dias.

2a. Escolha:

Albendazol

dose: 400mg/dia em dose única.

Repetir após 15 dias.

OBS.: É importante que se faça o tratamento de todas as pessoas da casa, e sejam enfatizados os cuidados de higiene, pessoais e ambientais (escovar as unhas pela manhã e lavar as mãos após utilizar o toalete, trocar as roupas de cama e íntimas durante o tratamento).

5 - ESTRONGILOIDÍASE

1º Escolha:

Albendazol

dose: 400mg/dia em 1 tomada, 3 dias.

Apresentação (comp=400mg; suspensão 40mg/ml)

Obs: Está contra-indicado para menores de 2 anos.

2º Escolha:

Tiabendazol

dose: 50 mg/kg/dia em 2 tomadas, 3 dias

Apresentação: (comp=500mg;)

Obs: Está contra-indicado para crianças abaixo de 15Kg.

6 - TENÍASE

1º Escolha:

Praziquantel

dose: 10 mg/kg em dose única

Apresentação: (comp.150mg; comp.500mg)

2º Escolha:

Mebendazol

dose: 300mg/kg em 2 tomadas, 3 dias.

7 - HYMENOLEPIÁSE:
Praziquantel

dose: 25 mg/kg em dose única

8 - ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA

Praziquantel

dose: 60 mg/kg em dose única ou em 3 tomadas durante 3 dias (parece melhorar a eficácia)

Oxaminiquine

dose: 15-20mg/Kg em dose única, dividida em 2 tomadas com intervalo de 4 horas.

Obs: fazer controle de cura com exames parasitológicos de fezes seriados (um exame a cada mês, durante 6 meses)

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

1) Penna, f.J.; Mota, J.A.C. - Doenças do Aparelho Digestivo na Infância.
Série Gastroenterologia Pediátrica 1. 1a. Edição ,1994

2) Penna, F.J.; Wehba,J; Neto, U.F.N. - Gastroenterologia Pediátrica.
2º Edição,1991

3)Leão, E e cols - Pediatria Ambulatorial 2º Edição.

4) Boletim de Informação Terapêutica n. 2 - Dez/1995
Serv. Apoio Terapêutico/Assist.Farmacêutica - SMSA/BH

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

I- Problemas:

- É o principal motivo de consulta pediátrica nos serviços de saúde
- É uma das três principais causas de óbito em menores de 5 anos
- Grande número de hospitalizações desnecessárias
- Uso abusivo de antibióticos
- Fator agravante dos casos de desnutrição
- Grande número de óbitos domiciliares por pneumonia

II- Propostas:

- Prevenção
- Identificação precoce da doença
- Determinação de sua gravidade
- Indicação da terapêutica adequada a cada caso

III- Equipe de Assistência à criança

- Auxiliar de enfermagem
- Enfermeiro
- Médico
- ACS

IV- Atribuições dos Profissionais da Equipe

A- Auxiliar de Enfermagem

a- Identificar quadro de Doença Respiratória Aguda (DRA)

Criança que apresenta um ou mais dos sinais seguintes: tosse, coriza, obstrução nasal, dor de ouvido, dor de garganta, garganta vermelha, respiração rápida ou dificuldade para respirar, chieira, secreção no ouvido (otorréia) e respiração ruidosa (estridor) .

b-Identificar fatores de risco associados a complicações nas Doenças Respiratórias Agudas para priorizar o atendimento:

- Idade: crianças menores de 1 ano, principalmente menores de 2 meses
- Estado nutricional: crianças desnutridas
- História prévia de: Internação ou Atendimento em Serviços de Urgência por Pneumonia e/ou chieira de repetição (Bronquite, Asma, Bronquiolite)
- História familiar de Asma

- Sinais e Sintomas de gravidade:
 - Gemência
 - Cianose
 - Hipotermia
 - Estado geral comprometido/ Toxemia
 - Prostração persistente mesmo sem febre ou agitação
 - Recusa de líquidos
 - Febre persistente por mais de 3 dias
 - Criança doente há mais de 7 dias sem melhora
 - Dificuldade para respirar (Dispnéia) ou respiração rápida (2-11 meses: 50 ou mais/minuto; 1-4 anos: 40 ou mais/minuto)
 - Batimentos de asa do nariz
 - Crises de apnéia
 - Estridor em repouso
 - Convulsões
 - Diarreia, vômitos e/ou desidratação
 - Palidez cutâneo-mucosa acentuada
 - Distensão abdominal (lactente pequeno)
 - Outras doenças associadas (Sarampo, Coqueluche, TBC, outras)

c- Conduta

- Avaliação global da criança, incluindo cartão da criança para avaliação nutricional e imunização
- Aferir temperatura axilar, frequência respiratória e peso
- Encaminhar para atendimento do enfermeiro ou médico

B- Enfermeiro

- a- Identificar quadro de Doença Respiratória Aguda (DRA)
- b- Identificar os fatores de risco para complicações em Doenças Respiratórias Agudas (item A-b)
- c- Conduta:
 - 1- RINOFARINGITE AGUDA (RESFRIADO COMUM)
 - Consulta de enfermagem ou médica
 - Prescrição adequada padronizada para o caso (vide item V)
 - 2- Encaminhamento das demais síndromes clínicas para consulta médica

C- Médico

- a- Atendimento das consultas e eventuais urgências com avaliação integral da criança: crescimento e desenvolvimento com avaliação do cartão da criança, imunização, incentivo ao aleitamento materno e orientação nutricional e orientações gerais das ações de promoção à saúde
- b- Prescrição conforme normatização do item V
- c- Internação dos casos graves

V- Abordagem das diversas Síndromes Clínicas

A- Rinofaringites Agudas (Resfriado comum)

a- Identificação do caso pelo Auxiliar de Enfermagem

b- Encaminhamento para o Enfermeiro ou médico que deverá:

1- Orientar em relação à alimentação, sono, repouso, hidratação e também em relação à doença em tratamento (duração, sinais de gravidade, retorno, etc.)

2 - Prescrever/ Administrar

Se obstrução nasal: solução fisiológica nasal ou soro fisiológico 0,9%, sempre que necessário

Se febre: antitérmico

- Dipirona: 10 mg/kg/dose 4-6 doses
comp. 500 mg

gotas 20 gotas = 500 mg

- Acetaminofen : 10 mg/Kg/dose 4-6 doses
gotas 200mg/ml

Se dor de garganta: analgésico (Dipirona ou Acetaminofen)

Se tosse e/ou rouquidão: aumentar hidratação oral, vaporização, desaconselhar o uso de antitussígenos

3- Agendar retorno se necessário

4- Orientar retorno em caso de piora

B- OUTROS CASOS DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS:

a- Identificação do quadro pela equipe

b- Aferir dados vitais

c- Medicação analgésica e antitérmica se necessário

d- Encaminhamento para consulta médica

CONDUTAS TERAPÊUTICAS PARA AS DIVERSAS SÍNDROMES CLÍNICAS

1- FARINGO-AMIGDALITES

A) Viróticas

Conduta: intensificar hidratação oral, tratar a febre e dor se necessário, não prescrever antibióticos e evitar o uso de salicilatos devido associação com a Síndrome de Reye.

B) Bacterianas

Conduta: antibioticoterapia

1ª escolha : - Penicilina G Benzatina, dose única, IM

10 a 27 Kg: 600.000 U

> 27 Kg: 1.2000.000 U

ou

- Penicilina V - 25.000 a 50.000 U/Kg/dia, VO, 3-4 doses, 10 dias

ou

- Amoxicilina - 40-50 mg/Kg/dia, VO, 8/8 horas, 10 dias

Se alergia à penicilina: Eritromicina -30-50 mg/Kg/dia, VO, 6/6 horas, 10 dias

ou

Azitromicina - 10 mg/Kg/dia, VO, 24/24 horas, 5 dias

ou

Claritromicina – 7,5 mg/Kg, VO, 12/12 horas, 10 dias

Nos casos de falha ao tratamento- Amoxicilina-Clavulanato, 40-50 mg/Kg/dia,

VO, 8/8 horas (250 mg/5 ml) ou 12/12

horas (400mg/5 ml)

ou

Metronidazol-15-35 mg/Kg/dia,VO,8/8 hrs

ou Clindamicina-10-20 mg/Kg/dia,VO, 3-4

doses

(se há suspeita de infecção por anaeróbios)

ou

Claritromicina – 7,5 mg/Kg, VO, 12/12 hrs

2- OTITE MÉDIA AGUDA/ SINUSITE

Conduta: - medidas gerais (tratar febre e dor se necessário, soro fisiológico nasal freqüente, intensificar hidratação oral)

- antibioticoterapia:

1^a escolha: Amoxicilina- 40-50 mg/Kg/dia, VO, 8/8 horas, 10-14 dias

Sulfametoxazol-Trimetoprim –40 mg/Kg/dia (SMZ), VO,
12/12 horas, 10-14 dias

Se falha no tratamento após 72 horas: Amoxicilina-Clavulanato ou

Claritromicina ou Cefalosporina de 2^a geração (Cefaclor-40 mg/Kg/

dia, VO, 8/8 horas ou Cefuroxima- 30 mg/Kg/dia, VO , 12/12 horas)

2.1- Complicações: Mastoidite

Celulite periorbitária

Encaminhar para hospitalização

3- LARINGITES

a- Viróticas

Conduta: - casos leves: sintomáticos, hidratação oral freqüente, vaporização

- casos moderados a graves: hospitalização

b- Laringites bacterianas/Difteria/Epiglotite

Conduta: hospitalização

4- PNEUMONIAS

a- Recém-nascidos e lactentes até 2 meses

- Principais agentes etiológicos: *S. aureus*, gram-negativos, *S. pneumoniae*,
vírus

- Conduta: hospitalização

b- Lactentes maiores de 2 meses a 5 anos

- Principais agentes: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, vírus, *S. aureus*, *Chlamydia trachomatis*, (2 a 6 meses)
 - Conduta: - tratamento domiciliar na ausência de sinais de gravidade
 - antibioticoterapia conforme quadro A
 - orientar as mães sobre o uso correto da medicação, alimentação e hidratação, manutenção das vias aéreas limpas e desobstruídas
 - recomendar e agendar retorno em 48 horas (vide quadro B)
 - enfatizar para retorno imediato em caso de piora
 - solicitar RX tórax sempre que possível
 - internar nas seguintes situações: sinais de hipoxemia ou insuficiência respiratória, recusa em ingerir líquidos ou desidratação, convulsões, apnéias, sinais radiológicos de gravidade (derrame pleural, abscesso, pneumatocele, etc.), problema social, doenças associadas (anemia, cardiopatia, desnutrição grave, etc.)
 - usar broncodilatadores, caso a infecção seja acompanhada por broncoespasmo
- c) Crianças maiores de 5 anos: *S. pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*
- Conduta: vide conduta do item 4-b

QUADRO A – TRATAMENTO DAS PNEUMONIAS – ANTIBIOTICOTERAPIA

Faixa etária	Tratamento
< 2 meses	Tratamento hospitalar
> 2 meses a 5 anos	Amoxicilina 40-50 mg/Kg/dia ,VO,8/8 horas,7-10 dias ou Penicilina procaína 50.000 U/Kg/dia, IM , 7-10 dias < 10 Kg: 24/24 horas; > 10 Kg: 12/12 horas ou Penicilina benzatina, dose única, IM (> 3 anos) < 27 Kg: 600.000 U ; > 27 Kg: 1.200.000 U
> 5 anos	Amoxicilina ou Penicilina procaína Ou Penicilina benzatina Ou Eritromicina ou Claritromicina ou Azitromicina (suspeita de Mycoplasma)

REAVALIAÇÃO E CONDUTA NO RETORNO

Quadro clínico sem melhora Mas sem sinais de agrava- mento	→ RX tórax para controle e reavaliação do anti- biótico, conforme o quadro clínico: Suspeita de <i>Haemophilus</i> : trocar para Amoxacilina-Clavulanato ou Cefalosporina 2 ^a Suspeita de <i>Mycoplasma</i> : trocar para eritro- micina ou claritromicina ou azitromicina → Reavaliar em 48 horas como um caso novo
Piora do quadro clínico	→ Internação hospitalar ou em unidade de curta permanência para observação clínica, realiza- ção de exames e decisão do tratamento
Quadro clínico com melhora	→ Manter o antibiótico por pelo menos 7-10 dias

5- BRONQUIOLITES

- Características: predominante em menores de 6 meses, etiologia virótica, quadro clínico semelhante ao da asma, internação nos casos graves.
- Tratamento: broncodilatadores + corticóide ?

6- ASMA

I- PROBLEMAS

- Representa a 2ª causa de internação em Belo Horizonte entre 1 e 9 anos, segundo pesquisa realizada (Lasmar,L; Fontes, MJ e cols).
- É responsável por reinternações frequentes (71% das crianças tem mais de 1 episódio de internação) e atendimentos em serviços de urgência (82% dos casos procuram serviço de urgência de 1 a 4 vezes por mês).
- 94% das mães entrevistadas, não possuíam qualquer conhecimento sobre a doença, medidas preventivas e tratamento.
- 60% dos casos de internação pesquisados, receberam diagnóstico de pneumonia.

II- CLASSIFICAÇÃO (vide Anexo 1)

a) Asma intermitente

Caracteriza-se por crises espaçadas (intervalo entre as crises > 4 semanas) e

Períodos assintomáticos, nas intercrises. É a forma mais frequente.

b) Asma Persistente

Caracteriza-se pela presença de sintoma nas intercrises. Intervalo entre as crises < 4 semanas.

III- CONDUTA

A- Atribuições de toda a Equipe de Atenção à criança:

- Reconhecimento e captação de toda criança que:
 - 1) utiliza com frequência serviços de urgência para tratamento de crise;
 - 2) tenha história de internação prévia por pneumonia ou asma;
 - 3) tenha episódios frequentes de “ chieira ”;
 - 4) seja encaminhada ao Centro de Saúde com receita de Despacilina, egresso de internação ou serviço de urgência por Asma ou Pneumonia;
- Orientações às mães sobre a doença (medidas preventivas e tratamento).

B- Atribuições do Enfermeiro:

1- Reconhecimento do paciente portador de asma persistente, usuário do C.S., com prescrição médica prévia (receita médica ou prontuário) de até 3 meses, com quadro de: sibilância, tempo expiratório prolongado e tiragem, associados à tosse.

2- Administração do broncodilatador por via inalatória conforme prescrição médica.

3- Prescrição de antitérmico se necessário

OBS.: O broncodilatador por via inalatória deverá ser feito nos casos de urgência, nos pacientes descritos no item 1 acima, enquanto aguardam consulta médica ou o encaminhamento para outra unidade. Pode ser repetido se necessário, com intervalo de 20 minutos.

C- Atribuições do médico

1- TRATAMENTO NAS INTERCRISES (vide anexo 1)

2- TRATAMENTO DA CRISE ASMÁTICA (vide Anexo 2)

- Asma Intermitente: - controle do ambiente

- orientar início do broncodilatador na pré-crise e sua
manutenção até 72 horas após o desaparecimento dos
sintomas.

- Asma Persistente: - controle ambiental

- corticóide inalado (beclometasona;vide Anexo 1)
- broncodilatador na pré-crise e até 72 horas após
desaparecimento dos sintomas.

3- Preencher protocolo de acompanhamento da criança com Asma em uso de beclometasona

TRATAMENTO DA CRISE ASMÁTICA – Anexo 2

AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

*Sedação é contra-indicada pois a agitação é um sinal indireto de hipoxemia.

História, exame físico, Sat. O₂, PFE (crianças acima de 6 anos)

CLASSIFICAÇÃO QUANTO A GRAVIDADE DA CRISE

	LEVE	MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
Dispneia	Deambula Consegue ficar deitado	Dificuldade para alimentar Prefere sentar	Não consegue alimentar Repouso Prefere sentar	
Fala	Sentenças	Frases (choro curto)	Palavras (monossílabos)	
Consciência	Às vezes agitado	Agitado	Muito Agitado	Sonolento Confuso
FR Idade/ Freq. normal <2m <60/min 2-12m <50/min 1- 5 a <40/min 6- 8 a <30/min	Normal a 30% acima do normal	30 a 50% acima do normal	> 50% acima do normal	
Utilização da musculatura acessória	Ausente ou retração intercostal leve	Retrações moderadas subcostais e uso do esternocleido	Retrações intensas	Movimento tóraco-abdominal paradoxal
Auscult	Sibilos tele-expiratórios	Sibilos altos expiratórios	Sibilos altos ins- e expiratórios Pobre entrada de ar	Silêncio
FC Idade Freq. normal 2- 12 m < 160/min 1- 2 a <120/min 2- 8 a <110/min	<100 *Parâmetro para maiores de 8 anos	100 – 120	>120	Bradycardia
PFE	> 80% do predito	De 50 a 80% do predito	<50% do predito	
Sat.O ₂ (ar ambiente)	>95% (teste não necessário)	91 – 95%	<91%	
PaO ₂ (ar ambiente)	Normal (teste não necessário)	> 60mmHg (teste geralmente não necessário)	<60mmHg (possível cianose)	
PaCO ₂ (ar ambiente)	<42mmHg (teste não necessário)	<42mmHg (teste não necessário)	>42mmHg (possível falência respiratória)	

Modificado de Global Initiative for Asthma Global Strategy for Asthma Management and Prevention 1995/1997

ASMA AGUDA LEVE E MODERADA

TRATAMENTO INICIAL

b2 AGONISTA VIA INALATÓRIA

- **Spray com espaçador:** Salbutamol spray (100mcg/jato) – 2 a 6 jatos (4 jatos) a cada 20 minutos (total de 4 vezes).
OU
- **Micronebulização**
Salbutamol sol. a 0,5%: 0,10 a 0,15 mg/kg/dose (= 1 gota/2 kg/dose a 1 gota /1,5 kg/dose - máximo de 20 gotas/dose) a cada 20 minutos (total de 3 vezes).
ou
Fenoterol sol. a 0,5%: 0,10 mg/kg/dose (= 1 gota/2kg/dose – **máximo de 10 gotas/dose**) a cada 20 minutos (total de 3 vezes).

REAVALIAÇÃO CLÍNICA (APÓS 1 HORA):

- **SE BOA RESPOSTA (PFE > 70% do basal, ⁻FR, ⁻FC, ⁻ sibilância, SatO2 >95%):**
 - ◆ Se BOA RESPOSTA **sem sinais de gravidade** ⇒ Alta **após 1 hora da estabilização do quadro** com receita de salbutamol xarope (0,10 a 0,15mg/kg/dose, VO, de 6/6 horas) ou spray (2 jatos de 4/4 h ou de 6/6 horas). Quando em uso de corticóide inalatório, orientar mantê-lo.
Encaminhamento para Centro de Saúde.
Outros β2 agonistas por via oral:
Fenoterol (Berotec® 1,25mg / 5ml) – dose 0,2mg/kg (peso x 0,8) cada 6 a 8 horas.
Terbutalina (Bricanyl® 1,5mg/ 5ml) – dose 0,075mg/kg (peso x 0,25) cada 6 a 8 horas.
 - ◆ Se BOA RESPOSTA mas **com sinais de gravidade:**
 - 1) **CORTICÓIDE SISTÊMICO:**
Avaliar início precoce se:
 - Se uso recente de corticóide oral (últimos 3 meses)
 - Se recebeu mais de 4 cursos de corticóide sistêmico nos últimos 12 meses
 - Se história prévia de asma aguda grave
 - ▷ **Corticóide via oral:**
Se **não** há impedimento à via oral (como vômitos, dispnéia acentuada, torpor):
Prednisona (comprimidos 5 e 20 mg) ou Prednisolona (sol. 1mg/1ml e 3mg/1ml): 1 a 2 mg /kg – dose única VO.
 - ▷ **Corticóide via parenteral:**
Se há impedimento à via oral ou necessidade de alguma terapia endovenosa: rehidratação, outras medicações)- Se soro venoso, adicionar cloreto de potássio à solução (risco de hipopotassemia devido ao efeito direto na absorção de potássio do músculo esquelético via receptores-β2):
Hidrocortisona (frasco-ampola 500mg/5ml e 100mg/2ml):
Dose de ataque: 8 a 10 mg/kg/dose, EV
Após 6 horas do ataque: 4 a 5 mg/kg/dose de 4/4 h ou de 6/6 horas, EV.
Metilprednisolona (frasco-ampola 40mg/ml, 125mg/2ml, 500mg/8ml):
Dose de ataque: 2 mg/kg/dose, EV
Após 6 horas do ataque: 1 a 2mg/kg/dose de 6/6 horas, EV.
 - 2) **b2 AGONISTA VIA INALATÓRIA:**
⇒ **Salbutamol spray:** 2 a 4 jatos de 1/1 hora ou de 2/2 horas
OU
⇒ **Micronebulização com salbutamol sol. a 0,5%:** 0,10 a 0,15 mg/kg/dose (=1 gota / 2kg/dose a 1 gota/1,5 kg/dose – máximo de 20 gotas/dose) de 1/1 hora ou de 2/2 horas.

❖ OBSERVAR POR 4 A 6 HORAS

- **SE BOA RESPOSTA:** Alta em uso de corticóide oral (prednisona ou prednisolona: 1 a 2mg/kg/dia) por 3 a 7 dias e β_2 agonista por via oral (Salbutamol xarope: 0,10 a 0,15mg/kg/dose – máximo 2mg/dose – de 6/6 horas) ou via inalatória se o paciente já tem domínio da técnica (Salbutamol spray: 2 jatos de 6/6 horas até de 3/3 horas dependendo da necessidade nas primeiras 24 horas em casa). Quando em uso de corticóide inalatório, orientar mantê-lo. Encaminhar para Centro Saúde.
- **SE NÃO HÁ RESPOSTA SATISFATÓRIA (PFE <50% do basal, -FR, -FC com sinais de esforço, MV^- , SatO2 <91%):**
 - ❖ Avaliar internação e iniciar tratamento para **Asma Aguda Refratária.**

ASMA AGUDA REFRATÁRIA

▷ β_2 AGONISTA VIA INALATÓRIA:

- **Micronebulização com salbutamol sol. a 0,5%:** 0,10 mg/kg/dose (=1 gota / 2kg – máximo de 20 gotas/dose) de 1/1 hora (*ou até de 20/20 minutos*) – **reavaliação contínua: monitorização de FC, FR, Sat.O2, gases arteriais, eletrólitos (atenção para hipopotassemia), glicemia e RX de tórax.**
Volume total da solução para nebulização: 4ml
Fluxo de O2: 8 l/min
Acrescentar à micronebulização: **Brometo de Ipratrópio:** 1 gota/kg/dose (máximo de 20 gotas/dose) **a cada 6 horas.**
- ▷ Considerar o uso de β_2 agonista endovenoso:
 - Salbutamol (ampola 500mcg/ml) – diluir a ampola em soro fisiológico:
Dose de ataque: 5 a 10 mcg/kg/10 minutos
Dose manutenção: 0,2 mcg/kg/minuto, com aumento de 0,1mcg/kg/min a cada 15 a 20 minutos, até 4 mcg/kg/min.
- ▷ Considerar o uso de aminofilina endovenosa (ampola de 10ml: 24mg/ml):
Dose de ataque: 5 a 7 mg/kg diluída em soro fisiológico de 20 a 50 ml em 20 minutos.
Se a criança já faz uso de aminofilina em casa, fazer dosagem sérica e não fazer dose de ataque. Se estiver em uso de cimetidina ou eritromicina, reduzir a dose em 25%.
Dose de manutenção: 0,5 a 1 mg/kg/hora (máximo 400mg/dia):
 - 1 a 6 meses: 0,4mg/kg/hora
 - 6 a 12 meses: 0,8mg/kg/hora
 - 1 a 9 anos: 1mg/kg/hora
 - >10 anos: 0,7mg/kg/hora
- ▷ Considerar ventilação mecânica - **se sinais de falência respiratória: $pO_2 < 60\text{mmHg}$, $pCO_2 > 45\text{mmHg}$, Sat.O2 <90% dando $FiO_2 > 0,6$ (>60%).**

ASMA AGUDA GRAVE

- **Oxigênio para manter Sat.O2 >93%.**
- β_2 AGONISTA VIA INALATÓRIA:
Micronebulização com salbutamol sol. a 0,5%: 0,10 mg/kg/dose (=1 gota / 2kg – máximo de 20 gotas/dose) de 1/1 hora (*ou até de 20/20 minutos*) – **reavaliação contínua com monitorização de FC, FR, Sat.O2, gases arteriais, eletrólitos (atenção para hipopotassemia), glicemia e RX de tórax.**
Se a resposta à 1ª dose de β_2 agonista não for satisfatória, acrescentar à micronebulização: **Brometo de Ipratrópio:** 1 gota/kg/dose (máximo de 20 gotas/dose) **a cada 6 horas.**
- **Corticóide sistêmico** – VO ou EV (ver observações anteriores).
- **Corrigir desidratação, evitando hiperhidratação.**
- **Seguimento como orientado na ASMA AGUDA LEVE E MODERADA.**

ASSISTÊNCIA INTEGRAL
À ATENÇÃO SECUNDÁRIA
PROTOCOLOS & ROTINAS

PARTE III – PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO ÀS ESPECIALIDADES

ALERGOLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A) asma

B) rinopatias alérgicas

C) dermatite

A	Asma
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta
EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Apenas os já realizados
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar
TRATAMENTO	Citar os tratamentos empregados previamente e os medicamentos em uso atual
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar o motivo de encaminhamento ao alergologista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	Encaminhar ao alergologista os casos de asma onde houver suspeita de fundo alérgico.

B	Rinopatias alérgicas
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta
EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Apenas os já realizados
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar
TRATAMENTO	Citar os tratamentos empregados previamente e os medicamentos em uso atual
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

C	Dermatite
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta
EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Apenas os já realizados
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Citar os tratamentos empregados previamente e os medicamentos em uso atual
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar o motivo de encaminhamento ao alergologista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	encaminhar ao alergologista os casos de asma onde houver suspeita de fundo alérgico.

OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

Conjuntivite: encaminhar ao alergologista os casos onde houver suspeita de fundo alérgico, e após avaliação do oftalmologista.

CIRURGIA VASCULAR E ANGIOLOGIA

CARDIOLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A) hipertensão arterial

B) insuficiência coronariana / dor torácica / precordialgia

C) insuficiência cardíaca / dispnéia / cansaço

A	Hipertensão arterial
HISTÓRIA CLÍNICA	Relato sucinto da história, evolução e complicações, citando a presença de lesões em órgãos-alvo e doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relato dos achados importantes, medida da pressão arterial
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX de tórax, ECG, glicemia em jejum, K ⁺ , Na ⁺ , creatinina, colesterol, triglicérides e urina rotina. Caso tenha feito outros exames, ecocardiograma por exemplo, orientar o paciente a levar ao especialista.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Especificar os tratamentos realizados e os medicamentos em uso atualmente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever o motivo do encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	encaminhar ao especialista se a hipertensão arterial estiver associada com a presença de alterações em órgão-alvo e/ou de difícil controle e/ou para parecer sobre conduta, devendo o médico que solicitar a avaliação, justificar com clareza o que deseja do encaminhamento.

B	Insuficiência coronariana / dor torácica / precordialgia
HISTÓRIA CLÍNICA	Detalhar a história e evolução do quadro, informando sobre doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX de tórax , ECG, glicemia de jejum, colesterol total e fracionado, ácido úrico e triglicérides. Caso tenha feito outros exames no passado, tais como teste de esforço e/ou ecocardiograma e/ou cateterismo e/ou cintilografia miocárdica, orientar o paciente a levar para o especialista.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Descrever os tratamento até então realizados e citar os medicamentos em uso atualmente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar os motivos de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS (com relatório do especialista)
OBSERVAÇÕES	Encaminhar em caso de dúvida diagnóstica ou na presença de sinais de piora de sintomas em paciente portador de insuficiência coronariana.

C	Insuficiência cardíaca / dispnéia / cansaço
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta informando evolução dos sinais e sintomas e patologias associadas
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX de tórax e ECG. Caso tenha feito outros exames no passado, tais como teste de esforço e/ou ecocardiograma e/ou cateterismo, orientar o paciente a levar para o especialista. Solicitar Machado-guerreiro quando procedente de área endêmica para D. de Chagas.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Especificar os tratamentos já realizados e os medicamentos em uso atualmente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar o motivo de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS (com relatório do especialista)
OBSERVAÇÕES	Encaminhar em caso de dúvida diagnóstica ou quando houver dificuldade na compensação da insuficiência cardíaca.

OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

Valvulopatias / sopros : informar as características do sopro. Em crianças, se o sopro for observado durante um quadro febril, reavaliar após a febre para verificar se ainda permanece. Quando encaminhar, já solicitar RX de tórax e ECG (e hemograma se houver suspeita de anemia, uma vez que esta é frequentemente causa de sopro).

Risco cirúrgico : A avaliação do risco cirúrgico deve ser feita na UBS. Caso seja detectado alguma alteração ou diagnosticado alguma patologia, o paciente poderá ser encaminhado a algum especialista para parecer, dependendo obviamente do caráter do(s) achado(s). Como exemplo, caso seja encontrado algum problema pulmonar, o parecer poderá ser solicitado ao pneumologista. Ao cardiologista, deverá ser encaminhado quando couber parecer deste especialista, com história clínica sucinta e relato dos achados importantes do exame físico, devendo o paciente estar de posse dos seguintes exames: ECG, hemograma, coagulograma, glicemia em jejum, RX de tórax, creatinina e K⁺.

Miocardiopatias: encaminhar em casos de descompensação, na presença de sinais e sintomas de insuficiência cardíaca.

Arritmia cardíaca: informar sintomatologia, doenças associadas, uso de medicações (como antidepressivos tricíclicos), história familiar e área de procedência (D. de Chagas?). Enviar RX de tórax e ECG.

CIRURGIA GERAL E CIRURGIA AMBULATORIAL

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A)pequenas cirurgias

B)avaliação de indicação cirúrgica

C)controle pós-operatório

A	Pequenas cirurgias
HISTÓRIA CLÍNICA	Evolução da lesão e características. Relatar doenças associadas, alergias, etc.
EXAME FÍSICO	Descrever a(s) lesão(ões).
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	nenhum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Relatar a suspeita diagnóstica.
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos realizados previamente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo do encaminhamento (avaliação de lesão, retirada, biópsia)
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

B	Avaliação de indicação cirúrgica
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta descrevendo evolução do quadro, sintomatologia e sinais importantes, doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Encaminhar os exames realizados para confirmação do quadro.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar as suspeitas diagnósticas.
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos realizados previamente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Indicar o motivo do encaminhamento.
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário.

C	Controle pós-operatório
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica e cirurgias prévias.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Encaminhar os exames realizados, principalmente resultados anátomo-patológicos.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar os diagnósticos suspeitos ou já definidos.
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos realizados previamente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Indicar o tipo de cirurgia realizada.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS (com relatório de contra-referência).

OBSERVAÇÕES:

Os pacientes encaminhados para realização de cirurgia ambulatorial devem estar clinicamente estáveis para execução do procedimento proposto, em virtude do risco potencial de complicações principalmente infecciosas: Hipertensão, Diabetes e outras doenças controladas, com relatório do médico que o assiste.

COLOPROCTOLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A) dor anal, sangramento anal, hemorróidas.

B) alteração do hábito intestinal, constipação.

A	Dor anal, sangramento anal, hemorróidas
HISTÓRIA CLÍNICA	Tempo de evolução, presença de dor, hábito intestinal, dieta atual, presença de sangue nas fezes e prolapso, patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar achados significativos.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	EPF
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Relatar os tratamentos prévios e a medicação em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever o motivo do encaminhamento.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório de contra-referência

B	Alteração do hábito intestinal, constipação.
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta, características do hábito intestinal, presença de sangue nas fezes, prolapso, dieta atual, doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	EPF. Em caso de constipação intestinal: enema opaco.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Relatar os tratamentos prévios e a medicação em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever o motivo do encaminhamento.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório de contra-referência

DERMATOLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:

A)micoses

B)prurido/eczema

C)fotodermatoses: miliária solar, melanose solar, queratose solar, etc.

A	micoses
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta constando data do início e evolução.
EXAME FÍSICO	Descrever a(s) lesão(ões). Informar outros achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES	Deve ser feito o exame micológico direto, e com base no resultado, iniciar o tratamento ou encaminhar ao especialista, se necessário. Para o exame micológico direto, o paciente não poderá estar em uso de anti-micótico.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Listar os tratamentos empregados e os medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo do encaminhamento
CONTRA-REFERÊNCIA	retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	a procura ao especialista deverá ser feita já de posse do resultado do teste micológico direto. Caso já esteja em uso de medicação tópica, a mesma deverá ser suspensa 15 dias antes da visita ao especialista.

B	Prurido/eczema
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização e fatores desencadeantes.
EXAME FÍSICO	Descrever a(s) lesão(ões). Informar outros achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES	Não deverá ser solicitado exame para o encaminhamento.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Listar os tratamentos empregados e os medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo do encaminhamento
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista.

C	fotodermatoses
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta constando data do início e evolução.
EXAME FÍSICO	Descrever a(s) lesão(ões). Informar outros achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES	nenhum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Listar os tratamentos empregados e os medicamentos em uso atual. Preferencialmente, não iniciar o tratamento específico antes do encaminhamento.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo do encaminhamento
CONTRA-REFERÊNCIA	retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	a procura ao especialista deverá ser feita já de posse do resultado do teste micológico. Caso já esteja em uso de medicação tópica, a mesma deverá ser suspensa 15 dias antes da visita ao especialista.

OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

Acne: encaminhar com história sucinta, relatando os medicamento empregados, se for o caso, e enumerar as doenças de base.

Problemas estéticos: evitar encaminhamento por este motivo ao dermatologista, avaliando-se, obviamente, o grau de repercussão psico-social do problema.

Onicomicoses: solicitar, antes do encaminhamento, exame micológico direto (não solicitar cultura). Anti-micóticos tópicos devem ser suspensos pelo menos 72 horas antes do exame. Solicitar ao paciente que não aplique esmalte cosmético para não prejudicar o exame da unha.

OBSERVAÇÕES:

Em todas as patologias dermatológicas é necessário caracterizar o objetivo da consulta com o especialista, informando a orientação desejada. Todo medicamento tópico deve ser suspenso antes do encaminhamento e as lesões devem estar presentes para permitir o diagnóstico.

ENDOCRINOLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A) Diabetes Mellitus

B) Tireopatias

C) Obesidade

A	Diabetes Mellitus
HISTÓRIA CLÍNICA	Detalhar a história clínica, com definição do tempo de evolução, agravos e complicações.
EXAME FÍSICO	Descrever os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Glicemia recente. Encaminhar outros exames realizados pelo paciente.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Listar os tratamentos empregados previamente e a medicação em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar os motivos de encaminhamento ao especialista (ver abaixo critérios para encaminhamento)
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	Os pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 devem ser encaminhados e permanecer em acompanhamento na endocrinologia. Quanto aos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, apenas os casos com complicações e acometimento de órgãos-alvo ou refratariedade com as medidas empregadas deverão ser encaminhadas ao endocrinologista para avaliação.

B	Tireopatias
HISTÓRIA CLÍNICA	Detalhar a história clínica com relato da evolução do quadro.
EXAME FÍSICO	Descrever os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES	TSH e T4 livre recentes. Encaminhar outros exames realizados.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Listar os tratamentos realizados previamente e os medicamentos atualmente em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar o motivo de encaminhamento e procura do especialista (vide abaixo)
CONTRA-REFERÊNCIA	retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	A contra-referência deverá informar a necessidade de controle na endocrinologia e sua frequência

C	Obesidade
HISTÓRIA CLÍNICA	Relatar a história sucintamente, incluindo enumeração de comorbidades (HAS,DM, hipotireoidismo,etc)
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, incluindo peso e estatura recentes (IMC).
EXAMES COMPLEMENTARES	Glicemia de jejum, triglicérides e colesterol. Quando suspeitar de hipotireoidismo, TSH e T4 livre.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar dieta e tratamentos prévios, informando os medicamentos em uso atualmente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar os motivos de encaminhamento ao especialista (ver abaixo).
CONTRA-REFERÊNCIA	retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	deve ser tratada na UBS, com orientações dietéticas e mudanças de estilo de vida. Quando encaminhar, dizer o motivo e qual a orientação desejada.

OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

Alterações no crescimento: encaminhar informando história sucinta, curva de crescimento com acompanhamento de no mínimo 6 meses e duas medidas feita pelo mesmo examinador e relato de peso/estatura atual e dos pais. Encaminhar com resultado de EPF, Hemograma, Urina e RX de punho E. Devem ser encaminhados após afastar patologias mais comuns: parasitoses, anemia, ITU, fator carencial-desnutrição, hipotireoidismo.

Telarca e pubarca precoces: História sucinta constando de descrição dos caracteres sexuais secundários: pelos, mamas, etc. Levar em conta que telarca e pubarca após os 9 anos é considerado normal.

Disfunção de glândulas supra-renais: Qualquer paciente com suspeita deve ser encaminhado, com história sucinta. A suspeita ocorrerá em presença de qualquer dos sintomas seguintes: obesidade central, hiper ou hipotensão, hipertricose, alopecia, estrias violáceas, hiperpigmentação de mucosas, amenorréia, anorexia, astenia ou redução em pilificação do corpo.

GASTROENTEROLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A) epigastralgia / úlcera péptica

B) diarreia

C) dor abdominal

A	Epigastralgia / úlcera péptica
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta com tempo de evolução da dor e características, hábito intestinal e sintomas concomitantes.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	EPF (2 amostras em MIF). Quando suspeita de úlcera: EDA
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar
TRATAMENTO	Relatar tratamento prévios e medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

B	Diarréia
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta com tempo de evolução, hábito intestinal e sintomas concomitantes.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	EPF (2 amostras em MIF). Hemograma e VHS.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar
TRATAMENTO	Relatar tratamento prévios e medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista.

C	Dor abdominal
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta com tempo de evolução da dor e características, hábito intestinal e sintomas concomitantes.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	EPF (2 amostras em MIF). Hemograma e VHS
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar tratamento prévios e medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever.
CONTRA-REFERÊNCIA	retorno UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

Achado sorológico positivo para Hepatite Viral após doação de sangue: quando houver dúvidas na condução do caso, encaminhar para o Serviço de Hepatologia do Hospital das Clínicas.

Halitose: o encaminhamento ao gastroenterologista não procede, uma vez que este problema se relaciona, em geral, a doença periodontal, doença otorrinolaringológica ou maus hábitos de higiene ou alimentares.

Coletíase: deve-se encaminhar à Cirurgia Geral.

HEMATOLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A) anemia

B) leucopenia

C) plaquetopenia

A	anemia
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta contendo tempo de evolução, sinais e sintomas associados, presença de sangramentos, patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Hemograma, plaquetas, reticulócitos, ferro sérico.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Citar.
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos prévios, incluindo os medicamentos e doses.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

B	leucopenia
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta incluindo a história pregressa, evolução, presença de febre e outros concomitantes, patologias associadas, história familiar.
EXAME FÍSICO	Relatar os dados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Hemograma, plaquetas e reticulócitos.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Relatar os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento Com relatório do especialista

C	plaquetopenia
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta relatando a presença de equimoses, petéquias ou sangramentos. Relatar as doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Hemograma, plaquetas e reticulócitos.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Relatar os medicamentos em uso e respectivas dosagens.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório de contra-referência
OBSERVAÇÕES	o paciente deve ser encaminhado sem medicar.

NEFROLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A) alteração de exame de urina

B) edema a esclarecer

C) lesão renal em Diabetes, Hipertensão, doenças reumatológicas e auto-imunes.

A	Alteração de exame de urina
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da Pressão Arterial.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Exame de Urina Rotina, Uréia, Creatinina e Glicemia de jejum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Indicar os medicamentos e doses em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

B	Edema a esclarecer
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da Pressão Arterial.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Exame de Urina Rotina, Uréia, Creatinina e Glicemia de jejum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Indicar os medicamentos e doses em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

C	Lesão renal em Diabetes, Hipertensão, doenças reumatológicas e auto-imunes.
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da Pressão Arterial.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Exame de Urina Rotina, Uréia, Creatinina e Glicemia de jejum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Indicar os medicamentos e doses em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS (com relatório de contra-referência).

OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

Hematúria

Infecções urinárias de repetição

NEUROLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A)cefaléia

B)epilepsia, convulsões, “desmaios”

C)distúrbios de aprendizagem, retardo psicomotor.

A	cefaléia
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta informando localização, características, evolução e patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes. Informar a pressão arterial. Caso seja realizado o fundo de olho e encontrar papiledema, encaminhar sem exames para avaliação neurocirúrgica de urgência.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Nenhum exame é necessário para o encaminhamento, mas o paciente deve levar para o especialista aqueles exames que já possuir, tais como radiografias (crânio, seios da face), tomografias e outros.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar os tratamentos já realizados e informar os medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever o motivo de encaminhamento.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	As cefaléias de difícil controle, associadas a distúrbios do comportamento, convulsões, agravamento progressivo ou instalação súbita e constante, devem sempre ser encaminhadas ao neurologista.

B	Epilepsia, convulsões, “desmaios”.
HISTÓRIA CLÍNICA	Relato sucinto da história informando características, evolução e concomitantes. Informar doenças associada(em especial diabetes) e possível hipoglicemia.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Nenhum exame é necessário para o encaminhamento, mas o paciente deve levar para o especialista aqueles exames que já possuir, tais como radiografia de crânio, tomografias e outros.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Informar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever o motivo de encaminhamento

CONTRA-REFERÊNCIA	Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS (com relatório de contra-referência).
OBSERVAÇÕES	Nos casos de convulsão febril em crianças, deve-se tratar o quadro de base e depois encaminhar ao neurologista. Após avaliação pelo neurologista, e confirmando-se o diagnóstico de epilepsia, o retorno ao especialista deve ocorrer de 6 em 6 meses. Caso a medicação termine antes do retorno ao especialista, e estando o paciente sob controle, a prescrição deverá ser mantida pelo médico da UBS até o retorno ao neurologista. Para tanto, na receita deve constar sua validade (de acordo com a data de retorno ao especialista), e estar preenchido o relatório de contra-referência.

C	Distúrbios de aprendizagem, retardo psicomotor
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta especificando qual atraso do desenvolvimento neuropsicomotor foi observado, qual distúrbio do comportamento, o tempo de evolução e dados sobre o parto e primeiro ano de vida.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	nenhum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Informar os tratamentos realizados e medicamentos em uso. Encaminhar relatório da maternidade onde a criança nasceu.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS (com relatório de contra-referência).
OBSERVAÇÕES	Os casos de retardo de desenvolvimento agudo são de indicação para o neurologista, já os casos de retardo crônico em geral são problemas psicopedagógicos. Adultos com quadro de retardo e distúrbios de comportamento devem ser encaminhado ao psiquiatra ou a escolas especializadas.

OFTALMOLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- A) baixa acuidade visual
- B) conjuntivite e dor ocular
- c) retinopatia hipertensiva/diabética

A	Baixa acuidade visual
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta, citando presença de outras patologias, em especial Diabetes e Hipertensão.
EXAME FÍSICO	Citar os achados significativos.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Nenhum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar
TRATAMENTO	Enumerar medicamentos em uso
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar o motivo do encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS (com relatório de contra-referência).
OBSERVAÇÕES	em geral, o paciente adulto faz a procura direta do especialista por perceber alteração na acuidade visual, não sendo necessário o encaminhamento médico. Nos casos de crianças (de 4 a 16 anos), é necessário fazer a triagem prévia para medir a acuidade visual. Só há indicação de encaminhar ao oftalmologista quando há alteração no teste de acuidade visual, devendo ser informado o valor encontrado no teste.. Também em crianças, além da acuidade visual, fazer a medida do PPC (ponto próximo da convergência). Se este não for normal, pode causar sintomas semelhantes aos da baixa acuidade visual, necessitando de encaminhamento e tratamento. Em crianças abaixo de 4 anos, o encaminhamento deverá ser feito por médico.

B	Conjuntivite e dor ocular
HISTÓRIA CLÍNICA	Relatar a história sucintamente, com referência a sintomas concomitantes tais como ardor, lacrimejamento, hiperemia ocular, “cansaço visual”, diplopia, dor periorbitária, história familiar de glaucoma.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados significativos.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Nenhum.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Listar.
TRATAMENTO	Relatar os medicamentos em uso no momento
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever os motivos de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário.
OBSERVAÇÕES	O paciente com dor ocular aguda deve ser encaminhado a serviço oftalmológico de urgência

C	Retinopatia diabética/hipertensiva
HISTÓRIA CLÍNICA	Descrever a história clínica, tempo de evolução, complicações.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes. Informar o valor da pressão arterial.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Diabetes: glicemia recente. Para Diabetes e Hipertensão, o paciente deve levar ao especialista os exames e relatórios oftalmológicos prévios.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Especificar os tratamentos previamente empregados e os medicamentos atualmente em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar o motivo de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário.
OBSERVAÇÕES	O paciente diabético não deve ser encaminhado para realização de refração com a glicemia elevada.

OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

Cefaléia: Quando ocasionada por problema oftalmológico, localiza-se em geral na região frontal, ocorrendo geralmente após o período escolar ou após esforços visuais. Cefaléia matinal ou no meio da noite não está relacionada a problema ocular. Em casos de cefaléia frontal, deve-se fazer diagnóstico diferencial com sinusite, solicitando-se estudo radiográfico a critério clínico.

ORTOPEDIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A)dores na coluna vertebral (cervicalgia e lombalgia)

B)deformidades: MMII, escoliose, cifose

C)dor localizada a esclarecer

A	Dores na coluna vertebral- cervicalgia e lombalgia
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta, constando queixa, localização, irradiação, duração e evolução.
EXAME FÍSICO	Descrever os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES	RX da área afetada. Fazer preparo intestinal para RX de coluna lombar.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Especificar os tratamentos empregados
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário

B	Deformidades ósseas (MMII, cifose, escoliose)
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta constando início e evolução dos sinais e sintomas.
EXAME FÍSICO	Descrever os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES	Para deformidades na coluna, solicitar RX de coluna tóraco-lombar em AP e PERFIL
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos já empregados.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo do encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário
OBSERVAÇÕES	os casos de deformidades ósseas em crianças só devem ser encaminhado após a idade de dois anos (genu valgo, cambota, pé torto, pé plano, quedas, perna torta), uma vez que até esta idade é normal a existência destes casos. A deformidade em progressão deve ser acompanhada pelo ortopedista.

C	Dor localizada a esclarecer
HISTÓRIA CLÍNICA	Relatar a evolução do problema
EXAME FÍSICO	Descrever a localização, presença de sinais flogísticos e dor ou limitação à movimentação
EXAMES COMPLEMENTARES	Nenhum exame deve ser solicitado
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar os tratamentos realizados
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever o motivo do encaminhamento ao especialista
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário

OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

Sequela de fratura: descrever a localização e evolução, os tratamentos prévios e encaminhar com RX do local afetado em AP e PERFIL.

Dor articular, algias ósseas, calcanealgias, artrose de joelho: descrever a localização, presença de restrição ou dor à movimentação e presença de sinais flogísticos. Encaminhar com RX da articulação acometida em 2 incidências. Em caso de suspeita de esporão de calcâneo, a incidência é lateral. Se o acometimento for de ombro, a incidência é AP e AXIAL.

OBSERVAÇÕES:

O encaminhamento do paciente após a avaliação pelo ortopedista irá variar conforme a situação, podendo o paciente ser retornado à UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra-referência, ou ser encaminhado para outra especialidade.

O paciente deve ser orientado a levar à consulta os exames que possuir e a guardar as radiografias.

OTORRINOLARINGOLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A) sinusites

B) otites

C) obstrução nasal

A	sinusites
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta, relato de alergias
EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Radiografia de seios da face em mento-naso, fronto-naso e perfil (ortostatismo)
HIPÓTESES DIAGNÓSTICA	Enumerar
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos realizados até então
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Definir o motivo do encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista Após a prescrição do tratamento, e caso o controle possa ser feito na UBS, o paciente deverá ser retornado à UBS com relatório de contra-referência preenchido.
OBSERVAÇÕES	O paciente com sinusite aguda, sem história de sinusites frequentes, deve ser tratado e realizado controle de cura na UBS, sendo encaminhado à especialidade apenas as sinusites crônicas ou de repetição.

B	otites
HISTÓRIA CLÍNICA	Ouvido acometido, frequência das crises
EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes
EXAMES COMPLEMENTARES	Encaminhar exames já realizados, se for o caso. Em crianças, pedir RX de cavum (e de seios da face se suspeitar de obstrução)
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos realizados até então
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Definir o motivo do encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	O tratamento de otites agudas após IVAS deve ser realizado na própria UBS. Após a prescrição do tratamento, e caso o controle possa ser feito na UBS, o paciente deverá ser retornado à UBS com relatório de contra-referência preenchido.

C	Obstrução nasal
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta, relatar alergias
EXAME FÍSICO	Descrever dados importantes
EXAMES COMPLEMENTARES	Em crianças, RX de cavum (com a boca aberta). Em adultos e crianças, RX de seios da face
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos realizados até então
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo do encaminhamento ao especialista
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	os casos de IVAS sem complicação devem ser tratados na própria UBS. Após a prescrição do tratamento, e caso o controle possa ser feito na UBS, o paciente deverá ser retornado à UBS com relatório de contra-referência preenchido.

OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

Amigdalites: Encaminhar apenas casos crônicos (amigadalites de repetição), relatando a história clínica, detalhando número de crises, frequência, duração e tratamentos realizados.

Surdez, zumbido, hipoacusia: verificar presença de cerumen (proceder conforme orientação abaixo)

Hipoacusia: o paciente com esta queixa deverá sempre ser submetido a otoscopia para se afastar a presença de cerumen impactado.

Rolha de cerumen: Fazer uso de cerumin no(s) ouvido(s) afetados 3 a 5 dias para dissolver o cerumen, encaminhar ao otorrino apenas quando não conseguir fazer a lavagem.

Epistaxe: Encaminhar com história clínica constando a frequência das crises. Afastar a presença de discrasia sanguínea antes de encaminhar, pedindo coagulograma se necessário.

Vertigens/tonturas: Detalhar a história clínica. Encaminhar após avaliação complementar conforme cada caso: hemograma, TSH, T4 livre, glicemia, colesterol, VDRL, exame carotídeo, propedêutica para problemas cervicais (artrose cervical), etc.

Zumbidos: encaminhar o paciente com história clínica sucinta, relatando os dados relevantes, em especial a presença de co-morbidades (hipertensão principalmente). Afastar a presença de cerumen e relatar os tratamentos já empregados.

Cefaléia: antes de se encaminhar o paciente com cefaléia ao ORL, deve-se tentar afastar uma causa neurológica. Quando encaminhar, solicitar RX de seios da face e definir o motivo do encaminhamento.

OBSERVAÇÕES:

Pacientes encaminhados devido a infecções de repetição tais como sinusites, otites, amigdalites ou outras, merecem investigação clínica geral e imunológica antes de serem encaminhados ao ORL (afastar imunodeficiências, diabetes, etc.)

PNEUMOLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A) asma

B) pneumonias de repetição

C) tosse crônica

A	asma
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta com referência a dispnéia, tempo de evolução e última crise.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, em especial em relação à ausculta pulmonar.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX de tórax em PA e Perfil. A critério do clínico ou pediatra, solicitar também RX de seios da face, RX de cavum, hemograma, EPF (em crianças) e Urina Rotina (em crianças).
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar os tratamento já realizados e os medicamento com respectivas doses em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

B	Pneumonias de repetição
HISTÓRIA CLÍNICA	Relatar o início dos sintomas, a frequência das crises, duração, fatores de risco (tabagismo, TBC, asma), doenças associadas e evolução do quadro.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, em especial em relação a ausculta pulmonar.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX de tórax em PA e Perfil. Orientar o paciente a levar para o especialista radiografias anteriores
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar os tratamento anteriores e os medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

C	Tosse crônica
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta informando evolução, relação da tosse com esforço e com mudanças climáticas, presença de secreção e doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX de tórax em PA e Perfil, RX de cavum e seios da face, hemograma e PPD. A critério do pediatra, solicitar também EPF e Urina Rotina.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Informar os medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever.
CONTRA-REFERÊNCIA	retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

REUMATOLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A)artrose

B)fibromialgia

C)artrite reumatóide

A	artrose
HISTÓRIA CLÍNICA	Encaminhar com história sucinta informando o tipo de dor, evolução, presença de edema articular e doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, em especial a presença de sinais flogísticos articulares.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX das articulações em AP e Perfil (radiografar articulação ou membro contralateral, mesmo sem sintomatologia), Hemograma, VHS, Látex, PCR e Ácido Úrico. Relatar os exames anteriores.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Detalhar os tratamento realizados anteriormente e os medicamento e doses em uso atualmente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar os motivos de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	os casos de artrose em coluna lombar podem ser encaminhados ao ortopedista.

B	fibromialgia
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta constando características da dor, evolução, doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Hemograma, VHS, TSH, CPK Aldolase, Látex, FAN, PCR, W. Rose.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos já realizados.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar o motivo de encaminhamento.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

C	Artrite reumatóide
HISTÓRIA CLÍNICA	Encaminhar com história sucinta informando as características da dor, evolução, presença de edema articular e doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, em especial a presença de sinais flogísticos articulares.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Hemograma, VHS, TSH, CPK Aldolase, Látex, FAN, PCR, W. Rose.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Detalhar os tratamento realizados anteriormente e os medicamento e doses em uso atualmente
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar os tratamento realizados anteriormente e os medicamento e doses em uso atualmente
CONTRA-REFERÊNCIA	Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS (com relatório de contra-referência).

OBSERVAÇÕES:

Não se deve solicitar Anti Estreptolisina O se a suspeita não for de Doença Reumática (Febre Reumática), bem como não prescrever Benzetacil ou outra medicação se não estiver confirmada a Febre Reumática.

UROLOGIA

PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- A) infecções do trato urinário
- B) hipertrofia prostática
- C) cólica nefrética

A	Infecções do trato urinário
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta contendo sinais e sintomas, evolução, patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Exame de Urina Rotina, Urocultura , Antibiograma e Glicemia.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Especificar os tratamentos anteriores e os medicamentos em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar os motivos do encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista.
OBSERVAÇÕES:	os caso de infecção urinária deverão ser encaminhados ao urologista apenas quando refratários ao tratamento, não havendo necessidade de encaminhar para avaliação uma primeira infecção ou infecção simples, sem associação com patologia urinária como hidronefrose ou litíase. Quando em vigência de ITU refratária ao tratamento ou de repetição, encaminhar ao urologista já de posse de ultrassonografia de rins e vias urinárias.

B	Hipertrofia prostática
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta contendo sinais e sintomas, evolução e patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Exame de urina rotina, Urocultura, Uréia, Creatinina, Glicemia e PSA
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Relatar os medicamentos em uso e tratamentos prévios.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário.

C	Cólica nefrética
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta caracterizando os sinais e sintomas, em especial a presença de dor, sua localização com irradiações, evolução e patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados significativos.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Exame de urina rotina. RX de abdome em AP com preparo. Quando possível, Ultrassonografia de rins e vias urinárias.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Relatar os tratamentos empregados.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista.
OBSERVAÇÕES	o clínico deverá fazer o diagnóstico diferencial com lombalgia de origem ósteo-muscular. Encaminhar ao urologista apenas os pacientes com calculose confirmada, para avaliação de indicação cirúrgica ou terapia para desobstrução, ou quando ocorrer cólicas persistentes. O paciente com cólica nefrética aguda deverá ser encaminhado para serviço de urgência.