

Leiliany Magno Cunha | Wallquíria Morais Lima
Jocijânia Oliveira Martins | Roberta Alves Sousa
Maria Rochelly Teixeira Lucas | Karol Pâmera Cordeiro Alves
Emanuele Marinho Rocha | Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga
Niciane Bandeira Pessoa Marinho | Georgina Freire Machado

PROTOS COLS ASSISTENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA



Leiliany Magno Cunha | Wallquíria Morais Lima
Jocijânia Oliveira Martins | Roberta Alves Sousa
Maria Rochelly Teixeira Lucas | Karol Pâmera Cordeiro Alves
Emanuele Marinho Rocha | Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga
Niciane Bandeira Pessoa Marinho | Georgina Freire Machado

PROTOS COLOS ASSISTENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA



2025 by Atena Editora

Copyright © 2025 Atena Editora

Copyright do texto © 2025, o autor

Copyright da edição © 2025, Atena Editora

Os direitos desta edição foram cedidos à Atena Editora pelo autor.

Open access publication by Atena Editora

Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira Scheffer

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Yago Raphael Massuqueto Rocha



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

A Atena Editora tem um compromisso sério com a transparência e a qualidade em todo o processo de publicação. Trabalhamos para garantir que tudo seja feito de forma ética, evitando problemas como plágio, manipulação de informações ou qualquer interferência externa que possa comprometer o trabalho.

Se surgir qualquer suspeita de irregularidade, ela será analisada com atenção e tratada com responsabilidade.

O conteúdo do livro, textos, dados e informações, é de responsabilidade total do autor e não representa necessariamente a opinião da Atena Editora. A obra pode ser baixada, compartilhada, adaptada ou reutilizada livremente, desde que o autor e a editora sejam mencionados, conforme a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Cada trabalho recebeu a atenção de especialistas antes da publicação. A equipe editorial da Atena avaliou as produções nacionais, e revisores externos analisaram os materiais de autores internacionais.

Todos os textos foram aprovados com base em critérios de imparcialidade e responsabilidade.

Protocolos assistenciais da atenção primária à saúde e vigilância epidemiológica do município de Itapipoca

| Autores:

Leiliany Magno Cunha
Jocijânia Oliveira Martins
Maria Rochelly Teixeira Lucas
Emanuele Marinho Rocha
Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Wallquíria Morais Lima
Roberta Alves Sousa
Karol Pâmera Cordeiro Alves
Eurídice de Sousa Rodrigues Braga
Georgina Freire Machado

| Revisão:

Os autores

| Diagramação:

Thamires Gayde

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P967 Protocolos assistenciais da atenção primária à saúde e vigilância epidemiológica do município de Itapipoca / Leiliany Magno Cunha, Wallquíria Morais Lima, Jocijânia Oliveira Martins, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2026.

Outras autoras
Roberta Alves Sousa
Maria Rochelly Teixeira Lucas
Karol Pâmera Cordeiro Alves
Emanuele Marinho Rocha
Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga
Niciane Bandeira Pessoa Marinho
Georgina Freire Machado

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-4022-2
DOI <https://doi.org/10.22533/at.ed.222261203>

1. Atenção primária à saúde. I. Cunha, Leiliany Magno. II. Lima, Wallquíria Morais. III. Martins, Jocijânia Oliveira. IV. Título.

CDD 362.1042

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

☎ +55 (42) 3323-5493

☎ +55 (42) 99955-2866

🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

CONSELHO EDITORIAL

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Ariadna Faria Vieira – Universidade Estadual do Piauí
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Glécilla Colombelli de Souza Nunes – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof. Dr. Joachin de Melo Azevedo Sobrinho Neto – Universidade de Pernambuco
Prof. Dr. João Paulo Roberti Junior – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Juliana Abonizio – Universidade Federal de Mato Grosso
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Itapipoca, por meio do processo de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), busca otimizar a produção, oferta de serviços e ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, esforços estão sendo empreendidos para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e qualificar as ações cotidianas das equipes de Saúde da Família (eSF), dessa forma, atuando de modo mais assertivo em todos os níveis de organização do sistema municipal de saúde.

Portanto, uma das estratégias para garantir qualidade no cuidado e segurança do paciente foi a elaboração dos protocolos assistenciais municipais. Assim sendo, o protocolo é um instrumento que estabelece normas para as intervenções técnicas, ou seja, uniformiza e atualiza conceitos e condutas referentes ao processo assistencial na rede de serviços, bem como define os fluxos assistenciais dentro das linhas de cuidado.

Nessa acepção, os protocolos refletem a política assistencial assumida pela Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca para o processo de enfrentamento de problemas de saúde da população Itapipoquense, conforme sua magnitude.

Em suma, trata-se de um instrumento potente e significativo para a implementação de boas práticas, os quais devem funcionar efetivamente como recurso de consulta no dia a dia dos profissionais de saúde.

Entretanto, é importante ressaltar que a equipe técnica de elaboração dos protocolos, recomenda consultar a literatura disponível na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CEM – Centro de Especialidades Médicas

CENIT – Centro de Nefrologia de Itapipoca

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DM – Diabetes Mellitus

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

ESF - Equipes de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

NASF-AB - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

NUMEPS - Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TEA – Transtorno do Espectro Autista

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 11

PROTOCOLO ASSISTÊNCIAL DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Leiliany Magno Cunha
Wallquíria Moraes Lima
Jocijânia Oliveira Martins
Roberta Alves Sousa
Maria Rochelly Teixeira Lucas
Karol Pâmera Cordeiro Alves
Emanuele Marinho Rocha
Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga
Niciane Bandeira Pessoa Marinho
Georgina Freire Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2222612031>

CAPÍTULO 2 33

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE SAÚDE DA CRIANÇA

Leiliany Magno Cunha
Wallquíria Moraes Lima
Jocijânia Oliveira Martins
Roberta Alves Sousa
Maria Rochelly Teixeira Lucas
Karol Pâmera Cordeiro Alves
Emanuele Marinho Rocha
Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga
Niciane Bandeira Pessoa Marinho
Georgina Freire Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2222612032>

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CAPÍTULO 3 53

PROTOCOLO ASSISTENCIAL AO PACIENTE COM DIABETES MILLETUS

Leiliany Magno Cunha

Wallquíria Moraes Lima

Jocijânia Oliveira Martins

Roberta Alves Sousa

Maria Rochelly Teixeira Lucas

Karol Pâmera Cordeiro Alves

Emanuele Marinho Rocha

Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Georgina Freire Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2222612033>

CAPÍTULO 4 66

PROTOCOLO ASSISTENCIAL AO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTÉRIA SISTÊMICA

Leiliany Magno Cunha

Wallquíria Moraes Lima

Jocijânia Oliveira Martins

Roberta Alves Sousa

Maria Rochelly Teixeira Lucas

Karol Pâmera Cordeiro Alves

Emanuele Marinho Rocha

Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Georgina Freire Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2222612034>

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CAPÍTULO 574

PROTOCOLO ASSISTÊNCIAL DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Leiliany Magno Cunha
Wallquíria Morais Lima
Jocijânia Oliveira Martins
Roberta Alves Sousa
Maria Rochelly Teixeira Lucas
Karol Pâmera Cordeiro Alves
Emanuele Marinho Rocha
Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga
Niciane Bandeira Pessoa Marinho
Georgina Freire Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2222612035>

CAPÍTULO 690

FLUXOS E PROTOCOLOS PARA DOENÇAS E AGRAVOS NOTIFICÁVEIS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Leiliany Magno Cunha
Wallquíria Morais Lima
Jocijânia Oliveira Martins
Roberta Alves Sousa
Maria Rochelly Teixeira Lucas
Karol Pâmera Cordeiro Alves
Emanuele Marinho Rocha
Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga
Niciane Bandeira Pessoa Marinho
Georgina Freire Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2222612036>



CAPÍTULO 1

PROTOCOLO ASSISTÊNCIAL DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Prefeito Municipal

Felipe Pinheiro

Secretária Municipal de Saúde

Georgina Freire Machado

Assessora Técnica em Saúde

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Coordenação geral de elaboração e organização:

Leiliany Magno Cunha

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Autoria

Ana Eurideci de Sousa Rodrigues Braga

Jocijânia Oliveira Martins

Leiliany Magno Cunha

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Revisão

Jocejânio Oliveira Martins

Michellyne Martins Viana

Antônio Monteiro de Vasconcelos Neto

Autores:

Leiliany Magno Cunha

Wallquíria Moraes Lima

Jocijânia Oliveira Martins

Roberta Alves Sousa

Maria Rochelly Teixeira Lucas

Karol Pâmera Cordeiro Alves

Emanuele Marinho Rocha

Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Georgina Freire Machado

APRESENTAÇÃO

Este protocolo representa um guia abrangente para orientar e aprimorar a qualidade dos cuidados prestados durante o período gestacional, focando a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS). O pré-natal é uma etapa importante no ciclo de cuidados à saúde da mulher e do bebê, o qual desempenha um papel fundamental na prevenção, identificação precoce de riscos, promoção da saúde materno-infantil e preparação para a maternidade. Assim, o presente protocolo foi desenvolvido em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, buscando integrar as melhores práticas que são baseadas em evidências.

O pré-natal é um momento crucial na vida de qualquer mulher, uma jornada que vai além do cuidado médico rotineiro. Este protocolo foi elaborado reconhecendo a singularidade de cada gestação, bem como a importância do acompanhamento integral e da necessidade de estabelecer uma relação de confiança entre gestantes e profissionais de saúde.

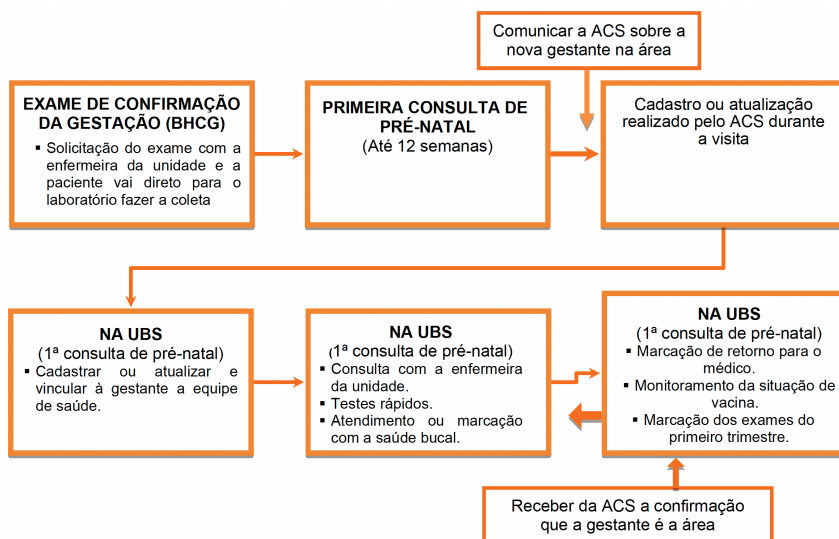
Ao implementar tais diretrizes, acredita-se está contribuindo significativamente para o bem-estar das gestantes e o nascimento saudável de nossas crianças.

CONSULTAS DE PRÉ NATAL

A Unidade Básica de Saúde (UBS) que está no território de abrangência da residência da mulher é a porta de entrada para a realização do pré-natal. A captação precoce da gestante para o pré-natal é realizada por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual pode ser efetivada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), equipe de Saúde da Família (eSF) e/ou UBS. O ideal é que seja realizada até a 12ª semana de gestação (Ceará, 2016).

A orientação para a primeira consulta na APS: a paciente ao confirmar a gestação mediante o exame BHCG deve realizar a primeira consulta até a 12ª semana de gestação. Com isso, a ACS já precisa ter realizado o cadastro e/ou atualização deste junto à paciente como gestante na unidade em que ela esteja devidamente vinculada. Após essa etapa relacionada ao sistema, a gestante vai realizar a primeira consulta de pré-natal com a enfermeira da APS para realização dos testes rápidos (TR) de rotina do primeiro trimestre. Aproveitando esse momento, a gestante já pode realizar a consulta com o responsável pela saúde bucal e/ou marcar o agendamento para este tipo de atendimento.

Figura 01 – Orientação da primeira consulta de pré-natal



O enfermeiro e o médico da equipe devem se alternar nas consultas subsequentes, sobretudo para uma atenção integrada a cada gestante ou grupo de gestantes. Dessa forma, a atuação interdisciplinar é favorecida pela discussão de casos, apoio recíproco nas ações de cuidado, como também pelo planejamento junto às intervenções (Brasil, 2019).

Quadro 01 - Distribuição dos atendimentos durante gestação e puerpério

Pré-Natal	- Atendimentos mensais até a 28ª semana; - Atendimentos quinzenais da 28ª até a 36ª semana; - Atendimentos semanais da 36ª semana até o parto e nascimento.
Puerpério	- Primeira consulta: até o 7º dia pós-parto; - Segunda consulta: entre o 30º e o 40º dia pós-parto.

VACINAÇÃO EM GESTANTES

As vacinas desempenham um papel crucial na proteção da saúde das gestantes. Durante a gravidez, o sistema imunológico da mulher passa por mudanças naturais para acomodar o desenvolvimento do feto, o que pode torná-la mais suscetível a certas infecções. Portanto, a imunização adequada pode ajudar a prevenir doenças graves tanto na mãe quanto no bebê. Nesse sentido, as vacinas podem proteger a mãe, prevenindo-a de doenças infecciosas que podem afetar negativamente a saúde da gestante. Isso inclui doenças como gripe, coqueluche (tosse convulsa) e tétano. A gravidez em si pode aumentar o risco de complicações decorrentes dessas doenças, e a imunização adequada pode ajudar a reduzir esses riscos.

Portanto, quando uma gestante é vacinada, ela também transmite proteção ao bebê. Os anticorpos produzidos em resposta à vacinação podem ser transferidos para o feto por meio da placenta, fornecendo imunidade nos primeiros meses de vida, quando o sistema imunológico do bebê ainda está em desenvolvimento. Isso pode ser especialmente importante para proteger o recém-nascido contra doenças graves, como a coqueluche e o tétano. Além da prevenção de complicações durante a gravidez, alguns tipos de infecções podem levar a complicações durante a gravidez, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e outras condições médicas adversas tanto para a mãe quanto para o bebê. A vacinação adequada pode reduzir o risco dessas complicações, mantendo a gestante saudável.

É importante ressaltar que nem todas as vacinas são recomendadas durante a gravidez. Algumas delas, como a tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), são contraindicadas durante a gestação. No entanto, outras vacinas, como a vacina contra a gripe e a vacina Tdap (tétano, difteria e coqueluche), são recomendadas e consideradas seguras para gestantes.

Tabela 02 – Monitoramento da situação vacinal

VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA INDICADO
dT/dTpa	Esquema vacinal desconhecido/ não vacinada	3 Doses	1ª dose dT (qualquer idade gestacional); 2ª dose dT (após 60 ou no mínimo 30 dias da primeira); 3ª dose dTpa (após 60 dias ou no mínimo 30 dias da segunda, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação).
	Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação.
	Esquema com três doses de dT	Uma dose dTpa	Administrar reforço de uma dose de dTpa, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação.
	Vacinação completa	Uma dose dTpa	Reforço, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação. A cada gestação. Independentemente do tempo de esquema completado (que 5 anos).
Hepatite B	Esquema vacinal desconhecido; ou não vacinada; ou HBsAg (-) e Anti-HBs<10	3 Doses	1ª dose (gestantes em qualquer faixa etária e após a 14ª semana de gestação); 2ª dose (após 30 dias da primeira) 3ª dose (após seis meses da primeira).
	Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes.
Influenza	Em qualquer período gestacional	Dose única	Dose única (Se não realizada durante a gestação, administrar no puerpério (até 42 dias pós-parto).

Fonte: Programa Nacional de Imunização (PNI), 2023.

EXAMES DE PRÉ NATAL

Durante o pré-natal, uma série de exames de rotina são realizados para monitorar a saúde da mãe e do feto, a fim de identificar possíveis complicações, assim como recomendar algumas medidas necessárias para garantir uma gravidez saudável. Embora, alguns exames possam variar de acordo com a conduta clínica para cada gestante, em situações específicas, as diretrizes do ministério da saúde indicam a necessidade da realização dos seguintes exames de acordo com cada trimestre da gestação durante o pré-natal.

Quadro 03 – Exames de rotina de acordo com cada trimestre de gestação

1º Trimestre (Até 13 semanas)	• Tipagem sanguínea (ABO e Rh); • Coombs indireto (dependo do fator); • Hemograma; • Glicemia de jejum; • Teste rápido para sífilis (ou outro teste treponêmico)*; • Teste Rápido: HIV, Hepatite C e Hepatite B; • Toxoplasmose, IgM e IgG; • Urina tipo 01 (urina rotina) e urocultura; • Citopatológico do colo uterino (Papanicolaou); • Ultrassonografia obstétrica. *VDRL (para acompanhamento quando teste rápido positivo).
2º Trimestre (14 a 28 semanas)	• Hemograma; • Teste oral de tolerância para glicose (glicemia de jejum e 1 e 2 horas após 75g de dextrosol; preferencialmente entre 24ª e 28ª semana); • Toxoplasmose, IgM e IgG (se IgG não reagente); • Teste rápido para sífilis (ou outro teste treponêmico)*. *VDRL (para acompanhamento quando teste rápido positivo).
3º Trimestre (após 29 semanas)	• Hemograma; • Teste rápido para sífilis (ou outro teste treponêmico); • Teste Rápido: HIV, Hepatite C e Hepatite B; • Urina tipo 1 (urina rotina) e urocultura; • Toxoplasmose, IgM e IgG (se IgG não reagente); • Ultrassonografia obstétrica. *VDRL (para acompanhamento quando teste rápido positivo).

Fonte: Ministério da Saúde (2019).

Quadro 04 – Avaliação dos exames laboratoriais de rotina

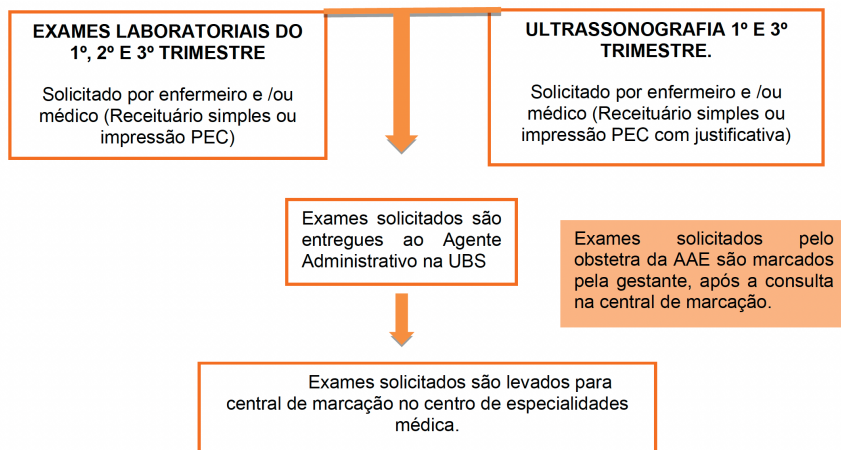
EXAMES	1º TRI	2º TRI	3º TRI	OBSERVAÇÃO	RESULTADO	INTERPRETAÇÃO E CONDUTA
TIPAGEM SANGÜÍNEA (ABO E RH)	X			O fator Rh negativo indica a prevenção e o rastreamento da isoimunização materna e doença hemolítica fetal.	Rh negativo	- Solicitar Coombs indireto (se não tiver sido solicitado). - Solicitar tipagem sanguínea para o parceiro (mesmo o pai sendo negativo, solicitar o COMBS).
COOMBS INDIRETO (Solicitar após Rh negativo)	X			Detecta a presença de anticorpos anti-Rh (quando Rh negativo), indicando possível doença hemolítica fetal.	Rh positivo	Orientação sobre a ausência de riscos para o bebê.
					Coombs indireto negativo.	Repetir mensalmente a partir de 24 semanas de IG Programar junto à maternidade imunoglobulina anti-D em até 72 horas pós-parto.
					Coombs indireto positivo.	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
					Hb ≥ 11 g/dL (Ausência de anemia).	Suplementação de ferro (60mg de ferro elementar/dia).
					Hb 8-11g/dL (Anemia leve à moderada).	- Investigar e tratar parasitoses intestinais (critério clínico). - Realizar tratamento e controle de cura da anemia de acordo com as diretrizes clínicas.
HEMOGRAMA	X	X	X		Hb < 8 g/dL (Anemia grave).	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
						- Se há histórico de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. - Se diagnóstico prévio de diabetes mellitus: manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes. - Atenção para gestantes com fatores de risco para diabetes.
					< 92 mg/dL Exame normal	- Se há histórico de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. - Se diagnóstico prévio de diabetes mellitus: manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes. - Atenção para gestantes com fatores de risco para diabetes.
					92-125mg/dL Exame alterado	- Se há histórico de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. - Se diagnóstico prévio de diabetes mellitus gestacional: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
GLICEMIA DE JEJUM	X				≥ 126 mg/dL Exame alterado	- Se há histórico de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. - Se diagnóstico prévio de diabetes mellitus na gravidez: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.

TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA PARA GLICOSE (glicemia de jejum e 1 e 2 horas após 75g de dextrosol) (preferencialmente entre 24ª e 28ª semana)					Diagnóstico prévio de diabetes mellitus	• Não realizar TOTG. • Se exames anteriores normais: ausência de diabetes. Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes. • Diabetes mellitus gestacional: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. • Diabetes mellitus com diagnóstico na gravidez: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. • Se primeiro exame for não reagente e ausência de suspeita clínica de sífilis: ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente: Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto. • Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias.
					Jejum: <92mg/dL 1 hora: <180mg/dL 2 horas: <153mg/DL	• Ver fluxograma do protocolo de doenças infecciosas (Anexo 01). • VDRL é para acompanhamento mensal e para acompanhamento de titulação. • Realizar o teste rápido no parceiro. • Realizar a notificação e enviar para epidemiologia. • Iniciar o tratamento.
					Jejum 92- 125mg/dL ou 1 hora ≥180mg/dL ou 2 horas ≥153- 199mg/DL	• Ver fluxograma do protocolo de doenças infecciosas (Anexo 01). • Manter o monitoramento de rotina do pré-natal com programação dos exames subsequentes até o momento do parto. • Realizar notificação e enviar para epidemiologia. • Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco e Serviços de Referência para IST/AIDS, juntamente com a guia referência, cópia da notificação e resultado dos testes rápidos de laboratórios diferentes. • Realizar notificação e enviar para epidemiologia.
					Jejum ≥126mg/dL ou 2 horas ≥200mg/dL	• Realizar a notificação e enviar para epidemiologia.
TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS					Teste rápido: não reagente	• Se primeiro exame for não reagente e ausência de suspeita clínica de sífilis: ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente: Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto. • Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias.
					Teste rápido: reagente (solicitar VDRL)	• Ver fluxograma do protocolo de doenças infecciosas (Anexo 01). • VDRL é para acompanhamento mensal e para acompanhamento de titulação. • Realizar o teste rápido no parceiro. • Realizar a notificação e enviar para epidemiologia. • Iniciar o tratamento.
TESTE RÁPIDO PARA HIV					Teste rápido: reagente VDRL: não reagente	• Ver fluxograma do protocolo de doenças infecciosas (Anexo 01). • Manter o monitoramento de rotina do pré-natal com programação dos exames subsequentes até o momento do parto. • Realizar notificação e enviar para epidemiologia. • Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco e Serviços de Referência para IST/AIDS, juntamente com a guia referência, cópia da notificação e resultado dos testes rápidos de laboratórios diferentes. • Realizar notificação e enviar para epidemiologia.
					Negativo	• Realizar a notificação e enviar para epidemiologia.
TESTE RÁPIDO PARA HIV					Positivo	• Realizar a notificação e enviar para epidemiologia.
					Ver Anexo 02.	• Realizar a notificação e enviar para epidemiologia.
TOXOPLASMOSE IGM E IGG						

TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B	X	X	A hepatite B tem alto potencial de morbidade da doença para a mãe e o feto. Neonatos infectados têm grande probabilidade de se tornarem portadores crônicos e desenvolvem doença hepática ao longo da vida.	Negativo	- Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto. - Vacinação contra hepatite B (avaliar vacinação anterior)
				Positivo	- Notificação e solicitação de carga viral (realizada no laboratório do município dia terça e quinta às 07h) - Compartilhar o cuidado com o Pré-natal de Alto Risco e/ou Serviços de Referência para IST/AIDS. - Programação junto à maternidade de referência, como também de administração de imunoglobulina e vacinação do recém-nascido imediatamente após o parto.
TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C	X	X	O vírus C pode causar doença hepática aguda ou crônica, variando desde uma doença leve e autolimitada até crônica e grave, potencialmente fatal.	Negativo	Manter o monitoramento de rotina do pré-natal com programação dos exames subsequentes até o momento do parto.
				Positivo	- Solicitar sorologia. - Realizar notificação. - Compartilhar cuidado com o Pré-natal.
URINA TIPO 1 (URINA ROTINA) E UROCULTURA	X	X	A infecção urinária apresenta risco importante de pielonefrite aguda e está fortemente relacionada à prematuridade	Proteinúria (associada às síndromes hipertensivas da gestação e a doença renal)	“Traços”: repetir o exame em 15 dias. Em caso de proteinúria persistente, compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. “Traços” e hipertensão e/ou edema ou “Maciça”: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco. - Monitorar o nível pressórico.
				Piúria/bacteriúria/leucodúria (associada à presença de processo inflamatório em qualquer ponto do trato urinário, comumente conhecida como infecção urinária)	- Solicitar urocultura e iniciar tratamento empiricamente. - Se urocultura positiva: ajuste do tratamento de acordo com o antibiograma, conclusão do tratamento e controle de cura. - Se urocultura negativa: suspender o tratamento, manter o monitoramento de rotina do pré-natal com programação dos exames subsequentes. - O terceiro episódio de cistite ou o segundo episódio de pielonefrite, recomenda-se o compartilhamento do cuidado com o pré-natal de alto risco.
				Hematúria	- Se associada à piúria, considerar hipótese de infecção urinária e seguir as condutas específicas. - Se isolada, avaliar sangramento vaginal e repetir exame em 15 dias. Em caso de persistência da hematúria e ausência de sangramento vaginal é necessário compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.

OBSERVAÇÃO: Os exames da gestante com AAE (Atenção Ambulatorial Especializada) serão solicitados pela APS, quanto aos exames específicos serão solicitados pelo médico que está acompanhando a atenção especializada. Quando necessário o médico da APS poderá solicitar exames fora do quadro de rotina de acordo com a estratificação de risco da paciente, levando em consideração critérios clínicos. Orientar a gestante a levar os exames para o pré-natal de alto risco.

ESQUEMA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE PRÉ-NATAL



ENCAMINHAMENTO NUTRICIONAL

O encaminhamento nutricional contribui para prevenção de uma série de ocorrências negativas, assegurando reservas biológicas necessárias ao parto e pós-parto, bem como garante substrato para o período da lactação e favorece o ganho de peso adequado de acordo com o estado nutricional pré-gestacional. Gestantes devem ser encaminhadas para a nutricionista de acordo com essas situações abaixo:

- I • Sobrepeso;
- I • Obesidade;
- I • Pré-diabetes;
- I • Diabetes e diabetes gestacional;
- I • Hipertensão prévia;
- I • Hipertensão gestacional;
- I • Hiperêmese gravídica.

O encaminhamento realizado pelo médico e/ou enfermeiro deve ser levado para central de marcação pelo agente administrativo.

MEDICAMENTOS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

Durante o ciclo gravídico-puerperal, o qual compreende a gravidez, o parto e o puerpério, é importante considerar a segurança dos medicamentos tanto para a mãe quanto para o feto ou recém-nascido.

Quadro 05 – Suplementação da gestação

SULFATO FERROSO	• A suplementação de ferro reduz em 70% o risco de anemia materna na gestação. • Dose: 40mg de ferro elementar/dia. • Período: a partir da 20ª semana até o parto.
ÁCIDO FÓLICO	• O fechamento do tubo neural se dá ao redor da 6ª semana de gestação e existem evidências de que o ácido fólico é essencial na prevenção dos defeitos de fechamento de tubo neural, como espinha bífida ou meningocele. • Dose: 0,4 a 0,8 mg/dia (40 gotas da solução 0,2 mg/mL) para gestantes com baixo risco de defeitos de fechamento do tubo neural. 5,0 mg/dia para gestantes com alto risco de defeitos de fechamento de tubo neural (cirurgia bariátrica, antecedentes de malformações neurológicas, uso concomitante de antagonistas de ácido fólico, como o ácido valpróico, em caso de epilepsia) • Período: 1 mês antes da gravidez até a 12ª semana gestacional.

Fonte: Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará, 2018.

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

As síndromes hipertensivas representam a principal causa de morte materna no Brasil. Elas também são responsáveis por elevar o índice da morbimortalidade infantil em virtude da prematuridade que causam. Todavia, a condução destas intercorrências, quando feita de forma adequada, reduz as repercussões maternas e perinatais.

Quadro 06 – Descrição das síndromes hipertensivas.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA	PRÉ-ECLÂMPSIA	PRÉ-ECLÂMPSIA SOBREPOSTA À HAC
Hipertensão prévia, ou antes, de 20 semanas de gestação.	Hipertensão após 20 semanas de gestação com proteinúria e/ou lesão de órgão alvo.	Hipertensão crônica com o aparecimento de proteinúria e/ou lesão de órgão alvo após 20 semanas de gestação.
ECLÂMPSIA	SÍNDROME HELLP	HIPERTENSÃO GESTACIONAL
Convulsão associada à hipertensão ou pré-eclâmpsia.	Hemólise + elevação de enzimas hepáticas + Plaquetopenia.	Hipertensão após 20 semanas de gestação sem proteinúria e sem lesão de órgão alvo.

Fonte: Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará, 2018.

Considerando a gravidade da doença, torna-se extremamente relevante adotar estratégias bem definidas no seguimento, para então, reduzir a sua incidência, precipuamente, a partir da identificação de grupos de risco para encaminhamento a instituição mais adequada e adoção de medidas profiláticas.

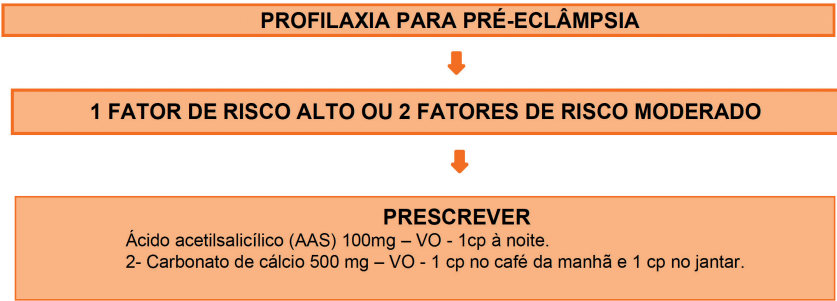
Nessa perspectiva, segue a tabela para estratificação de risco e manejo adequado de ações.

Tabela 03 - Fatores de risco que indicam necessidade de profilaxia para pré-eclâmpsia

APRESENTAÇÃO CLÍNICA/ OBSTÉTRICA	CONDIÇÃO	RISCO CONSIDERADO
Identificação	Idade ≥ 35 anos	MODERADO
	Nuliparidade	
	Etnia afrodescendente (preta ou parda)	
Antecedentes pessoais e familiares	História pessoal de baixo peso ao nascer ($< 2.500g$)	ALTO
	Hipertensão arterial crônica	
	Diabetes tipo 1 ou 2	
	Doença renal	
	Doenças autoimunes (Ex.: Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, artrite reumatoide)	MODERADO
	História familiar de pré-eclâmpsia (mãe ou irmã)	
Antecedentes obstétricos	Intervalo > 10 anos desde a última gestação	ALTO
	História de pré-eclâmpsia em gestação anterior	
	Gestação múltipla	
	Pós-reprodução assistida	
Exame físico	Obesidade ($IMC > 30$)	

Fonte: Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará, 2018.

Dessa forma, após a estratificação de risco será necessário a realização da prescrição da profilaxia para pré-eclâmpsia, a qual será realizada pelo médico.



Fonte: Diretriz clínica para prevenção, diagnóstico e manejo de Síndromes hipertensivas na gestação (2022).

ENCAMINHAMENTO PARA O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

O pré-natal de alto risco é indicado para gestantes que apresentam condições médicas preexistentes ou desenvolvem complicações durante a gravidez, as quais requerem cuidados especiais. Essas condições podem aumentar o risco de complicações para a mãe e/ou para o feto, exigindo, dessa forma, uma vigilância e intervenções médicas mais intensivas.

Quadro 07 – Assistência ao pré-natal de acordo com a estratificação

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL
Risco Habitual	Pela equipe da APS*
Risco Intermediário	Pela equipe da APS*
Alto Risco	Assistência compartilhada entre equipe da APS e Atenção Ambulatorial especializada (pré-natal alto risco)

Fonte: Ministério da Saúde 2022

*Com apoio da equipe da AAE, quando necessário.

1. RISCO HABITUAL – ATENDIMENTO REALIZADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde, pois a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de **baixo risco**. Assim como pode ser definida, a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. Diante do processo dinâmico e da complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional, as avaliações continuadas e específicas são exigidas dentro de cada período (Brasil, 2012).

Assim sendo, após a caracterização da situação de risco da gestante, é fundamental o acompanhamento dela em todo o processo do pré-natal, sendo imprescindível a reclassificação do pré-natal de baixo risco para o pré-natal de alto risco. Ademais, as situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, contudo, podendo retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada.

Quadro 08 – Descrição risco habitual

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS FAVORÁVEIS	HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR
- Idade entre 16 e 34 anos. - Aceitação da gestação.	- Intervalo interpartal maior que 2 anos. - Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.

Fonte: Ministério da Saúde 2022

2. RISCO INTERMEDIÁRIO – ATENDIMENTO REALIZADO NA ATENÇÃO BÁSICA

O risco intermediário da assistência ao pré-natal pode ser realizado na APS, de acordo com o manual do MS (2012) e a nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária (2019). No entanto, é de extrema importância que a estratificação de risco possa ser realizada em cada consulta de pré-natal, assim detectando a necessidade de encaminhamento para a assistência do pré-natal de alto risco ou para consulta especializada para avaliação, para só então, o retorno do acompanhamento na atenção primária.

Quadro 09 – Fatores para a classificação em Risco Intermediário

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES	HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	CONDIÇÕES E INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS OU OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL
- Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos; - Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse; - Indícios ou ocorrência de violência; - Situação conjugal insegura; - Insuficiência de apoio familiar - Capacidade de autocuidado insuficiente; - Não aceitação da gestação; - Baixa escolaridade (<5 anos de estudo); - Tabagismo ativo ou passivo; - Uso de medicamentos teratogênicos; - Altura menor que 1,45m; - IMC <18,5 ou 30-39 kg/m²; - Transtorno depressivo ou de ansiedade leve; - Uso de drogas lícitas e ilícitas; - Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola; - Mulher de raça negra; - Outras condições de saúde de menor complexidade.	- Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrossomia) - Malformação - Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos) - Diabetes gestacional - Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade - Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal Cesáreas prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal); - Intervalo interpartal <2 anos.	- Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite; - Ganho de peso inadequado; - Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); - Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático);

Fonte: Ministério da Saúde 2022

3 ALTO RISCO – ATENDIMENTO ESPECIALIZADO E NA APS

O intuito da assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável. Deste modo, diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto ou possíveis consequências adversas (Brasil, 2012). O encaminhamento para AAE deve ser realizado pelo profissional da APS na estratificação de risco durante as consultas de pré-natal, independentemente do período da gestação. De acordo com o Manual do MS (2012), basta à identificação de um único critério para definir o estrato de alto risco para realizar o encaminhamento para a AAE.

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS	CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO	HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR
• Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas; • Agravos alimentares ou nutricionais: IMC ≥ 40kg/m², desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminose) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros).	• Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras; • Hipertensão arterial crônica; • Diabetes mellitus 1 e 2 • Doenças genéticas maternas; • Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar); • Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio; • Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, DPOC e fibrose cística); • Nefropatias graves (insuficiência renal e rins multicísticos); • Endocrinopatias (diabetes mellitus, hipotireoidismo em uso de medicamentos e hipertireoidismo); • Doenças hematológicas: doença falciforme, púrpura • trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias; • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves); • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, SAAF, artrite reumatoide, outras collagenoses); • Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicornio, miomas intramurais maiores que 4cm ou múltiplos e miomas submucosos); • Câncer de origem ginecológica ou invasores; câncer em tratamento ou que possa repercutir na gravidez; • Transplantes; • Cirurgia bariátrica.	• Morte perinatal explicada ou inexplicada; • Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos); • Isoimunização Rh em gestação anterior; • Insuficiência cervical; • Infertilidade; • Acretismo placentário; • Pré-eclâmpsia grave: síndrome HELLP; • Prematuridade anterior.

Fonte: Ministério da Saúde 2022

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL	ALTO RISCO COM SITUAÇÕES ESPECIAIS:
• Gestação múltipla; • Gestação resultante de estupro; • Hipertensão gestacional ou pr�-eclâmpsia; • Diabetes gestacional*; • Infecção urinária de repetição: ≥3 episódios de ITU baixa ou ≥2 episódios de pielonefrite • Doenç�s infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis cong�nita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (verruga viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal); diagnóstico de HIV/AIDS; • Desvios do crescimento intrauterino: CIUR (mesmo suspeito, se ultrassom não disponível), macrossomia ou desvios da quantidade de líquido amniótico; • Insuficiência istmo cervical; • Anemia grave (hemoglobina <8 g/dL) ou anemia refratária a tratamento; • Hemorragias na gestação; • Acretismo placentário ou placenta prévia não sangrante; • Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente); • Malformação fetal ou arritmia card�cia fetal; • Qualquer patologia clínica que repercuta na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado; • Outras condições de saúde de maior complexidade.	• Gestação múltipla monocori�nica; • Isoimunização Rh em gestação anterior; • Malformação fetal ou arritmia card�cia fetal; • Diagnóstico de HIV/AIDS; • Transplantes.

Fonte: Ministério da Saúde 2022

De acordo com a nota técnica (2019) para organização dos serviç os em rede, algumas observações sobre a estratificação de risco gestacional se tornam de extrema relevância:

É mantida a metodologia de estratificação proposta pelo Ministério da Saúde, segundo a qual basta   identificação de um único critério para definir o estrato de risco, predominando o critério de maior risco.

Considerando a amplitude dos fatores determinantes da saúde da gestante e puérpera, quanto maior o número de critérios combinados, seja (vários fatores de risco intermediário combinado um fator de alto risco combinado com fatores de risco intermediário ou vários fatores de alto risco), maior a complexidade da situação, implicando em maior vigilância e cuidado.

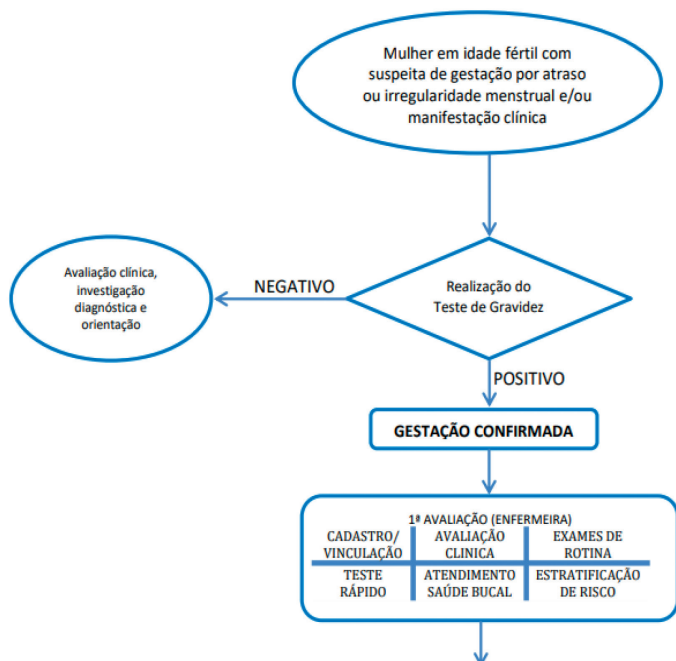
A violência doméstica e na comunidade, principalmente quando atinge diretamente a gestante, e o uso de drogas, sobretudo ilícitas, embora identificados como fatores de risco intermediário, são dois fatores de enfrentamento difícil, requerendo maior atenção à equipe de APS, intervenções intersetoriais e, muitas vezes, o apoio da equipe especializada.

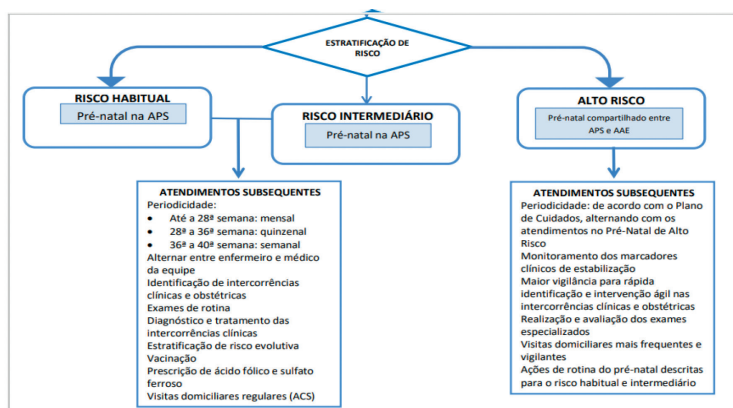
Da mesma forma, é importante o destaque das situações de alto risco que requerem um manejo diferenciado, como a medicina fetal, porque implicam em fluxos especiais na RAS.

Considerando o caráter dinâmico do ciclo gravídico-puerperal, a estratificação de risco deve ser realizada na primeira consulta e em todas as subsequentes programadas, ou sempre que for identificado um fator de risco. É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de re-estratificar o risco a cada consulta pré-natal. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.

ANEXOS

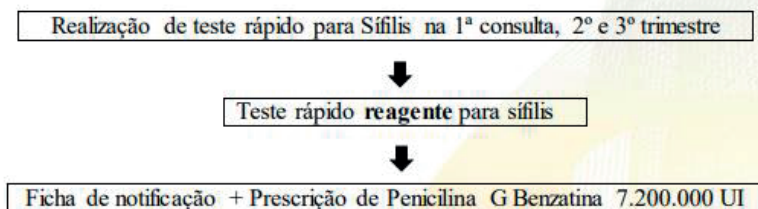
ANEXO 01





Fluxograma 02 – Atenção Materno Infantil

ANEXO 02 – TRATAMENTO PARA SÍFILIS



Fonte: FLUXOS E PROTOCOLOS PARA DOENÇAS E AGRAVOS NOTIFICÁVEIS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

ANEXO 03 – Esquema para tratamento de toxoplasmose em gestante

ATÉ 16 SEMANAS

OBSERVAÇÕES:

1º sorologia no pré-natal (realizado até 16 semanas de gestação)

ESQUEMA PARA GESTANTES IMUNOCOMPETENTES

Gestação anterior:

IgG (+) e IgM (+ ou -): NÃO SOLICITAR SOROLOGIA – orientar para prevenção da infecção.

IgG (-) e IgM (-) ou Sorologia desconhecida: Seguir esquema

Toda gestante, independente do resultado da sorologia para toxoplasmose, desse ser orientada para prevenção da infecção.

Para solicitação do teste de avidéz é necessário a ficha GAL e justificativa (será encaminhado para LACEN)

IgG (-) e IgM (-)

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

- Orientação sobre ações preventivas para o contágio da doença.
- Repetir sorologia a cada 03 meses e no parto.*
- Caso a gestante persista soronegativa, realizar uma última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.
- Enfermeiro (a)/médico(a).

IgG (+) e IgM (-)

- Infecção ocorrida há mais de seis meses: gestante com infecção adquirida antes da gravidez. NÃO NECESSIDADE DE NOVAS SOROLOGIAS.
- Manter orientações para prevenção da infecção.
- Enfermeiro (a) /médico (a).

IgG (-) e IgM (+)

- Infecção muito recente ou IgM falso positivo
- Iniciar Espiramicina imediatamente.
- Repetir sorologia (IgG e IgM) em 2 - 3 semanas
- IgM e IgG positivas: **INFECÇÃO AGUDA** (soroconversão) – manter tratamento com **ESPIRAMICINA*****
- IgM positiva (ou natetiva) e **IgG negativa**: interromper o uso de espiramicina. Fazer prevenção da infecção e repetir a sorologia após 1 mês. Se sorologia persistir inalterada, considerar a gestante suscetível; repetir a sorologia a cada 3 meses (idealmente a cada mês) e no parto*
- Médico (a).

IgG (+) e IgM (+)

- Iniciar Espiramicina imediatamente.
- Possibilidade de infecção durante a gestação.
- **VERIFICAR RESULTADO DO TESTE DE AVIDEZ DE IGG.**
- Enfermeiro (a) /médico (a).

Forte/Alta avidéz de IgG

Provável infecção anterior à gestação.
Interromper o uso de Espiramicina
Manter pré-natal de risco habitual
(Enfermeiro (a) /médico (a).

Fraca/baixa avidéz de IgG ou avidéz moderada/intermediária

Se IgM e IgG em índices muito baixos, próximos do *cut off* **
Repetir IgG e IgM após 2 a 3 semanas
Se IgG persistir com índices muito baixos e estáveis: reavaliar o caso com o pré-natal de alto risco.

Se IgM e IgG positivos ou em elevação - provável **INFECÇÃO AGUDA**.
O pré-natal alto risco irá encaminhar para realização de uma amniocentese após 18 semanas de gestação (mínimo de 4 semanas após provável infecção).
Ultrassom fetal mensal ou bimensal.
Manter espiramicina até amniocentese
Médico (a).

GESTANTE COM MAIS DE 16 SEMANAS

*A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.

** Possibilidade de ser IgM residual. A avidéz de IgG também pode persistir baixa por longo tempo em alguns casos.

*** Se a infecção fetal for confirmada no primeiro trimestre de gestação (alteração no ultrassom fetal), o que é raro, antes de 14 semanas de gestação trocar para apenas sulfadiazina; após 14 semanas iniciar diretamente com SD+P+AF ou acrescentar P+AF, se já vinha usando a sulfa. # Recomenda-se que infecções adquiridas no terceiro trimestre de gestação sejam tratadas com SD+P+AF independentemente do resultado do PCR em LA. SD – Sulfadiazina; P – Pirimetamina; AF – Ácido Fólico; PCR – Reação em Cadeia da Polimerase; LA – Líquido Amniótico

Fonte: Adaptado de BRASIL. 2020a com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.

OBSERVAÇÕES:

1º sorologia no pré-natal (realizado APÓS 16 semanas de gestação)

ESQUEMA PARA GESTANTES IMUNOCOMPETENTES

Gestação anterior:

IgG (+) e IgM (+ ou -): NÃO SOLICITAR SOROLOGIA – orientar para prevenção da infecção.

IgG (-) e IgM (-) ou Sorologia desconhecida: Seguir esquema

Toda gestante, independente do resultado da sorologia para toxoplasmose, desse ser orientada para prevenção da infecção.

Para solicitação do teste de avidéz é necessário a ficha GAL e justificativa (será encaminhado para LACEN)

Teste de avidéz de IgG após 16 semanas de gestação geralmente não confirma ou exclui infecção aguda

Notificação e receita devem ser deixadas na epidemiologia.

IgG (-) e IgM (-)

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

- Orientação sobre ações preventivas para o contágio da doença.
- Repetir sorologia a cada 03 meses e no parto.*
- Caso a gestante persista soronegativa, realizar uma última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.
- Enfermeiro (a) / médico (a).

IgG (+) e IgM (-)

- Infecção provavelmente ocorreu há pelo menos seis meses: gestante com provável infecção anterior à gestação.
- Pré-natal de risco habitual.
- Não pode ser totalmente excluída a possibilidade de infecção no início da gestação ou próxima a concepção, principalmente se a sorologia for realizada no 3º trimestre.
- Conferir se a gestante realizou sorologia para toxoplasmose antes da atual gestação
- IgG (-) e IgM (-) antes da gestação: Verificar intervalo de tempo entre as sorologias (negativa antes da gestação e positiva na gestação). Discutir caso com Centro de Referência (Médico (a)).
- IgG (+) e IgM (- ou +):
 - Infecção anterior à gestação.
 - Pré-natal de risco habitual.
 - Manter prevenção da infecção.
- Enfermeiro (a) - médico (a).

IgG (+) e IgM (+)

Importante: conferir se a gestante realizou sorologia para toxoplasmose antes da atual gestação (Ver OBSERVAÇÕES).
 Se sorologia anterior à gestação é desconhecida ou negativa, é provável que a infecção tenha ocorrido na atual gestação.
 Se IgM e IgG em índices muito baixos, próximos do *cut off***
 Iniciar Espiramicina e
 Repetir IgG e IgM após 2 a 3 semanas
 Se IgG persistir com índices muito baixos e estáveis: reavaliar o caso com o pré-natal de alto risco. (Médico (a)).

IgG (-) e IgM (+)

Infecção muito recente ou IgM falso positivo.
Iniciar espiramicina imediatamente.
Repetir sorologia (IgG e IgM) em 2-3 semanas.
Médico (a).



IgM e IgG positivas:
INFECÇÃO AGUDA (soroconversão)
Médico (a)

Se provável **INFECÇÃO AGUDA** (IgM e IgG positivas):

O pré-natal alto risco irá encaminhar para realização de uma amniocentese após 18 semanas de gestação (mínimo de 4 semanas após provável infecção).

Iniciar SD/P/AF imediatamente. - Se tiver sido iniciado Espiramicina e não for possível realizar amniocentese, substituir espiramicina por SD/P/AF e manter até o parto.

Ultrassom fetal mensal ou bimensal.



IgM positiva (ou negativa) e **IgG negativa**:
interromper o uso de espiramicina e seguir fluxograma para gestantes soronegativas (Suscetíveis).

Médico (a).

*A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.

**Possibilidade de ser IgM residual. SD – Sulfadiazina; P – Pirimetamina; AF – Ácido Fólico; PCR – Reação em Cadeia da Polimerase; LA – Líquido Amniótico

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020a com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.

Observações aplicáveis aos fluxogramas de triagem pré-natal com primeira sorologia realizada até 16 semanas e após 16 semanas de gestação:

1) Soroconversão é a mudança do perfil sorológico da gestante de IgG e IgM não reagentes para IgG e IgM reagentes, e significa **INFECÇÃO AGUDA**.

2) Valor de corte (ou cut-off em inglês) é um valor numérico, utilizado em análises toxicológicas e análises clínicas onde, os resultados das amostras que estão abaixo deste valor, são considerados negativos (não detectado/não reagente); e os resultados acima desse valor são considerados positivos (detectado/reagente).

3) Sempre que for necessário comparar valores dos anticorpos na sorologia, utilize o mesmo laboratório e método.

4) Gestante imunocompetente com IgG positiva em gestação anterior – risco fetal insignificante e tratamento desnecessário.

5) Se IgG é indeterminado e IgM negativo – repetir sorologia em nova amostra de sangue após 2 a 3 semanas. Se o resultado se repetir, considerar a gestante suscetível. Se o resultado nessa nova amostra for IgG positivo e IgM persistir negativo – considerar infecção anterior à gestação.

REFERÊNCIAS

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

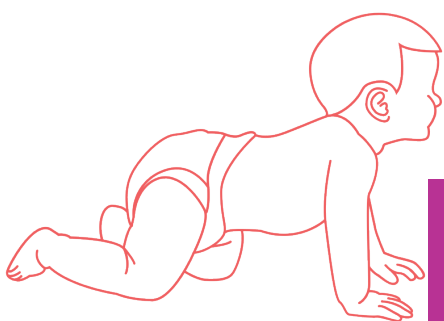
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: MANUAL TÉCNICO / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. LINHA DE CUIDADO GESTANTE E CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS / Secretaria da Saúde do Estado. Ceará, 2016.

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

DIRETRIZ CLÍNICA PARA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E MANEJO DE SINDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO, DO PROJETO TODAS AS MÃES IMPORTAM, DA SBIB ALBERT EINSTEIN E MSD PARA MÃES (2022).



CAPÍTULO 2

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE SAÚDE DA CRIANÇA

Prefeito Municipal

Felipe Pinheiro

Secretária Municipal de Saúde

Georgina Freire Machado

Assessora Técnica em Saúde

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Coordenação geral de elaboração e organização:

Leiliany Magno Cunha

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Autoria

Jocijânia Oliveira Martins

Leiliany Magno Cunha

Maria Rochelly Teixeira Lucas

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Revisão

Cicero Saraiva da Cruz

Maria Patrícia Alves Pereira

Roberta Alves Sousa

Autores:

Leiliany Magno Cunha

Wallquíria Moraes Lima

Jocijânia Oliveira Martins

Roberta Alves Sousa

Maria Rochelly Teixeira Lucas

Karol Pâmera Cordeiro Alves

Emanuele Marinho Rocha

Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Georgina Freire Machado

APRESENTAÇÃO

A infância é um período crítico de desenvolvimento, e cada criança merece receber cuidados de saúde que garantam seu bem-estar físico, emocional e social. Este protocolo foi elaborado com a missão de ser um guia prático para os profissionais de saúde, oferecendo diretrizes claras e baseadas em evidências para a atenção primária à saúde da criança. A criança possui necessidades que vão além da esfera física.

Porquanto, este protocolo abraça uma abordagem holística, integrando aspectos emocionais e sociais ao ato de cuidar. Dessarte, priorizando a promoção de práticas saudáveis, vacinação adequada e intervenções precoces para garantir um desenvolvimento saudável.

O Protocolo Assistencial de Saúde da Criança tem um objetivo claro: fornecer um produto sólido que sirva de orientação aos cuidados de saúde da criança, desde os primeiros dias de vida até a transição para a adolescência.

PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A criança é um ser em constante desenvolvimento, logo, as experiências dos primeiros anos de vida são fundamentais para a formação do adulto. Dito isso, é de grande importância que a criança cresça e se desenvolva em um ambiente saudável, cercada de afeto e com liberdade para ser criança e brincar (Brasil, 2019). Este protocolo tem o objetivo de ser um instrumento facilitador na assistência à criança e adolescente durante seu acompanhamento na (APS), sobretudo no enfoque às questões concernentes ao crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), para efeitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera: “Criança” – pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, ou seja, de zero até completar 10 anos ou 120 meses; “Primeira infância” – pessoa de zero a 5 anos, ou seja, de zero até completar 6 anos ou 72 meses (Brasil, 2018).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) define como campo de atuação do pediatra o ser humano entre zero e 20 anos. No entanto, considerando que não existiam parâmetros definidos pelo MS anteriormente, entendeu-se que, no atual momento, diante do perfil de formação dos pediatras e da estrutura dos serviços pediátricos do País, não seria viável responsabilizá-los por faixa etária a partir de 16 anos (Brasil, 2018).

Por conseguinte, as ações objetivam as triagens neonatal e auditiva, teste do reflexo vermelho, teste da língua, a checagem de vacinação BCG e de hepatite B; a avaliação do aleitamento materno e outros, para orientação e apoio. Sabe-se que a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal.

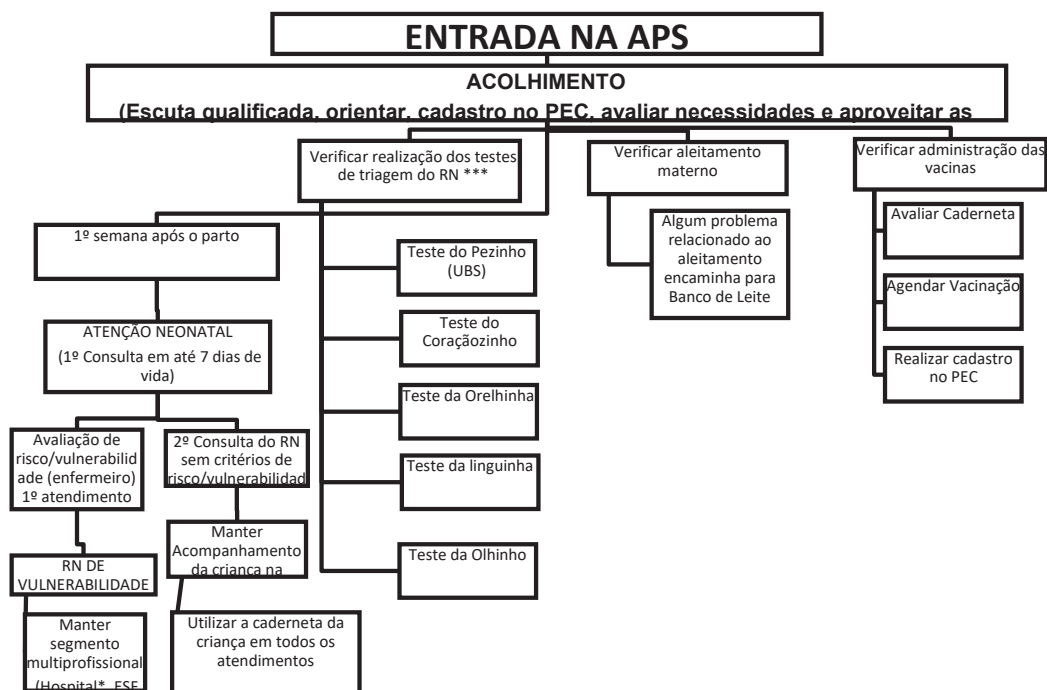
A triagem neonatal é realizada em quatro modalidades: biológica, auditiva, ocular e de cardiopatias congênitas críticas, além da avaliação do frênulo lingual. A Triagem Neonatal Biológica – TNB (Teste do pezinho), Triagem Neonatal Auditiva – TNA (Teste da Orelhinha), Triagem Neonatal Ocular – TNO (Teste do Olhinho), Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênitas Críticas, por oximetria de pulso (Teste do Coraçãozinho).

Por sua vez, recentemente, muitas controvérsia e oposição de entidades de especialistas, como a Sociedade Brasileira de Pediatria, ocorre o advento do “Teste da Linguinha” (Avaliação do Frênulo da Língua de Recém-nascidos), por meio da Lei n.º 13.002, de 20 de junho de 2014, que em seu artigo 1º define: “É obrigatória a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências.” Para regulamentar sua implementação, o Ministério da Saúde publicou a “Nota Técnica n.º 09/2016”, visando “Orientar profissionais e serviços de saúde sobre a identificação precoce de anquiloglossia em recém-nascidos, como também estabelecer o fluxo de acompanhamento dos recém-nascidos diagnosticados com anquiloglossia na rede de atenção à saúde no âmbito do SUS” (Brasil, 2018).

A maternidade é responsável pela realização de: triagem auditiva, triagem de cardiopatias congênitas críticas, triagem ocular e retestes – quando necessário, avaliação do frênulo lingual e a triagem biológica, apenas de bebês internados a partir do 3º dia de vida. A Atenção Básica é responsável pela atenção e cuidado contínuo da população que está sob sua responsabilidade, da coleta de amostras biológicas (TNP) e o acompanhamento dos marcos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Brasil, 2018).

CUIDADOS AO RN

Fluxograma 01 - Linha de cuidado da saúde da criança na atenção primária



*Hospital de Referências: De acordo com as vagas disponibilizadas na central de marcação (Via FastMedic)

**Acompanhamento de acordo com o cronograma de atendimento, intercalando o atendimento entre médico e enfermeiro.

***Teste do pezinho é realizado de maneira descentralizada na UBS (ver fluxograma 02)

****Realizar encaminhamento para o pediatra na primeira consulta de puericultura

TRIAGENS NEONATAIS

Teste do Pezinho

IMPORTÂNCIA:

O Teste do pezinho é um exame coletado para detecção precoce de doenças metabólicas e genéticas. As doenças triadas pelo SUS são: hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase, sendo as duas últimas recentemente implantadas. É

realizado de forma descentralizada, onde todas as unidades estão aptas à coleta. O período de coleta é entre o 3º e o 5º dia de vida, podendo ser coletado a qualquer momento da vida do RN. Nunca coletar antes do 3º dia de vida.

- META: Realizar o teste do pezinho em 100% dos bebês do município.
- ANEXO 01 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – TRIAGEM NEONATAL (TESTE DO PEZINHO)
- Fluxo do município para realização do teste do Pezinho

ORIENTAÇÕES PARA COLETA DO TESTE DE TRIAGEM NEONATAL - “TESTE DO PEZINHO”

- São de responsabilidade das unidades de saúde o controle dos estoques e o adequado armazenamento destes cartões;
- O ideal é coletar entre o 3º e o 5º dia de vida do RN (Evite coletas precoces e tardias);
- Lavar e enxugar bem as mãos antes da manipulação do Papel Filtro (Cartão de Coleta), não usar cremes, substâncias gordurosas ou outras, sempre usar luvas de procedimento para punccionar o calcanhar e manusear o cartão onde será pingado o sangue;
- Utilize gaze ou algodão seco na região a ser punccionada;
- Preenchimento adequadamente do Cartão de Coleta (data de nascimento, data da coleta, prematuridade, data da transfusão recebida, peso);

RESULTADOS

Todos os lotes contendo os resultados dos exames da Triagem Neonatal serão encaminhados pela internet. Os laudos serão impressos, enviados para as unidades e entregues ao responsável do RN.

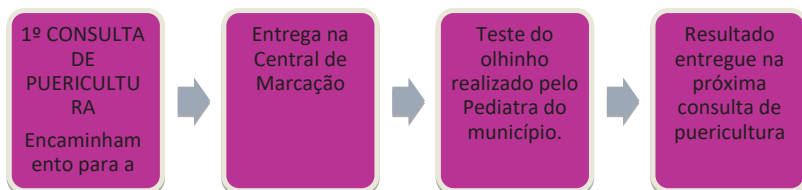
ATENÇÃO!!!

CASOS SUSPEITOS DE DOENÇA, RECONVOCAÇÕES OU NOVAS COLETAS: TODOS SÃO AVISADOS E SOLICITADOS POR TELEFONE EM CARÁTER DE URGÊNCIA.

TESTE DA OXIMETRIA DO PULSO (Teste do Coraçãozinho), TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL (Teste da orelhinha) e AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA EM BEBÊS (Teste da linguinha).

Esses testes são realizados pelo Hospital e Maternidade São Vicente de Paula (HMSVP) – São Camilo, assim o recém-nascido chegará com todos esses exames realizados para a primeira consulta de puericultura realizada na unidade.

TESTE DO REFLEXO VERMELHO (TESTE DO OLHINHO)



FLUXOGRAMA FRÊNULO LINGUAL

RN FOI DIAGNOSTICADO COM ANQUILOGLOSSIA DURANTE O TESTE DA LINGUINHA NA MATERNIDADE.

NA UBS, PORTANDO O ENCAMINHAMENTO EMITIDO PELA FONOAUDIÓLOGA, A MÃE IRÁ ATE O CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM RN, QUE SERÁ EXAMINADO PELA (O) ODONTÓLOGA (O)*.

CONFIRMANDO O DIAGNÓSTICO, O ODONTÓLOGO IRÁ REFERENCIAR O RN AO CEO** (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS).

O PROFISSIONAL ENTRA EM CONTATO COM A SUPERVISÃO DA SAÚDE BUCAL, INFORMA OS DADOS DO RN. A SUPERVISORA REALIZA O AGENDAMENTO, EM PARCERIA COM O CEO E DÁ O RETORNO À UBS. (DATA E HORA DO PROCEDIMENTO).

*NÃO SÃO ACEITOS ENCAMINHAMENTOS DE MÉDICOS, APENAS ODONTÓLOGOS.

**NÃO HÁ NECESSIDADE DE PASSAR PELA CENTRAL.

ACOMPANHAMENTO SAÚDE DA CRIANÇA – CONSULTAS DE PUERICULTURA CALENDÁRIO DE CONSULTAS

Calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Consultas de Puericultura	Dias	Meses									
Profissional	7	1	2	4	5	6	9	2	5	8	>24 ANUAL
	MED	ENF OU MED	MED	ENF	NUT	MED	ENF	MED	ENF	MED	MED

Legenda: Med.: Médico; Enf.: Enfermeiro; NUT.: Nutricionista.

A criança após 02 anos, o acompanhamento deve ser realizado pelo médico da unidade anualmente, mas isso não descarta o atendimento do enfermeiro para o acompanhamento dessa criança. Após os 2 anos, as consultas devem ser preferencialmente próximas à data de aniversário da criança para facilitar o planejamento das equipes e a lembrança do (a) cuidador (a). Todos os registros desses atendimentos devem ser registrados na Caderneta da Criança com o intuito de facilitar o processo de atendimento com diversos profissionais.

ATENÇÃO:

VISITA DA ACS MENSALMENTE PARA AVALIAÇÃO DO PESO, VERIFICAÇÃO DE VACINAS E ORIENTAÇÕES GERAIS.

I CONSULTAS DE PUERICULTURA

1º CONSULTA (07 DIAS) – VISITA DOMICILIAR

1. Realizada pelo médico.
2. Marcada durante o teste do pezinho.
3. Durante o teste do pezinho a enfermeira já pode realizar a consulta puerperal.
4. Essa visita é realizada pela ACS junto ao profissional médico, em casos que a equipe esteja sem o médico, deve ser realizada pelo enfermeiro da unidade.
5. Durante a consulta deve ser avaliada:
 - I Realização do teste do pezinho se já foi coletado na unidade;
 - I Avaliar se as triagens da linguinha, orelhinha e coraçãozinho foram realizadas na maternidade (comunicar a coordenação da Atenção básica, quando a criança saiu da maternidade sem ter realizado esses exames).
 - I Fazer encaminhamento para o teste do olhinho.

- Investigar: desejo de amamentar, história prévia de amamentação e observar o comportamento afetivo da mãe em relação ao bebê;
- Orientar sobre o calendário de puericultura multiprofissional do município;
- Realizar estratificação de risco de acordo com o quadro 01.

Quadro 01 – Critérios para a estratificação de risco

NÍVEL	FATORES
RISCO HABITUAL	Risco inerente ao ciclo de vida da criança.
RISCO MÉDIO	• Criança sem realização de triagem neonatal; • Desmame antes do 6º mês de vida; • Desnutrição ou curva pondero-estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais; • Sobrepeso; • Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado; • Cárie precoce; • Fatores sócio-familiares: • Mãe adolescente (menor que 18 anos); • Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo; • Mãe sem suporte familiar; • Chefe da família sem fonte de renda; • Mãe com menos de 4 consultas pré-natal; • Mãe com antecedente de um filho nascido morto; • Mãe com história de exantema durante a gestação; • Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitável; • Pais com dependência de álcool e outras drogas; • Mãe ausente por doença, abandono ou óbito.

RISCO ALTO	- Baixo peso: menor que 2.500g - Prematuridade menor que 36 semanas e 6 dias - RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e/ou alterações neurológicas do Sistema Nervoso Central; - Asfixia perinatal e/ou apgar ≤ 6 no 5º minuto; - Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão; - Infecções crônicas do grupo STORCHS + HIV + - Zika confirmadas ou em investigação; - Doença genética, malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica; - Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal; - Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária; - Sinais de violência; - Desnutrição grave; - Obesidade; - Intercorrências repetidas com repercussão clínica; - Três ou mais internações nos últimos 12 meses; - Gravidez e ou criança manifestada indesejada; - Depressão pós-parto; - Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica.
-------------------	--

Fonte: Ministério da Saúde, 2022

Quadro 02 - Ponto de atenção e prevalência estimada de acordo com a estratificação de risco da criança menor que 3 anos

RISCO	PONTO DA REDE
HABITUAL (BAIXO)	UBS
MÉDIO OU MODERADO	UBS c/ maior concentração de cuidado profissional, eventualmente interconsulta na rede municipal (centro de referência /serviço, NASF, NUPI e atenção secundária)
ALTO	UBS + Rede Municipal (centro de referência /serviço, NASF, NUPI e atenção secundária)

Fonte: Ministério da Saúde, 2022

CONSULTAS DE PUERICULTURA (1º ao 24º mês)

- I Anamnese e exame físico do recém-nascido;
- I Avaliação da situação vacinal;
- I Realizar busca ativa das crianças com caderneta de vacinação atrasada;

- I Avaliação dos marcos do desenvolvimento da caderneta da criança;
- I Avaliação de medidas Antropometria;
- I Avaliar condição nutricional;
- I Observação: No quinto mês, encaminhar para a nutricionista.
- I Questionar os acontecimentos ocorridos no intervalo das consultas.

APLICAÇÃO DO TESTE DE M-CHAT-R™

QUANDO APLICAR: 1 vez durante a puericultura, na idade entre 18 e 24 meses

ESCALA M-CHAT-R™

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Sim	Não
3	O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	Sim	Não
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	O seu filho anda?	Sim	Não
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	Sim	Não
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	Sim	Não

16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (POR EXEMPLO , o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: “olha mãe!” ou “ôh mãe!”)	Sim	Não
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO , se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”)?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO , se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO , ser balançado ou pular em seus joelhos).	Sim	Não

Ao aplicar o MCHAT-R:

I Pontuação total entre 0 a 2: a criança manterá seu acompanhamento na UBS, e caso seja identificado algum comportamento atípico, reappicar o M-CHAT-R;

I Pontuação entre 3 a 7: aplicar a escala de seguimento MCHAT-R/F após 2 meses na UBS durante o acompanhamento do desenvolvimento da criança.

ESCALA M-CHAT-R Consulta de Seguimento (M-CHAT-R/F)TM

Atenção: Sim/Não foram substituídos por Passou/Falhou

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO , se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Passou	Falhou
2	Alguma vez se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Passou	Falhou
3	O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO , faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala no telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Passou	Falhou
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO , móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Passou	Falhou
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO , mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Passou	Falhou
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou conseguir ajuda? (POR EXEMPLO , aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Passou	Falhou
7	O seu filho aponta com um dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO , aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua?)	Passou	Falhou
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO , seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Passou	Falhou

9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO , para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Passou	Falhou
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO , ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Passou	Falhou
11	Quando você sorri para seu filho, ele sorri de volta para você?	Passou	Falhou
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO , seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de aspirador de pó ou de música alta?)	Passou	Falhou
13	O seu filho anda?	Passou	Falhou
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele, ou vestindo ele?	Passou	Falhou
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO , dá tchau, bate palmas ou faz barulho engraçado quando você faz)	Passou	Falhou
16	Se você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Passou	Falhou
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele? (POR EXEMPLO , olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz “olha mãe” ou “ôh mamãe”?)	Passou	Falhou
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO , se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”?)	Passou	Falhou
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO , se ele/ela ouve um barulho estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Passou	Falhou
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO , ser balançado ou pular em seus joelhos)	Passou	Falhou

Ao aplicar o MCHAT-R/F:

■ Se a pontuação for de 0 a 1, a criança manterá seu segmento na UBS, e caso seja identificado algum comportamento atípico, a escala deverá ser reaplicada.

■ Se a pontuação for de 2 a 7, o paciente deverá ser encaminhado para e-Multi do território para que seja realizada a discussão do caso e, se necessário, avaliação e definição do plano terapêutico para esse paciente;

■ Se a pontuação for maior que 8, a UBS deverá encaminhar para o pediatra para avaliação diagnóstica, de acordo com o fluxo 01.

OU

BAIXO RISCO: Pontuação Total entre 0-2; se a criança tem menos de 24 meses, reavaliar após o segundo aniversário. Nenhuma outra avaliação será requerida a menos que a evolução clínica indique risco de TEA.

RISCO MÉDIO: Pontuação Total entre 3-7; aplicar a consulta de seguimento (segunda etapa do MCHAT-R/F) para obter informações adicionais sobre as respostas de risco. Se o escore permanecer maior ou igual a 2, a triagem da criança foi positiva. Deve-se encaminhar a criança para avaliação diagnóstica e de intervenção precoce. Se o escore da consulta de seguimento for de 0-1, a triagem da criança foi negativa. Nenhuma outra avaliação será necessária, exceto se a evolução clínica indicar risco de TEA. A criança deve ser triada novamente em futuras visitas médicas.

RISCO ELEVADO: Pontuação Total entre 8-20; não é necessário fazer a consulta de seguimento, a criança deve ser encaminhada imediatamente para avaliação diagnóstica e intervenção precoce.

I IRDI

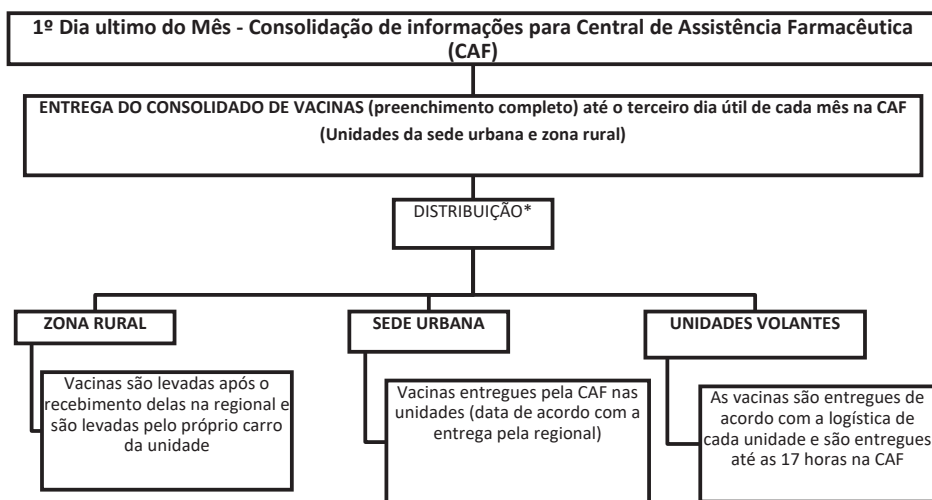
O IRDI é uma metodologia para avaliar bebês de zero a 18 meses e é composto por indicadores clínicos de risco ou de problemas no desenvolvimento infantis observáveis e/ou dedutíveis nesse período da vida. (Cortezia e Donelli, 2022).

Importante:

- As ferramentas de avaliação IRDI e M-CHAT têm como propósito exclusivo a detecção precoce e o acompanhamento de crianças em situação de risco para Transtorno do Espectro Autista (TEA). Em outras palavras, essas escalas desempenham uma função de alerta, não sendo utilizadas para o diagnóstico, mas sim para identificar e monitorar potenciais casos de TEA.
- É essencial que a equipe adote cautela ao comunicar os resultados provenientes da utilização das escalas, a fim de evitar impactos adversos na relação entre os cuidadores e as crianças.
- O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é predominantemente clínico e requer uma abordagem interdisciplinar, fundamentada na observação detalhada e avaliação minuciosa da criança.
- Esse paciente acompanhado pela equipe do CIAME deverá continuar sendo acompanhada dentro da UBS a qual pertence.

VACINAS

Distribuição



*A destruição para as unidades acontece até o 5º dia último do mês, podendo ter alguma mudança mediante a destruição da regional.

EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍVEIS À VACINAÇÃO OU IMUNIZAÇÃO – ESAVI

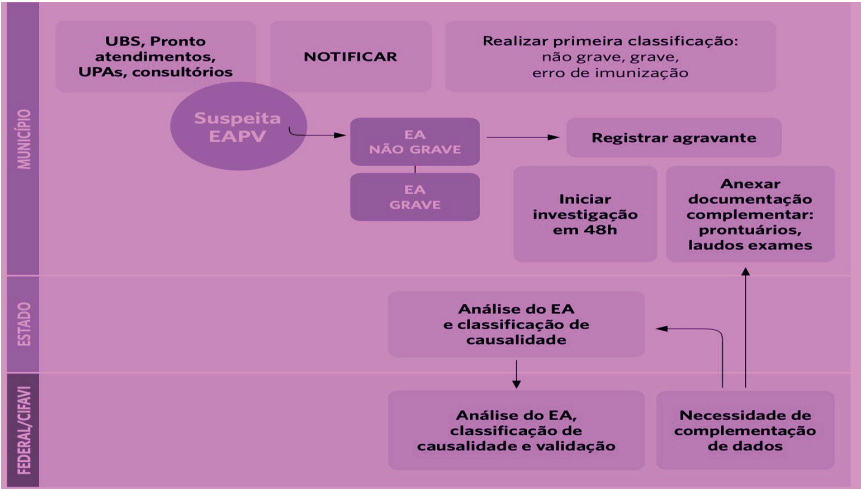
A vacinação segura constitui um componente prioritário do Programa Nacional de Imunização – PNI, garantindo vacinas de qualidade, aplicando as boas práticas de imunização, monitorando o Evento Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização – ESAVI e fortalecendo assim, as alianças com os meios de comunicação.

Quadro 03 - CLASSIFICAÇÃO DOS ESAVI SEGUNDO A GRAVIDADE

CLASSIFICAÇÃO DOS ESAVI SEGUNDO A GRAVIDADE	
EVENTO ADVERSO GRAVE (EAG)	- equer hospitalização por pelo menos 24h; - ausa disfunção significativa e/ou incapacidade; - esulta em anomalia congênita; - ausa óbito.
EVENTO ADVERSO GRAVE NÃO (EAG)	Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de eventos de efeitos adversos graves.

Fonte: Ministério da Saúde, 2022

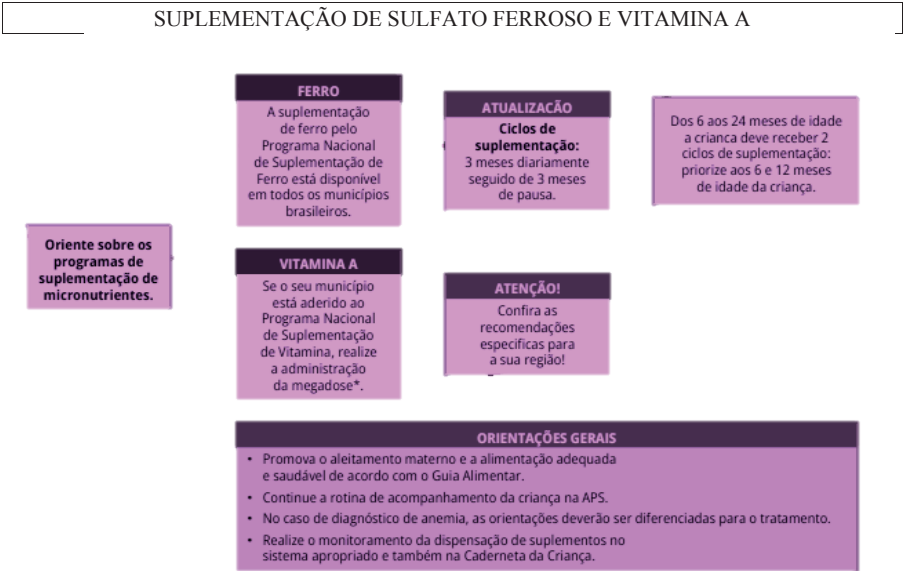
FLUXOGRAMA 01 - NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE ESAVI



Fonte: CGPNI/SVS/MS.

Falta de energia elétrica e problemas na geladeira (ver Anexo 01).

SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FERROSO E VITAMINA A E D



Fonte: Ministério da saúde, 2022

Recomendações para suplementação de ferro

- Crianças em aleitamento materno exclusivo ou em uso de fórmula infantil só deverão receber suplementos a partir do sexto mês de idade;
- Crianças que não estejam em aleitamento materno exclusivo e recebam leite de vaca poderão ser submetidas à suplementação profilática de ferro a partir dos 04 meses de idade, juntamente com a introdução da alimentação complementar, segundo as recomendações do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos;
- Em casos de diagnóstico de anemia, o tratamento deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica para anemia definida pelo profissional de saúde responsável;
- Para crianças pré-termo (<37 semanas) ou nascidas com baixo peso (<2.500g), a conduta de suplementação segue as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria.
- As crianças e/ou gestantes que apresentem doenças que cursam por acúmulo de ferro, como doença falciforme, talassemia e hemocromatose,
- devem ser acompanhadas individualmente para que seja avaliada a viabilidade do uso do suplemento de sulfato ferroso;
- A suplementação profilática com ferro pode ocasionar o surgimento de efeitos colaterais em função do uso prolongado. Os principais efeitos são: vômitos, diarreia e constipação intestinal;
- Código para a dispensação de sulfato ferroso para gestantes, mulheres e criança em procedimentos no PEC ou na ficha de procedimentos: 01.01.04.011-3 – Dispensação de suplemento de ferro.

Administração de vitamina A em crianças

Quadro 04 - Esquema para administração de vitamina A em crianças

IDADE	DOSE	FREQUÊNCIA
6 A 11 MESES	100.00UI	01 dose
12 a 24 MESES	200.00UI	Uma vez a cada 6 meses
24 a 59 MESES	200.00UI	Uma vez a cada 6 meses

Fonte: CGAN/Depros/Saps/MS.

- Os suplementos de vitamina A devem ser oferecidos às crianças de seis em seis meses, dentro da faixa etária preconizada. O intervalo seguro entre uma administração e outra é de, no mínimo, quatro meses;
- Os suplementos de vitamina A são administrados por via oral e não devem ser administrados por via intramuscular ou endovenosa;
- A concentração dos suplementos de vitamina A é indicada em unidades internacionais, geralmente abreviadas como UI. O rótulo dos frascos que contêm os suplementos indica qual a concentração da vitamina: 100.000 UI (cor amarela) ou 200.000 UI (cor vermelha).
- A vitamina A é bem tolerada, geralmente não há efeitos colaterais para as dosagens recomendadas pelo programa, mas é possível que a criança coma menos durante o dia da administração, vomite ou sinta dor de cabeça. É preciso orientar os cuidadores da criança que esses sintomas são normais e que não necessitam de tratamento específico.

Cuidados ao administrar a megadose de vitamina A

- Verificar o rótulo do frasco para confirmar a dose de vitamina A contida em cada cápsula (100.000 UI ou 200.000 UI);
- Verificar a data de validade do suplemento (descarte corretamente as cápsulas vencidas e registre a perda no sistema de gestão do PNSVA);
- Para abrir a cápsula, torcer a sua ponta e puxar para cima. Não usar alfinetes para abri-las ou outros objetos perfurocortantes, evitando, assim, ferir os dedos e contaminar o produto;
- Pedir à criança para abrir a boca, suspender levemente o seu queixo e segurar, apertando firmemente com a outra mão os lados da cápsula até derramar todo o conteúdo;
- O profissional de saúde que administrar a dose de vitamina A na criança deve ficar atento para garantir que ela ingira todo o conteúdo da cápsula e não derrame nenhuma gota;
- Caso a criança cuspa o produto, não se deve administrar outra cápsula;
- Colocar as cápsulas usadas no recipiente apropriado para descarte.

ATENÇÃO!

Na falta de qualquer megadose na UBS, não se deve dobrar a dose de 100.000 UI para 200.000 UI ou então dar parcialmente a cápsula de 200.000 UI em substituição à dose de 100.000 UI.

Vitamina D

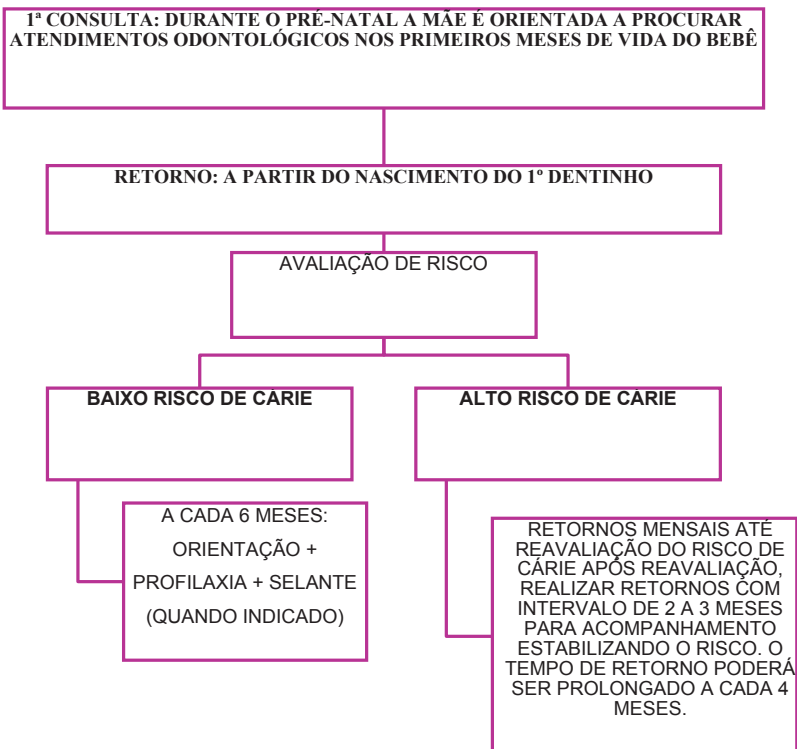
A vitamina D não é uma vitamina no sentido estrito, mas sim, um pró-hormônio (secosteroide). Recentes evidências sugerem que a vitamina D pode ter ações, além da manutenção da saúde óssea e da regulação do metabolismo do cálcio e fósforo, tais como a modulação do risco de doenças cardíacas, neoplasias, esclerose múltipla, obesidade, asma e diabetes tipo 1 (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2014).

A dosagem diária de vitamina D em crianças varia:

IDADE	POSOLOGIA
MENORES DE 12 MESES.	400 UI diários.
12 – 24 MESES.	600 UI diários.
MAIORES DE 24 MESES.	Deve-se estimular uma alimentação balanceada e brincadeiras ao ar livre.

PROGRAMA ESTAÇÃO SORRISO

FLUXOGRAMA 02 - atendimento das crianças de 0 meses a 11 anos e 11 meses pelo programa estação sorriso



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 44 p.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto. Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Planejamento em Saúde, 2023 p. 145.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde. Gerência de Ciclos de Vida. Núcleo de Saúde da Criança. Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança / Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde. Gerência de Ciclos de Vida. Núcleo de Saúde da Criança. – Brasília: Núcleo de Saúde da Criança, 2014. 91 p.



CAPÍTULO 3

PROTOCOLO ASSISTENCIAL AO PACIENTE COM DIABETES MILLETUS

Prefeito Municipal

Felipe Pinheiro

Secretária Municipal de Saúde

Georgina Freire Machado

Assessora Técnica em Saúde

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Coordenação geral de elaboração e organização:

Leiliany Magno Cunha

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Autoria

Emanuele Marinho Rocha

Leiliany Magno Cunha

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Revisão

Carlito Braga Linhares

Michellyne Martins Viana

Roberta Alves Sousa

Autores:

Leiliany Magno Cunha

Wallquíria Morais Lima

Jocijânia Oliveira Martins

Roberta Alves Sousa

Maria Rochelly Teixeira Lucas

Karol Pâmera Cordeiro Alves

Emanuele Marinho Rocha

Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Georgina Freire Machado

APRESENTAÇÃO

A diabetes é uma condição de saúde desafiadora que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. A importância da atenção básica na gestão dessa condição é inegável, e é isso que este protocolo busca abordar. Ele foi desenvolvido com base em melhores práticas, evidências científicas e empenho no aprimoramento contínuo dos cuidados oferecidos.

Reconhece-se a singularidade de cada paciente com diabetes. Neste protocolo, o paciente está no centro do cuidado, respeitando suas necessidades individuais e promovendo a participação ativa no próprio tratamento.

A prevenção de complicações e a promoção da educação são a base do nosso protocolo. Busca-se capacitar os pacientes com o conhecimento necessário para gerenciar sua condição de maneira mais eficaz.

A abordagem da diabetes é multifacetada. Assim, o protocolo enfatiza a colaboração entre profissionais de saúde, pois entende-se que a diabetes é uma condição complexa que demanda cuidado contínuo e abordagens integradas. Portanto, este protocolo foi elaborado com a finalidade de fornecer um guia prático, compassivo e eficaz para os profissionais de saúde na atenção básica, dessa forma, assegurando que cada paciente com diabetes receba cuidados centrados em suas necessidades individuais e específicas.

RASTREAMENTO E CLASSIFICAÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia resultante do desequilíbrio dos níveis de glicose, que quando ultrapassam os parâmetros normais, provocam distúrbios caracterizados pela hiperglicemia, resultante do déficit de efetividade da insulina (pela redução da secreção, ação ou ambos). Esta patologia se torna uma das mais comuns na população, com grandes associações e problemas cardiovasculares (Silva; Lima, 2021). O rastreamento é realizado com objetivo de tentar identificar o mais breve possível a patologia, antes de complicações e outros agravos decorrentes da doença, como a nefropatia diabética, retinopatia diabética e neuropatia diabética.

Quadro 1 – Rastreamento

- Excesso de peso (IMC >25kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:
- Risco cardiovascular moderado;
- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial (>140/90mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
- Exame prévio de HbA1c ≥ 5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Obesidade severa;
- "Acanthosis nigricans";
- Síndrome de ovários policísticos;
- Inatividade física; idade ≥ 45 anos ou história de doença cardiovascular.

Fonte: American Diabetes Association (2017).

Quadro 2 – Classificação da Diabetes Mellitus

DM TIPO 1

Crianças e jovens sem excesso de peso, de início abrupto. Ocorre a destruição das células beta pancreáticas, com causa idiopática.

DM TIPO 2

Caracteriza-se como uma doença de etiologia multifatorial, associada à predisposição genética, idade avançada, excesso de peso, sedentarismo e hábitos alimentares não saudáveis.

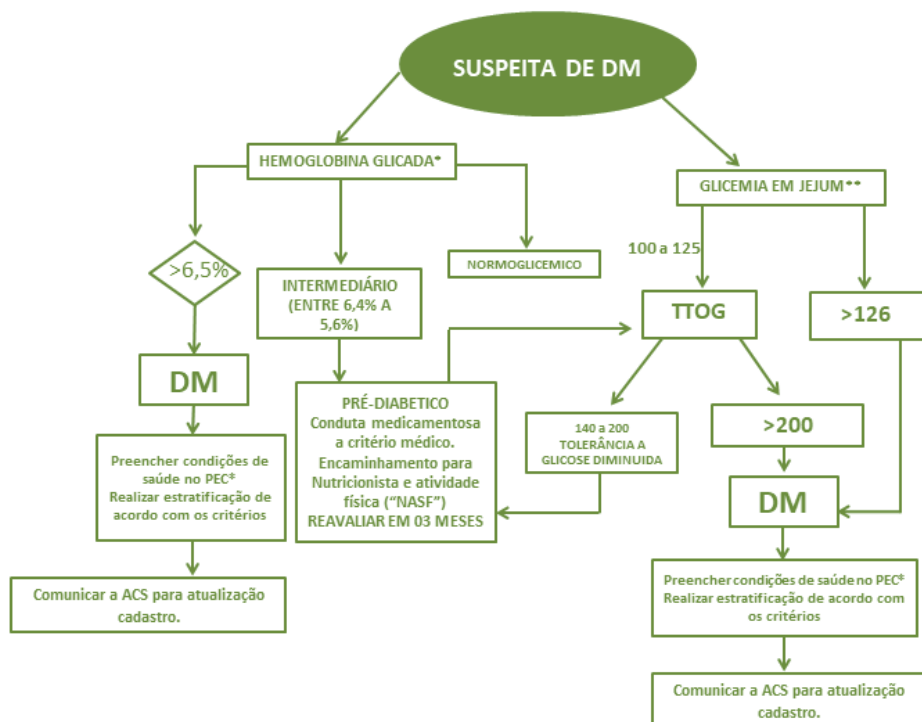
DM GESTACIONAL

Aumento dos níveis glicêmicos, detectado pela primeira vez na gestação.

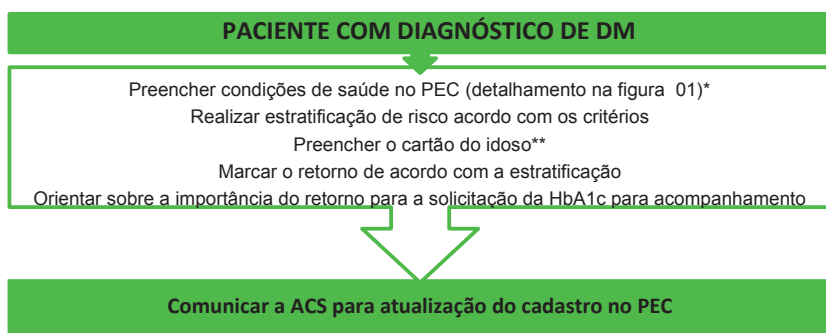
Fonte: Adaptação do Protocolo Clínica e Diretriz Terapêutica – PCDT/ Ministério da saúde (2020).

*Exame alterado pode ser necessário realizar a repetição.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE DIABETES MELLITUS (DM)



Para a efetiva melhoria dos indicadores se faz necessário o rastreamento e atualização dos pacientes que estão com cadastro desatualizado e com a condição de saúde não preenchida adequadamente.



* Preenchimento realizado pelo médico.

**Paciente acima de 60 anos.

FIGURA 01 - Problemas/Condições e Alergias

PEC > Atendimentos > Prontuário > Problemas / Condições e alergias



FABRICIO

24 anos e 8 meses e 20 dias, masculino

FOLHA DE ROSTO

SOAP

PROBLEMAS / CONDIÇÕES E ALERGIAS

ACOMPANHAMENTO

ANTECEDENTES

HISTÓRICO

DADOS CADASTRAIS

FINALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

Problemas / Condições / Alergias

Pesquisar

PROBLEMAS / CONDIÇÕES E ALERGIAS

Ativos e latentes

Resolvidos

PROBLEMAS E CONDIÇÕES

Adicionar problema ou condição +

Ativo

Latente

Atualizado neste atendimento

Idade de início

Idade de término

ALERGIAS E REAÇÕES ADVERSAS

Adicionar alergia / reação adversa +

Criticidade

Alta

Baixa

Não informada

Atualizado neste atendimento

Idade da instalação

Rascunho salvo às 10:44.

Cancelar atendimento

Finalizar atendimento

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE PESSOA COM DM

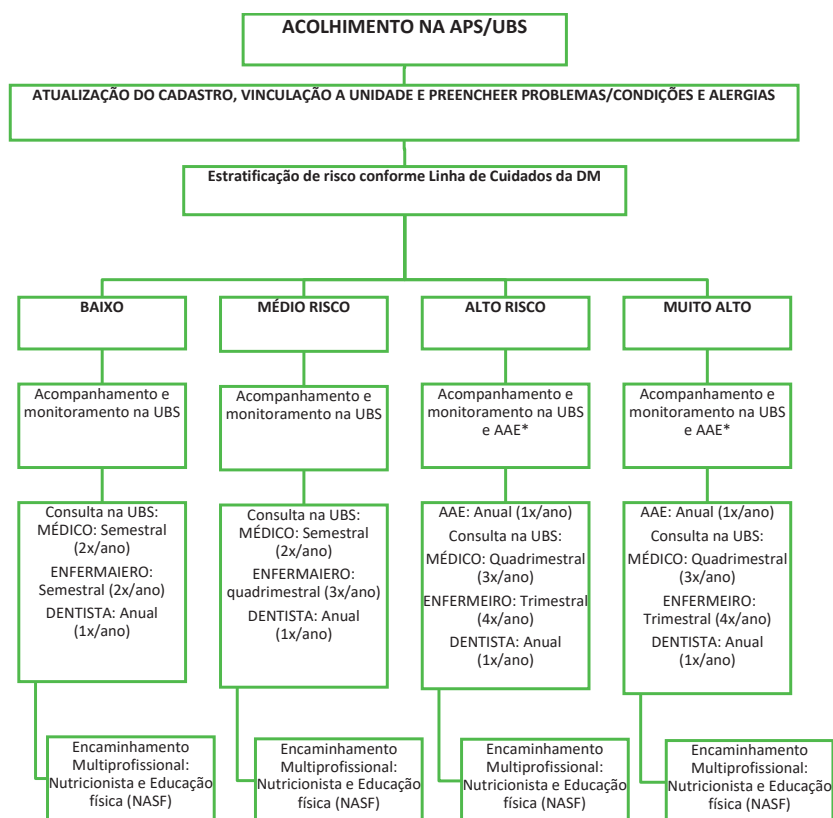
Critérios utilizados para estratificação de risco de acordo com o controle glicêmico, HbA1c (hemoglobina glicosilada), complicações e capacidade para o autocuidado. A estratificação de risco deve ser colocada em observação no PEC.

BAIXO	• Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose.
MÉDIO	• Controle metabólico (HbA1c <7,5) e pressórico adequados; • Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; • Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia).
ALTO	• Controle metabólico (7,5 < HbA1c <9) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado); • Mal controle metabólico (HbA1c >9) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios; • Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; • Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório, infarto agudo do miocárdio, angina instável, doença arterial periférica com intervenção cirúrgica; • Complicações crônicas severas – doença renal, estágios 4 e 5, pré-diabético de risco alto, ulcerado, com necrose ou com infecção. • Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras); • Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau • de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social.

MUITO ALTO	• Mal controle metabólico (HbA1c>9) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios; • Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; • Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório, infarto agudo do miocárdio, angina instável, doença arterial periférica com intervenção cirúrgica; • Complicações crônicas severas – doença renal, estágios 4 e 5, pré-diabético de risco alto, ulcerado, com necrose ou com infecção; • Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras); • Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social.
-------------------	--

Fonte: Ministério da Saúde (2015).

ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DIABETES



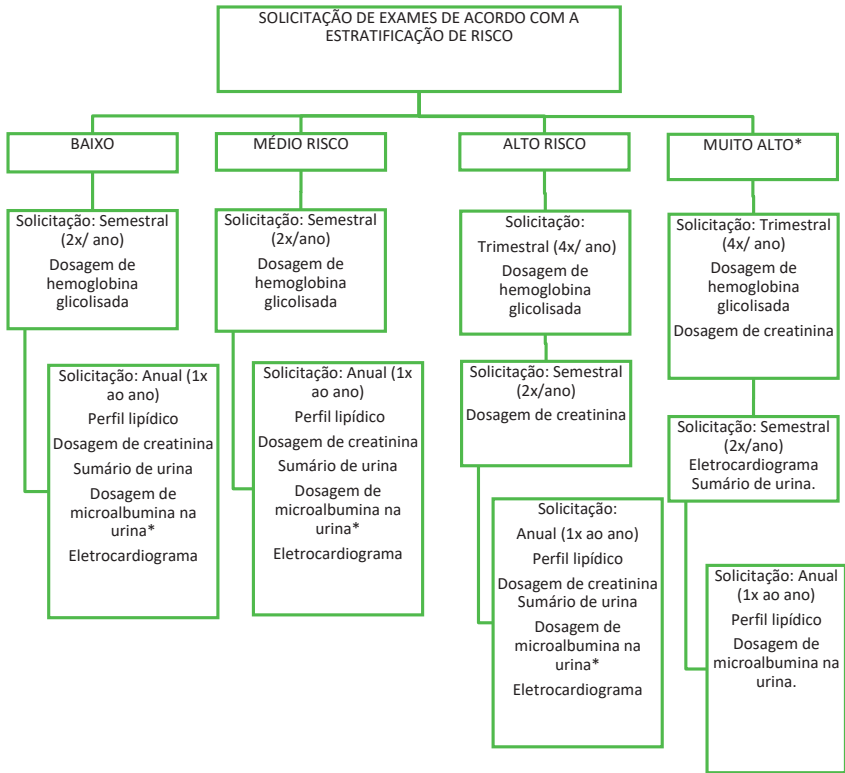
Fonte: Adaptação do Protocolo Clínica e Diretriz Terapêutica Diabetes tipo 2. Ministério da saúde (2020)

*Avaliação com envio de contra referência para continuada do cuidado na UBS, após controle glicêmico e outros fatores de risco.

ATENDIMENTOS MULTIPROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DIABETES

Consulta Médica:
• Exame físico; • Solicitação e/ou avaliação dos exames; • Estratificação de risco e preenchimento do cartão do idoso;
Conduta clínica específica
• Preenchimento do PEC (Problemas/Condições e exames avaliados); • Encaminhamento nutricionista e educador físico (NASF).
Consulta de Enfermagem:
• Exame físico; • Solicitação dos exames e/ou avaliação dos exames; • Estratificação de risco e preenchimento do cartão do idoso.
Conduta clínica específica
• Preenchimento do PEC dos exames avaliados; • Encaminhamento ao nutricionista e educador físico (NASF).
Consulta Odontológica:
• O cuidado em Saúde Bucal de pessoas com DM é responsabilidade de toda a equipe de Atenção Básica (AB), no entanto, devido à maior probabilidade de desenvolver certas desordens da mucosa bucal, tem-se a necessidade de avaliação criteriosa pelo odontólogo.
Atendimento Multiprofissional:
• Encaminhamento para o NASF deve ser realizado por intermédio da ficha de referência entregue diretamente do NASF para a sua unidade referência; • Nutricionista (NASF); • Educador físico (NASF).
Os exames solicitados para procedimentos devem ter pelo menos três meses de validade, podendo estes, ser avaliados pela equipe multiprofissional da rede de atenção básica e especializada.

FLUXOGRAMA 2 – Assistência na APS/UBS de acordo com a estratificação de risco.



Fonte: Parâmetros para ações e serviços de saúde do SUS (Brasil, 2015).

*A solicitação dos exames dos pacientes acompanhado pelo AAE, será levada pelo paciente até a unidade básica de saúde e serão marcados na central de atendimentos.

**TABELA 1 - AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DOS
PACIENTES COM DIABETE MELLITUS TIPO 1**

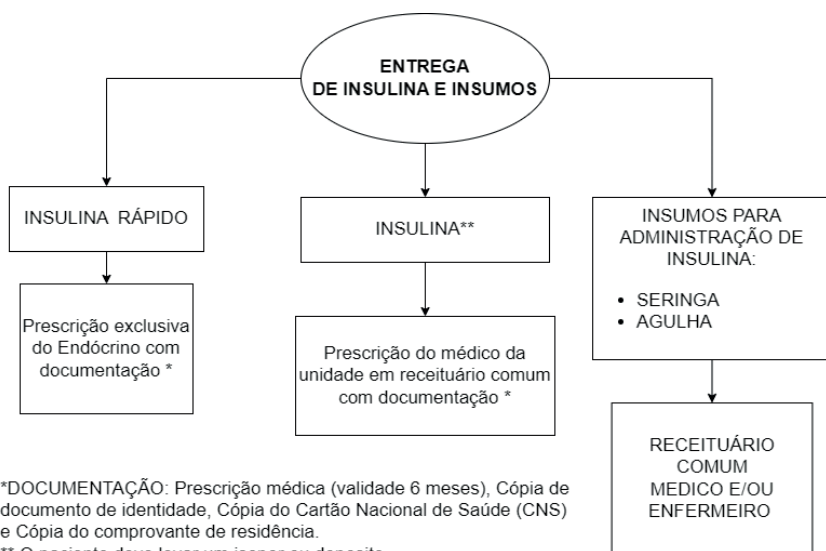
EXAMES	INÍCIO	PERIODICIDADE
Avaliação de Peso e Altura.	Após o diagnóstico.	Em cada consulta com o profissional de saúde.
Avaliação da Pressão Arterial.	Após o diagnóstico.	Em cada consulta com o profissional de saúde.
Avaliação da Hemoglobina glicosilada.	Após o diagnóstico.	A cada 6 meses*.
Avaliação da puberdade e do estágio de maturação sexual.	Crianças: após o diagnóstico.	Anualmente.
Avaliação de risco cardiovascular.	Crianças: início da puberdade. Adulto: após o diagnóstico.	Anualmente.

Avaliação do pré-diabético (Neuropatia periférica e Doença Arterial Periférica).	Após o diagnóstico.	Anualmente.
Avaliação de dislipidemia.	Crianças: a partir de 10 anos de idade ou início da puberdade. Adultos: após o diagnóstico.	Crianças: Se o resultado vier normal, repetir a cada 5 anos. Se vier alterado, repetir anualmente. Adultos: Repetir anualmente.
Avaliação de nefropatia.	Crianças: após 5 anos de doença ou puberdade. Adultos: após o diagnóstico, a critério médico, o início da avaliação pode ser antecipado.	Anualmente, pela taxa de filtração glomerular de microalbuminúria.
Avaliação oftalmológica.	Crianças: após 5 anos de doença ou puberdade. Adultos: após o diagnóstico, a critério médico, o início da avaliação pode ser antecipado.	Anualmente.
Avaliação da tireoide.	Após o diagnóstico.	Anualmente.
Avaliação psicológica e emocional.	Após o diagnóstico.	Quando apresentar cetoacidose diabética ou dificuldade do controle de glicose.

Fonte: Adaptação do Protocolo Clínica e Diretriz Terapêutica Diabetes tipo 1. Ministério da Saúde (2020)

* Recomenda-se que a HbA1c seja realizada a cada 3 meses em crianças e adolescentes, com no mínimo duas medidas anuais. Para adultos, com controle estável, recomendam-se duas medidas anuais.

FLUXOGRAMA 3 – ENTREGA DE INSULINA E INSUMOS



*DOCUMENTAÇÃO: Prescrição médica (validade 6 meses), Cópia de documento de identidade, Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Cópia do comprovante de residência.

** O paciente deve levar um isopor ou depósito térmico para o transporte (receber orientação na unidade)

Observação: pacientes da zona rural recebem a insulina e insumos na farmácia básica do município, exceto, em unidades que possuem suporte de armazenamento para distribuição.

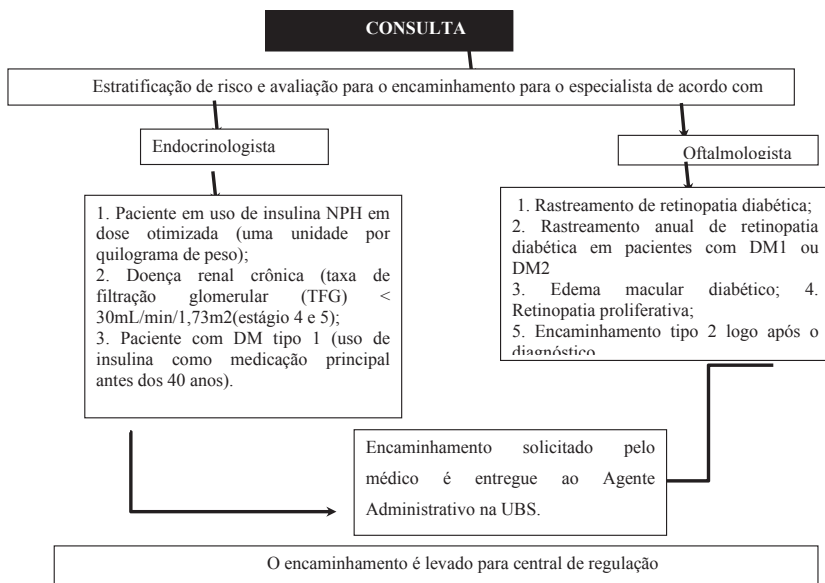
ENTREGA: GLICOSÍMETRO, FITAS E LANCETAS

- Liberado exclusivamente para insulino dependentes;
- Para a retirada do glicosímetro é necessária a solicitação médica para cadastro na CAF;
- Fitas e lancetas, após o cadastro do paciente na CAF, poderão ser feitas com solicitação médica e/ou enfermeiro em receituário simples, com assinatura, carimbo e data.

FLUXOGRAMA PARA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

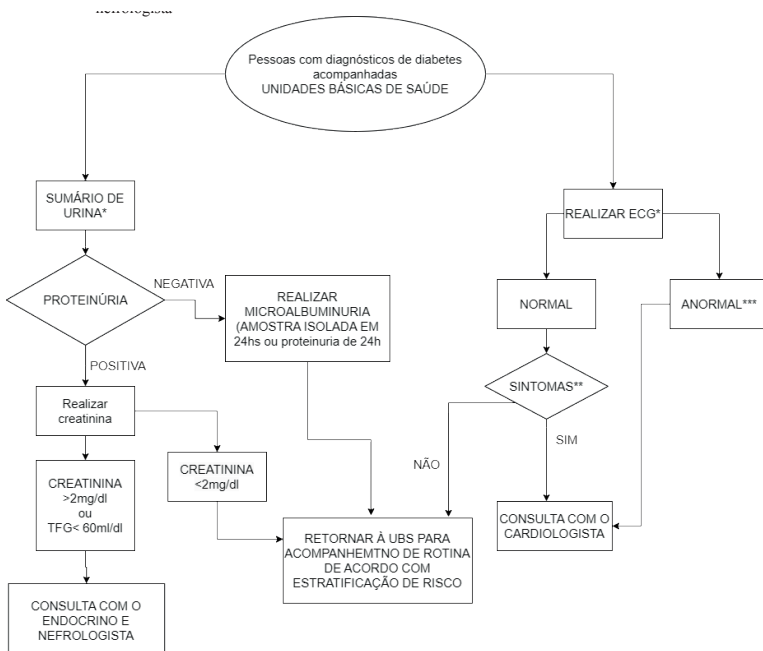
Por se tratar de uma patologia que acarreta complicações em diversos órgãos é relevante o acompanhamento de profissionais especializados. Alguns critérios devem ser levados em consideração durante o processo de encaminhamento.

FLUXOGRAMA 3 – Critérios para o encaminhamento Endocrinologista e Oftalmologista



Fonte: Ministério da Saúde, 2015

FLUXOGRAMA 4 - Critérios para o encaminhamento Endocrinologista, Cardiologista e nefrologista



Fonte: Ministério da Saúde, 2015

REFERÊNCIAS

SILVA, Auresuzi Bezerra da; LIMA, Rita Maria da Silva. Diagnóstico laboratorial de Diabetes Mellitus. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRUGUGNOLLI, Izabela Dias. Protocolo de diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde de Catanduva-SP/ Izabela Dias Brugugnolli, Luiz Gustavo Cunha Claudino. — 1 Ed. -- Catanduva, 2020. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

ISER, Betine Pinto Moehlecke *et al.* Prevalência de pré-diabetes e hiperglicemia intermediária em adultos e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 531-540, 2021.



CAPÍTULO 4

PROTOCOLO ASSISTENCIAL AO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTÉRIA SISTÊMICA

Prefeito Municipal

Felipe Pinheiro

Secretária Municipal de Saúde

Georgina Freire Machado

Assessora Técnica em Saúde

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Coordenação geral de elaboração e organização:

Leiliany Magno Cunha

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Autoria

Emanuele Marinho Rocha

Leiliany Magno Cunha

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Revisão

Carlito Braga Linhares

Michellyne Martins Viana

Roberta Alves Sousa

Autores:

Leiliany Magno Cunha

Wallquíria Morais Lima

Jocijânia Oliveira Martins

Roberta Alves Sousa

Maria Rochelly Teixeira Lucas

Karol Pâmera Cordeiro Alves

Emanuele Marinho Rocha

Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Georgina Freire Machado

APRESENTAÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica prevalente e impactante em nossa sociedade. Este protocolo foi desenvolvido com a missão de fornecer uma abordagem unificada e eficaz na atenção básica, em que o controle adequado da pressão arterial desempenha um papel crucial na prevenção de complicações.

Então, reconhece-se a importância de uma abordagem centrada no paciente. Este protocolo busca personalizar o cuidado, levando em consideração as necessidades e preferências individuais de cada paciente.

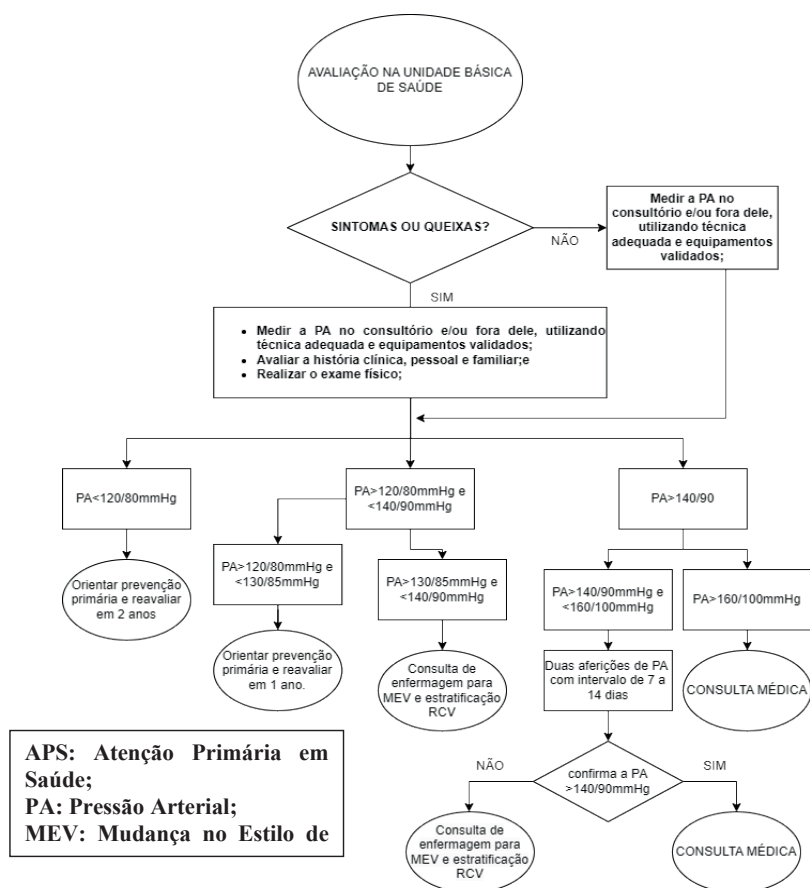
A prevenção é o elemento essencial deste protocolo. Enfatiza-se a importância da educação contínua para pacientes e profissionais de saúde, visando à prevenção de complicações e à promoção de estilos de vida saudáveis.

A hipertensão arterial exige uma abordagem integrada. Neste sentido, o protocolo destaca a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, promovendo uma assistência coordenada e eficaz.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica consiste em uma condição clínica multifatorial, geralmente não associada a sintomas, caracterizando-se pela elevação sustentada dos níveis pressóricos sistólicos ≥ 140 mmHg e/ou diastólicos ≥ 90 mmHg. Para o diagnóstico se faz necessária a aferição de duas a três visitas no intervalo de 1 a 4 semanas (dependendo do nível de pressão arterial). Logo, o diagnóstico é feito em uma única visita se a PA do paciente estiver maior ou igual a 180/110 mmHg e houver evidência de doença cardiovascular (Brasil, 2022).

FLUXOGRAMA 01 – Rastreamento e Avaliação Diagnóstica



Fonte: Adaptado da Linha de Cuidado do Adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica.

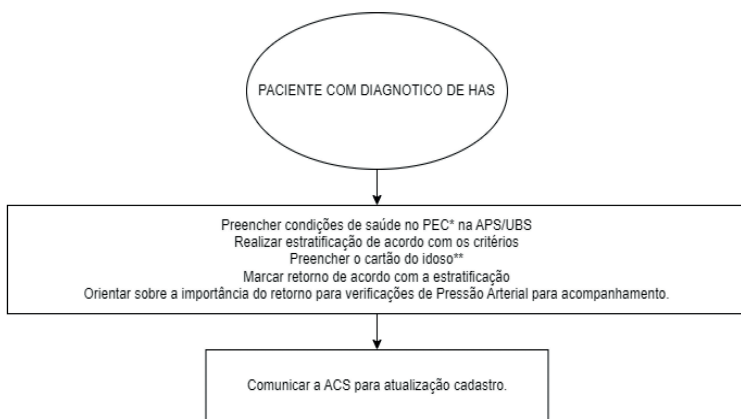
INDICADORES DA HAS

Para a efetiva melhora dos indicadores se faz necessário o rastreamento e atualização dos pacientes que estão com cadastro desatualizado e com a condição de saúde não preenchida adequadamente.

* Preenchimento realizado pelo médico.

**Paciente acima de 60 anos.

Figura 01 – Condições de saúde do PEC



Fonte: elaboração própria, 2023

ESTÁGIOS DA HIPERTENSÃO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

O diagnóstico da Hipertensão divide-se em três estágios que guiarão o manejo terapêutico, o qual permitirá facilitar a estratificação de risco.

TABELA 1 – Estágios da Hipertensão

ESTÁGIOS	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Hipertensão estágio 1.	140-159.	90-99.
Hipertensão estágio 2.	160-179.	100-109.
Hipertensão estágio 3.	≥180.	≥110.

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2017).

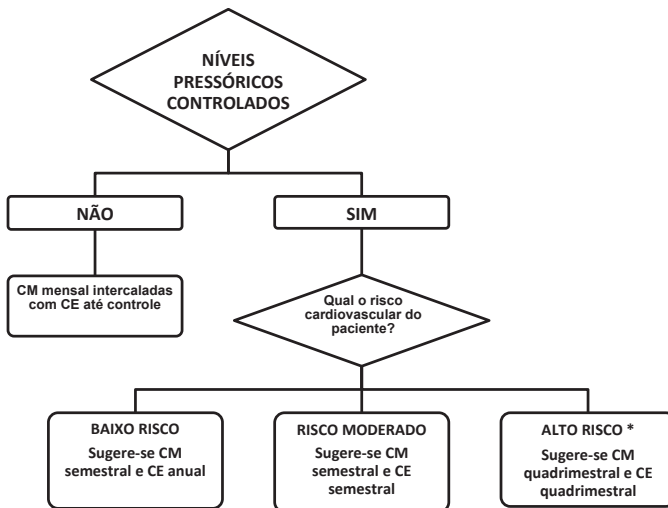
TABELA 2 - Estratificação de risco com exames

Fatores de risco	PA normal alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte: Adaptado de 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2017.

PA: Pressão Arterial; PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; LOA: Lesão de Órgão-Alvo; DCV: Doença Cardiovascular; DRC: Doença Renal Crônica;

FLUXOGRAMA 2 - Organização das consultas médicas e de enfermagem no cuidado do paciente hipertenso de acordo com o controle pressórico e o risco cardiovascular.



IMPORTANTE: Consulta odontológica anual. CM: Consulta Médica

CE: Consulta de Enfermagem

*Os encaminhamentos para ambulatório de especialidades deverão ser feitos mediante consultas aos Protocolos de Regulação.

Fonte: Adaptado de Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes, Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

Figura 02 - Encaminhamento para Assistência Ambulatorial Especializada

Oftalmologista:	Cardiologista:	Nefrologista:	Endocrinologista:
É indicada ao menos uma avaliação com oftalmologista ou retinografia colorida avaliada por teleoftalmologia em pacientes com hipertensão estágio 2 ou maior.	Suspeita de hipertensão secundária Hipertensão severa ou resistente com no mínimo 3 medicações antihipertensivas em dose máxima tolerável (incluindo 1 diurético), após avaliar adesão ao tratamento Suspeita de lesão funcional de órgão-alvo - disfunção sistólica de ventrículo esquerdo, diastólica grave, doença cardiovascular estabelecida	Suspeita de hipertensão secundária Suspeita de lesão funcional de órgão-alvo - perda progressiva de função renal ou insuficiência renal a partir do estágio 3 (TFGe < 60 mL/min./1,73m ²)	Suspeita de hipertensão secundária de causa endocrinológica: Hiperaldosteronismo primário Hipertireoidismo Síndrome de Cushing Acromegalia Hiperparatireoidismo Feocromocitoma

Fonte: elaboração própria, 2023

SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Quadro 1 – Indicações de exames diagnósticos complementares durante a avaliação de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (Avaliação da possibilidade de HAS Secundária)

EXAME	INDICAÇÃO
Ecocardiograma.	Indícios de hipertrofia de ventrículo esquerdo ao ECG ou pacientes com suspeita clínica de insuficiência cardíaca.
Albuminúria.	Pacientes com diabetes, síndrome metabólica ou com dois ou mais fatores de risco.
Ultrassom renal ou com doppler*.	Pacientes com insuficiência renal crônica ou suspeita de doença renovascular.
Hemoglobina glicada.	Confirmação de diabetes mellitus (DM).

Fonte: elaboração própria, 2023

Exames que devem ser realizados anualmente após o diagnóstico de HAS.

- ▮ Eletrocardiograma;
- ▮ Dosagem de glicose;
- ▮ Dosagem de colesterol total;
- ▮ Dosagem de colesterol HDL;
- ▮ Dosagem de triglicerídeos;
- ▮ Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos/5);
- ▮ Dosagem de creatinina;

- Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1);
- Dosagem de potássio;
- Dosagem Na;
- Fundoscopia.

Ao avaliar os exames de rotina, o profissional deve observar alguns aspectos:

- O eletrocardiograma é razoavelmente sensível para demonstrar repercussões miocárdicas da hipertensão, como sobrecarga de ventrículo esquerdo.
- A presença de proteinúria leve a moderada no sedimento urinário é geralmente secundária à repercussão de hipertensão sobre os rins. Proteinúria mais acentuada, leucocitúria e hematúria (excluídas outras causas), especialmente se acompanhadas dos cilindros correspondentes, indicam hipertensão grave ou hipertensão secundária à nefropatia.
- O potássio sérico anormalmente baixo sugere o uso prévio de diuréticos. Excluída essa causa, o paciente deve realizar, via encaminhamento, investigação de hiperaldosteronismo primário.
- A dosagem do colesterol e da glicemia visa detectar outros fatores que potencializam o risco cardiovascular da hipertensão.
- A radiografia de tórax deve ser feita quando houver suspeita de repercussão mais intensa de hipertensão sobre o coração, como insuficiência cardíaca, podendo demonstrar aumento do volume cardíaco, sinais de hipertensão venocapilar e dilatação da aorta, ou quando houver outra indicação, como doença pulmonar obstrutiva crônica. O ecocardiograma é indicado quando existem indícios de insuficiência cardíaca, mas não é indispensável para estratificar o risco e tomar decisões terapêuticas no paciente hipertenso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 85 p.

Malachias, M., Gomes, M., Nobre, F., Alessi, A., Feitosa, A., & Coelho, E. (2016). 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 2 - Diagnosis and Classification. Arquivos Brasileiros De Cardiologia, 107(3), 07–13. <https://doi.org/10.5935/abc.20160152>



CAPÍTULO 5

PROTOCOLO ASSISTÊNCIAL DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Prefeito Municipal

Felipe Pinheiro

Secretária Municipal de Saúde

Georgina Freire Machado

Assessora Técnica em Saúde

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Coordenação geral de elaboração e organização:

Leiliany Magno Cunha

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Autoria

Ana Eurideci de Sousa Rodrigues Braga

Jocijânia Oliveira Martins

Leiliany Magno Cunha

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Revisão

Michellyne Martins Viana

Antônio Monteiro de Vasconcelos Neto

Roberta Alves Sousa

Autores:

Leiliany Magno Cunha

Wallquíria Morais Lima

Jocijânia Oliveira Martins

Roberta Alves Sousa

Maria Rochelly Teixeira Lucas

Karol Pâmera Cordeiro Alves

Emanuele Marinho Rocha

Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Georgina Freire Machado

APRESENTAÇÃO

O Protocolo da Atenção Básica à Saúde da Mulher é um guia abrangente que visa orientar profissionais de saúde na prestação de cuidados voltados às necessidades específicas da população feminina. Este protocolo integra diretrizes baseadas em evidências, promovendo uma abordagem holística e centrada na saúde da mulher.

Este documento representa um marco significativo na abordagem de prestação de cuidados de saúde, concentrando-se nas particularidades e necessidades específicas da população feminina. O protocolo abrange uma variedade de áreas essenciais, desde o rastreamento da prevenção de doenças, acompanhamento durante a adolescência, cuidados na menopausa até o envelhecimento. Porquanto, cada seção foi elaborada com o intuito de proporcionar diretrizes claras e práticas para os profissionais de saúde, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de condições específicas.

O Protocolo da Atenção Básica à Saúde da Mulher visa proporcionar cuidados abrangentes e integrados, respeitando a singularidade e as necessidades específicas de cada mulher. Diante disso, a implementação destas diretrizes contribui para a promoção da saúde, prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida ao longo das fases do ciclo vital feminino.

LINHA DE CUIDADO DA SAÚDE DA MULHER



Fonte: elaboração própria, 2023

CÂNCER DE MAMA E COLO DO ÚTERO

O câncer de mama é o mais frequente em mulheres no Brasil, após o câncer de pele não melanoma, o qual tem taxas ainda mais elevadas de mortalidade. O rastreamento por meio da mamografia é a estratégia mais implementada no mundo para a detecção precoce dessa doença. Isso consiste na repetição periódica de mamografias de rotina em mulheres sem sinais ou sintomas suspeitos desse tipo de câncer. No Brasil, o rastreamento mamográfico passou a ser recomendado como política pública desde 2004.

Conforme as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, o supracitado rastreamento deve ser oferecido às mulheres com idade de 50 a 69 anos, uma vez a cada dois anos, haja vista que é nessa faixa etária e periodicidade que se observa o balanço favorável entre riscos e benefícios do rastreamento.

O diagnóstico precoce por meio desse tipo de avaliação, mapeia sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama. É também o mais recomendado e constitui prioridade assistencial no cenário de apresentação avançada da doença no país.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolau), que deve ser oferecido às mulheres ou qualquer outra pessoa com colo do útero, na faixa etária de 25 a 64 anos, e que já tiveram atividade sexual (Brasil, 2016). Isso pode incluir homens trans e pessoas não binária designada mulher ao nascer (Connolly, Hughes, Berner; 2020; Who, 2021).

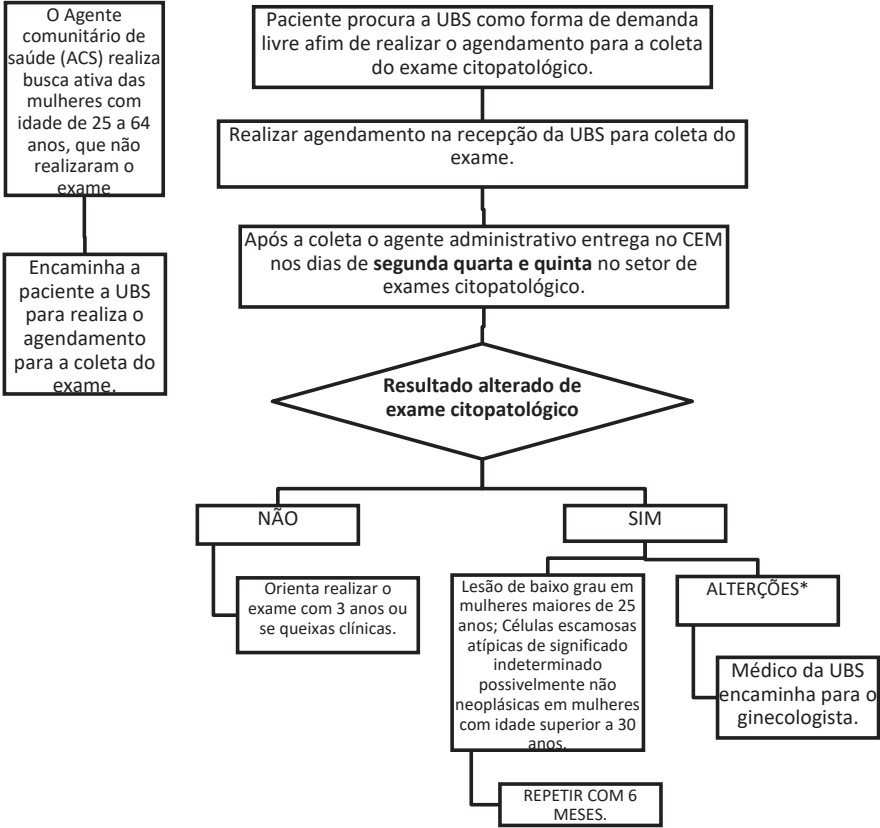
A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano entre eles. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (Brasil, 2016).

As mulheres diagnosticadas com lesões intraepiteliais do colo do útero no rastreamento devem ser encaminhadas à unidade secundária para confirmação diagnóstica e tratamento, segundo as diretrizes clínicas estabelecidas (Brasil, 2012).

É papel da Atenção Primária desenvolver ações para prevenção do câncer do colo do útero, por meio de ações de educação em saúde, vacinação de grupos indicados e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento. O rastreamento é uma tecnologia da Atenção Primária, e os profissionais atuantes nesse nível de atenção devem conhecer o método, a periodicidade e a população-alvo recomendados, sabendo ainda orientar e encaminhar para tratamento às mulheres, de acordo com os resultados dos exames, e garantir seu seguimento.

A realização do exame citopatológico deve ocorrer na própria unidade básica de saúde, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para este fim. Uma estratégia que pode ser adotada é a de mutirão em horários alternativos que permite atingir mulheres que geralmente não conseguem ter acesso ao exame. Nesse caso, usuárias que não comparecem espontaneamente podem ser convocadas para realização do exame. Independente da forma de abordagem, o exame deve ser coletado mediante a técnica descrita no capítulo específico, e a mulher deve ser respeitada e abordada integralmente.

FLUXOGRAMA DA COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE



Fonte: elaboração própria, 2023

***ALTERAÇÕES:**

Células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo afastar lesão de alto grau;

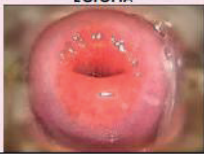
Células glandulares atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico ou não podendo afastar lesão de alto grau;

Células atípicas de origem indefinida possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesão de alto grau;

Lesão de alto grau Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão;

Carcinoma escamoso invasor Adenocarcinoma in situ ou invasor.

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

PROBLEMA	DESCRIÇÃO	RECOMENDAÇÃO
RESSECAMENTO VAGINAL OU COLPITE ATRÓFICA	Comum no climatério Secura vaginal, dificuldade e/ou dor durante relações sexuais Dificuldade para coleta de prevenção.	Prescrição médica de Creme de Estradiol 0,1 % vaginal durante 21 dias com pausa de 7 dias OU duas vezes por semana (sempre nos mesmos dias) por 3 meses. Suspende 48h antes do exame Contraindicação: mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase (como os utilizados no tratamento do câncer de mama).
VAGINISMO	Contração involuntária dos músculos próximos à vagina Dor na relação sexual Dor para coleta de prevenção.	Encaminhamento médico para o ginecologista.
ECTOPIA 	No período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher a JEC, situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão.	É uma situação fisiológica, não demandando intervenções. Pode-se proceder normalmente com a coleta do exame.
CISTO DE NABOTH 	Obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes.	Não demanda intervenção. Pode-se proceder normalmente com a coleta do exame.
PÓLIPOS CERVICAIS	São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramento vaginal fora do período menstrual e principalmente após relação sexual.	Realizar a coleta de prevenção e encaminhamento médico para o Ginecologista

Fonte: elaboração própria, 2023

Problemas mais frequentes encontrados durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero

I Adequabilidade da amostra

TIPO	DESCRIÇÃO
AMOSTRA INSATISFATÓRIA	Presença de sangue, piócitos, dessecação da lâmina, contaminantes externos. Ausência de células escamosas e metaplásicas. Repetir o exame com 6 semanas.
SATISFATÓRIA	Presença de células representativas: escamosa, glandular e metaplásica. Zona de transformação: é o epitélio colunar se transformando em metaplásico. Não indica amostra inadequada, contudo recomenda-se repetir o exame entre 6-12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado.

Recomendações preconizadas pelas diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero mediante resultados alterados de exames citopatológico

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		CONDUTA INICIAL
Dentro dos limites da normalidade;		EXAME NORMAL
- Metaplasia escamosa imatura; - Reparação; - Alterações celulares benignas reativas ou reparativas; - Atrofia com inflamação; - Indicativo de Radiação; - Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após menopausa. <u>Achados microbiológicos:</u> - Lactobacillus sp. - Cocos. - Bacilos Supracitoplasmáticos. (Gardnerella/ Mobiluncus) - Candida sp.		Seguir rotina de rastreamento
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS).	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US).	< 25 anos: Repetir em 3 anos. Entre 25 e 29 anos: Repetir a citologia em 12 meses. ≥ 30 anos: Repetir a citologia em 6 meses.
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASCH).	Encaminhar para colposcopia*.
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC).	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau.	Encaminhar para colposcopia.
Células atípicas de origem indefinida (AOI).	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau.	Encaminhar para colposcopia.
Lesão de Baixo Grau (LSIL).		Repetir a citologia em 6 meses. Se mantiver resultado encaminhar para colposcopia. Se dois exames negativos seguir rotina.
Lesão de Alto Grau (HSIL).		Encaminhar para colposcopia.

Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão.	Encaminhar para colposcopia.
Carcinoma escamoso invasor.	Encaminhar para ginecologia.

***COLPOSCOPIA:** O médico deve preencher e encaminhar a guia de referência. No dia da consulta, a mulher não pode estar menstruada (caso esteja, remarcar) e levar o resultado do exame citopatológico. Caso seja detectada vaginite ou vaginose, realizar o tratamento antes de realizar a colposcopia. Incentivar que a mulher vá à consulta de colposcopia, se possível, com acompanhante. A mulher em acompanhamento pela colposcopia deve continuar sendo avaliada para as outras ações de saúde da mulher. Fazer busca ativa dessa mulher caso ela falte ao exame.

ORIENTAÇÕES SOBRE ULTRASSOM PÉLVICO E TRANSVAGINAL

JUSTIFICATIVAS ADEQUADAS PARA	JUSTIFICATIVAS NÃO ADEQUADAS PARA
ULTRASSOM PÉLVICO E TRANSVAGINAL	ULTRASSOM PÉLVICO E ENDOVAGINAL
1. Avaliação do endométrio no climatério, não há dados na literatura que comprovem a eficácia do ultrassom de rotina para avaliar endométrio no climatério como rastreio; 2. Controle de DIU se houver dúvidas quanto à inserção ou posicionamento (ex.: fios não visualizados ou fios maiores que o esperado). Não há dados na literatura que comprovem a eficácia do ultrassom de rotina para avaliar o DIU, conforme orientações da OMS; 3. Obesidade grave com exame físico inconclusivo; 4. Metrorragia (avaliar sinais, sintomas e tempo de queixa, e encaminhar preferencialmente para avaliação de urgência no Centro Materno Infantil); 5. Suspeita de pólipos endometrial ou mioma que desvie o endométrio; 6. Massa pélvica; 7. Endometriose (com alterações no exame físico – detalhar o caso); 8. Irregularidade menstrual sem resposta ao tratamento clínico; 9. Avaliação de infertilidade; 10. Suspeita ou controle de Miomatose; 11. Útero aumentado de volume; 12. Suspeita de Hiperplasia Endometrial.	1. Nessas situações, o exame será realizado apenas se houver detalhamento do caso no verso do pedido do exame (aprovação pelo médico auditor da central de regulação) 2. Controle de Síndrome de Ovários Policísticos; 3. Pré-concepcional; 4. Rotina; 5. Relato da paciente sem confirmação ao exame físico (exemplo: "paciente que relata ter cisto no ovário"); 6. Lesão de colo do útero; 7. Dor pélvica crônica; 8. Dismenorréia; 9. Dispareunia. 10. Diagnóstico de gravidez; 11. Sinusorragia; 12. Pré-menopausa; 13. Traquelectomia prévia; 14. Controle pós-histerectomia por doença benigna; 15. Controle laqueadura tubária; 16. Hipertrofia do colo do útero; 17. Controle de líquido em fundo de saco posterior; 18. Varizes pélvicas; 19. Aderência; 20. Doença inflamatória pélvica (por se tratar de urgência, encaminhar ao CMI); 21. Leucorréia de repetição; 22. Hematúria microscópica. *Nas situações 6, 7, 8 - detalhamento do caso na justificativa do pedido. Investigar outras causas de dor: EUR, urocultura, EPF, descrever alterações de exame físico e tentativa de tratamento clínico.

Fonte: Ministério da saúde, 2012

CÂNCER DE MAMA

Ações de diagnóstico precoce na Atenção Básica:

- I Avaliar a alteração suspeita na mama ou de acordo com queixa, sinais e sintomas. Ação pode ser realizada em qualquer idade.
- I Mamografias realizadas em homens serão sempre mamografias diagnósticas.

Situações suspeitas:

- I Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- I Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;
- I Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;
- I Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- I Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- I Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral;
- I Presença de linfadenopatia axilar;
- I Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- I Retração na pele da mama;
- I Mudança no formato do mamilo;
- I Alterações na Mamografia.
 - I BI RARDS 0: encaminhar ao mastologista.
 - I BI RARDS 1 e 2: resultado benigno na ausência de alterações clínicas. Manter controle habitual na unidade de saúde.
 - I BI RARDS 3: encaminhar ao mastologista.
 - I BI RARDS 4/5: encaminhar para oncologia.
- I Critérios para a solicitação de ultrassonografia mamária:

Para a realização de US das mamas com indicação diagnóstica complementar ao exame de mamografia é obrigatório apresentar o resultado do exame de mamografia com até 02 (dois) anos após sua realização.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

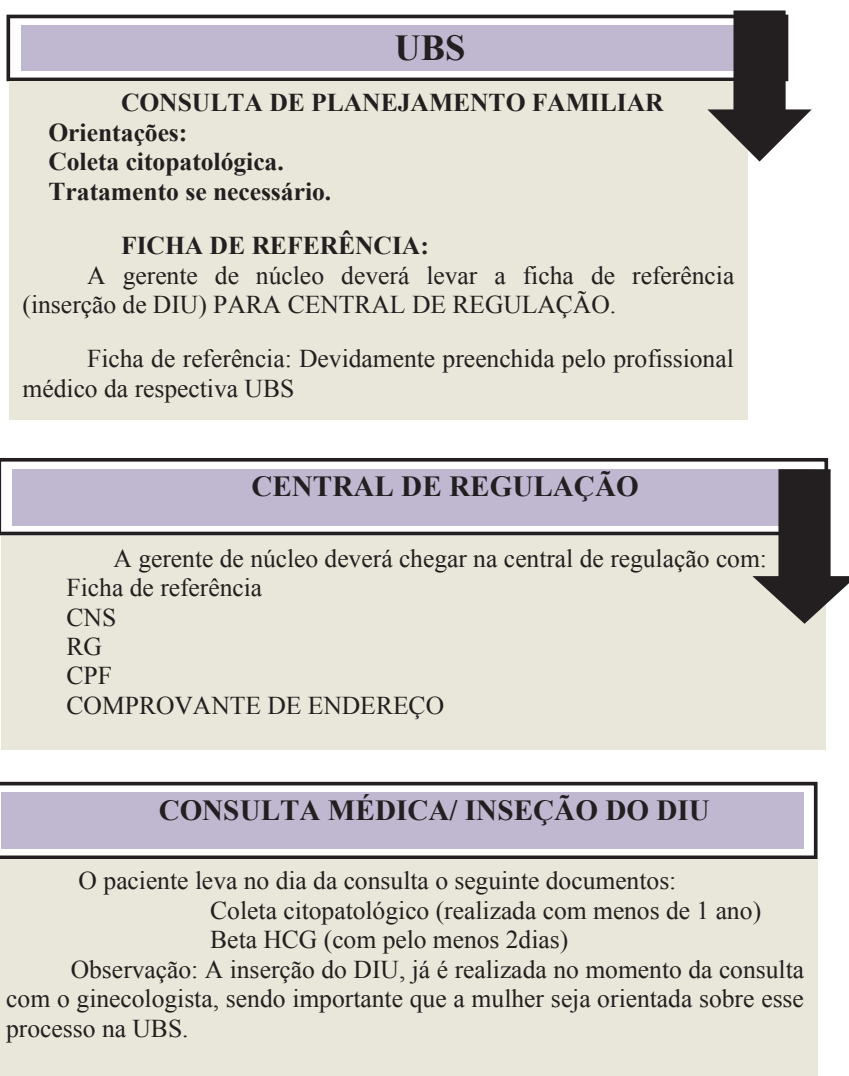
I MÉTODO DE BARREIRA

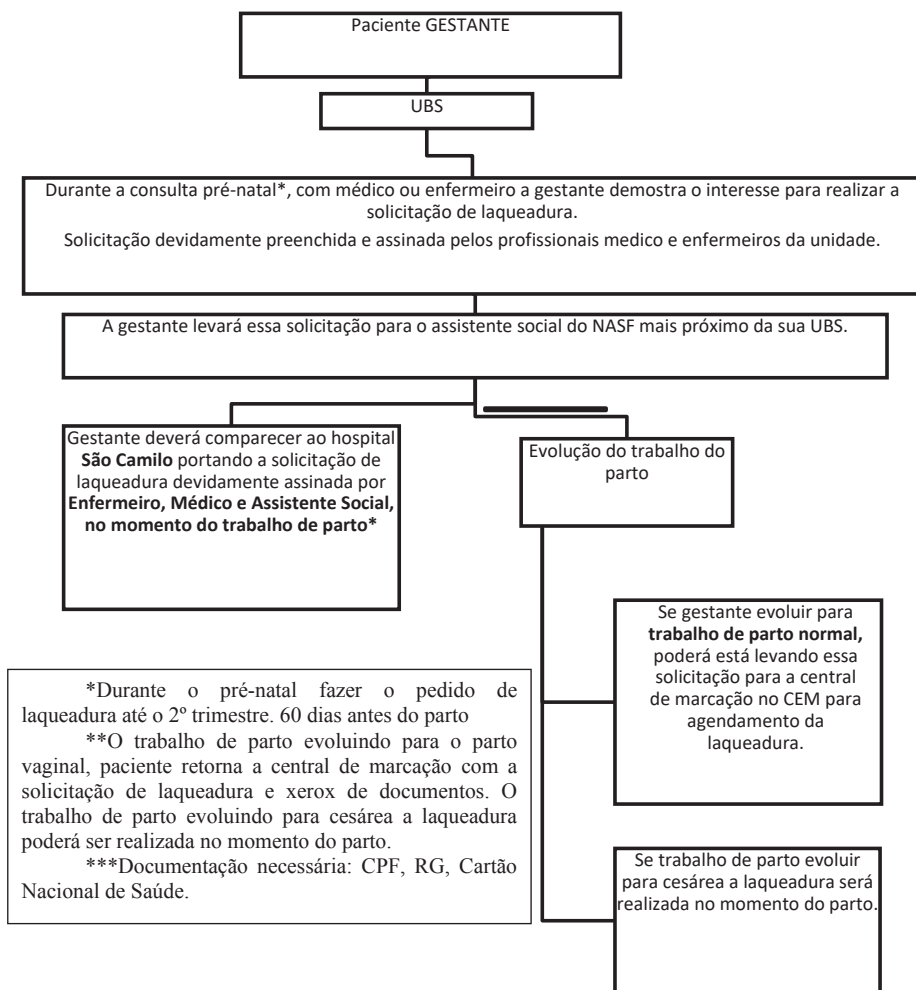
Prescrição em receituário simples para receber na farmácia básica da prefeitura.

I MÉTODOS HORMONAIS

LISTA DOS ANTICONCEPCIONAIS – FARMÁCIA BÁSICA DA PREFEITURA	
ORAIS	• Levonorgestrel + etinilestradiol 0,5 + 0,03 mg; • Levonorgestrel 0,75mg comprimido; • Noretisterona 0,35mg comprimido.
INJETÁVEIS	• Medroxiprogesterona 150mg/ml solução injetável; • Noretisterona + estradiol 50 mg + 5 mg/ ml amp.

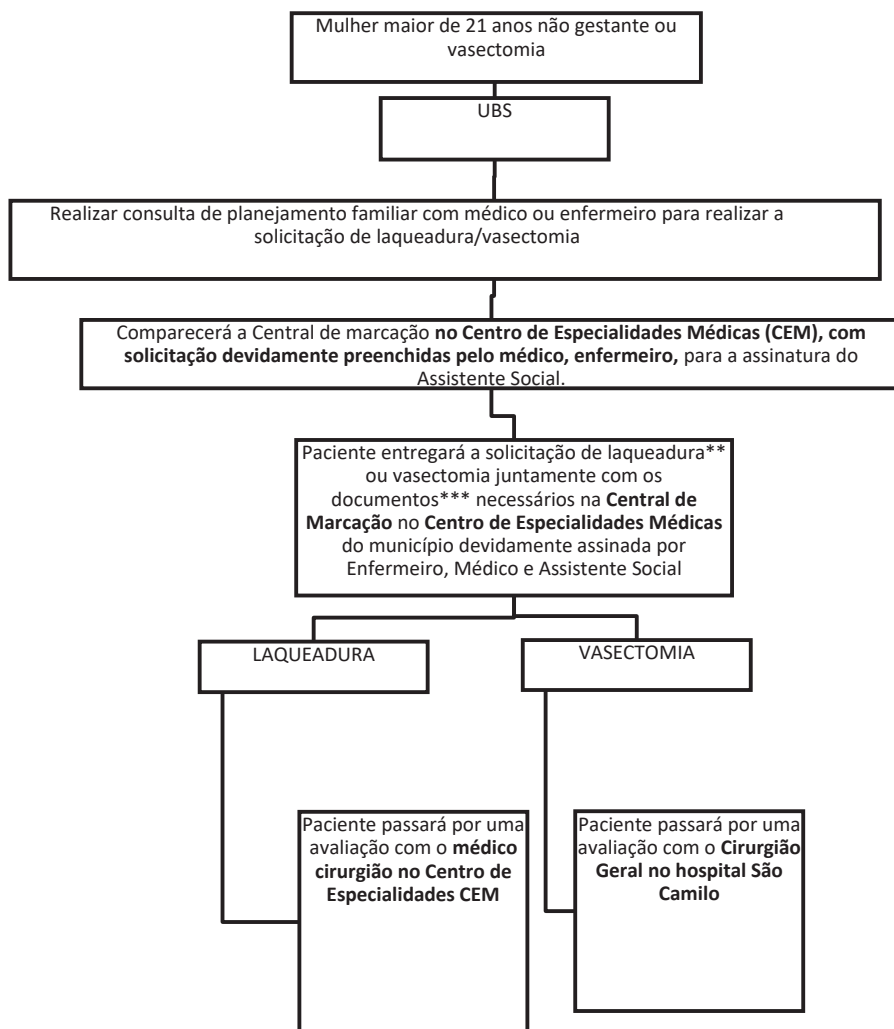
I INSERÇÃO DO DIU





Fonte: elaboração própria, 2023

FLUXOGRAMA 02 – Fluxo de vasectomia e mulher acima de 21 anos não gestante



Fonte: elaboração própria, 2023

REDE PONTO DE LUZ

A violência contra mulheres, crianças e adolescentes é uma grave violação dos direitos humanos, e é um problema que atinge todo o mundo. Podendo assumir várias formas e acontecer em diferentes contextos, seja o próprio ambiente familiar, escola, local de trabalho e comunidade em geral.

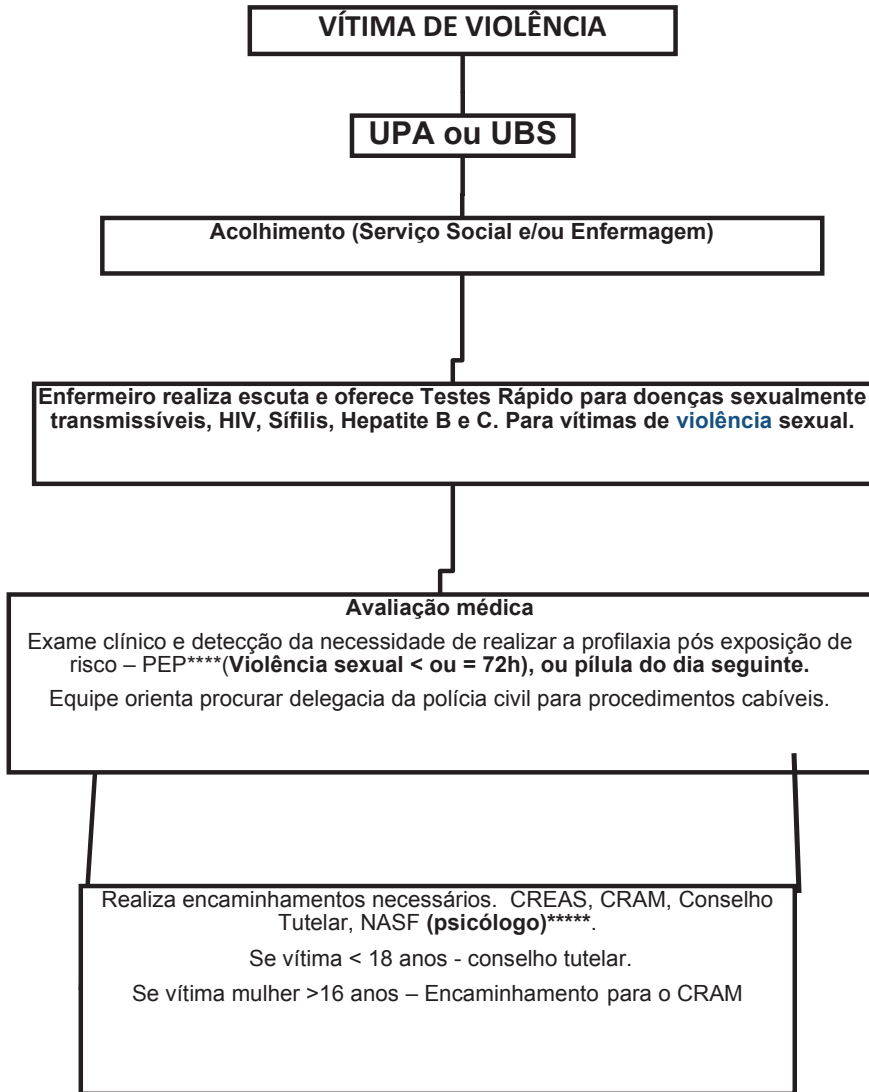
Nesse contexto, a violência contra as mulheres pode se estabelecer das seguintes forma: violência física, sexual, psicológica, doméstica; estupro, assédio sexual, tráfico humano, entre outras.

Além disso, consequentemente, um outro fato existente é a discriminação sistemática contra as mulheres que pode ocasionar uma série de danos sociais, econômicos e políticos, correspondendo também, a uma forma de violência.

Já em relação a violência contra crianças e adolescentes, esta pode assumir muitas formas, incluindo abuso físico, sexual e emocional, bem como a negligência. Isso pode acontecer no ambiente familiar, na escola, na comunidade ou no espaço virtual. Ademais, outras formas de violência bastante comum contra crianças e adolescentes é o trabalho infantil, bullying e até o casamento infantil.

Sabe-se que as consequências da violência podem ser profundas, duradouras e seriamente prejudiciais, afetando a saúde física e mental, bem como o bem-estar socioeconômico dos indivíduos. Combater esse tipo de violência é uma questão de direitos humanos e um imperativo de saúde pública, educação e bem-estar social. Por conseguinte, com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade às vítimas de violência, o governo do estado do Ceará desenvolveu a Rede Ponto de Luz.

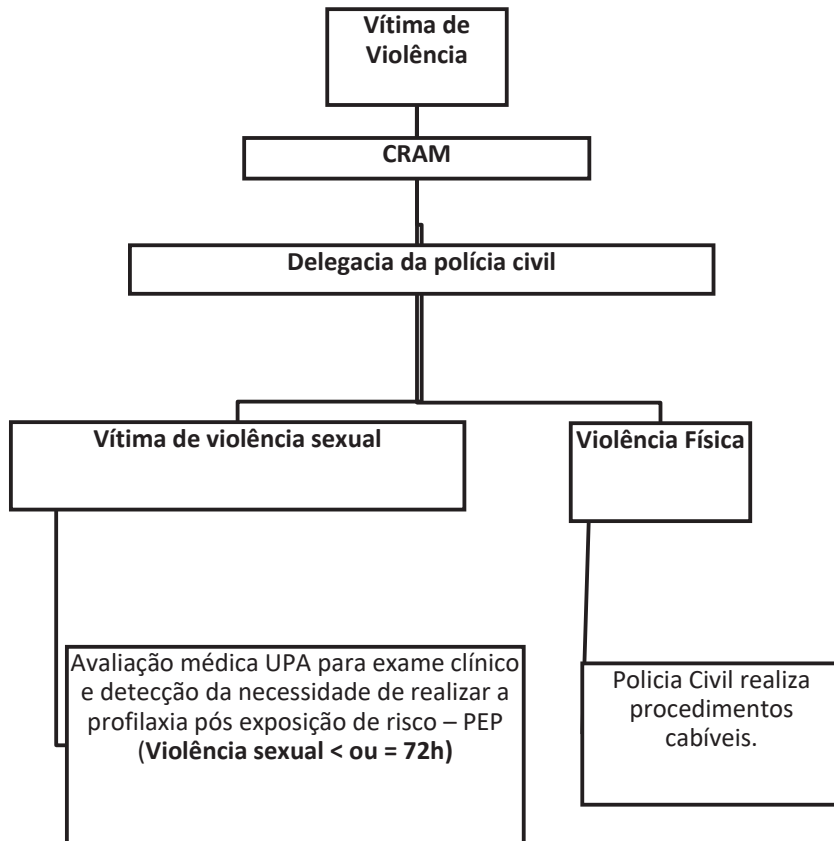
FLUXOGRAMA 03 - Rede Ponto de Luz - UPA ou UBS



Unidade de Pronto Atendimento – UPA: Como serviço 24h e finais de semana

****Entrega da PEP ou Pílula do dia seguinte acontece com na (Regional de Saúde) UDM.

Fonte: elaboração própria, 2023



Fonte: elaboração própria, 2023

Unidade de Pronto Atendimento – UPA: Como serviço 24h e finais de semana.

REFERÊNCIAS

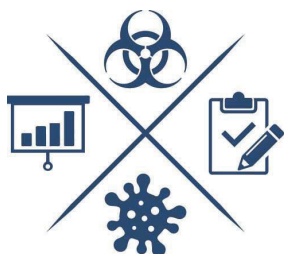
BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírion Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo Assistencial da Saúde da Mulher na Atenção Primária. 2ª edição. Contagem, 2021. 129p

INCA, Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.



CAPÍTULO 6

FLUXOS E PROTOCOLOS PARA DOENÇAS E AGRAVOS NOTIFICÁVEIS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Prefeito Municipal

Felipe Pinheiro

Secretária Municipal de Saúde

Georgina Freire Machado

Assessora Técnica em Saúde

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Elaboração

Wallquíria Moraes Lima

Revisão

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Francisco Almeida Rocha;

Karol Pâmera Cordeiro Alves.

Aprovação

Georgina Freire Machado

Autores:

Leiliany Magno Cunha

Wallquíria Moraes Lima

Jocijânia Oliveira Martins

Roberta Alves Sousa

Maria Rochelly Teixeira Lucas

Karol Pâmera Cordeiro Alves

Emanuele Marinho Rocha

Ana Eurídice de Sousa Rodrigues Braga

Niciane Bandeira Pessoa Marinho

Georgina Freire Machado

APRESENTAÇÃO

Segundo a Lei nº 8.080/90, a Vigilância Epidemiológica é entendida como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Brasil, p. ?).

Entre as doenças e agravos que mais são notificados no município de Itapipoca, tem-se: atendimento antirrábico, Chikungunya, dengue, hanseníase; leishmaniose tegumentar americana, leishmaniose visceral, sífilis em gestante e tuberculose. Com o intuito de padronizar a assistência médica e de enfermagem a esses casos, criou-se o presente documento.

Além da padronização, desde a suspeita até o tratamento de cada uma dessas situações, os fluxos e protocolos para doenças e agravos notificáveis da vigilância epidemiológica também traz orientações acerca dos exames laboratoriais disponíveis na rede SUS municipal, assim como o período para realização e documentos necessários para solicitação.

Sua construção teve início com a revisão de manuais e portarias do Ministério da Saúde, reuniões entre a coordenação da vigilância à saúde, coordenação do laboratório municipal, coordenação do núcleo de educação permanente e supervisão da vigilância epidemiológica.

A etapa de Validação aconteceu no dia 27 de janeiro de 2023, no auditório da Faculdade UNINTA, onde estiveram presentes médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família do município de Itapipoca. Na ocasião todos os fluxos e protocolos foram apresentados e discutidos. Estavam presentes também a coordenadora da assistência farmacêutica, uma representante da vigilância epidemiológica da 6ª Área Descentralizada de Saúde (ADS) e a coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP).

A oficialização do referido documento aconteceu via publicação da **Portaria SMS Nº 01/2023**, que aprova os Fluxos e Protocolos dos Agravos e Doenças Notificáveis da Vigilância Epidemiológica do município de Itapipoca (CE).

ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO

Paciente que sofreu acidente com **animal transmissor da Raiva Humana**



Avaliação médica e/ou avaliação de enfermagem



Ficha de notificação de Atendimento Antirrábico Humano (2 vias)
+
Prescrição Médica de Soro Antirrábico (**se necessário**)

ATENÇÃO:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos;
- A ficha de notificação deverá ser preenchida em 2 vias (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca e a 2ª via deverá ficar arquivada na Unidade de Saúde notificadora);
- Animais transmissores da Raiva Humana: cão, gato, bovídeos, equídeos, caprinos, suínos, ovinos, morcegos e outros mamíferos silvestres (inclusive os domiciliados);
- Em caso de acidente leve ou grave + animal (cão ou gato) passível de observação: não iniciar profilaxia e observar por 10 dias;
- Em caso de acidente com morcego, mesmo que contato indireto, deve ser prescrito 4 doses de vacina antirrábica + soro;
- Esquema vacinal: 4 (quatro) doses, nos dias 0, 3, 7 e 14. Em caso de pacientes faltosos, não é necessário reiniciar profilaxia. Aplica-se a vacina no dia em que o paciente comparecer a unidade e continua o esquema mantendo os intervalos das doses seguintes de acordo com o intervalo originalmente proposto;
- Caso seja indicado o soro antirrábico, a prescrição médica deverá ser encaminhada juntamente com a notificação. Nela deve constar o peso do paciente e quantidade de soro a ser administrada;
- O soro antirrábico ou imunoglobulina devem ser administrados o mais rápido possível, no máximo em até 7 dias após a 1ª dose de vacina antirrábica. Após esse prazo, sua administração está contraindicada;
- O volume de soro a ser administrado depende do peso do paciente, não havendo mais limite de ampolas. Para a administração do soro (frasco-ampola 200 UI/ml) é necessário multiplicar 40 UI pelo peso do paciente e após resultado converter UI em ml, através de regra de 3;
- Quando o soro prescrito estiver disponível, a assistência farmacêutica avisará a Equipe de Saúde da Família que acompanha o paciente para que o mesmo se dirija até a UPA para administração da dose prescrita;
- Após concluir o tratamento prescrito, a Equipe de Saúde da Família deverá comunicar ao setor de Vigilância Epidemiológica do município as datas administradas das doses de vacina e soro;
- Em caso de reexposição em pacientes que fizeram pré-exposição (PrEP): o soro antirrábico e a imunoglobulina não estão indicados; independentemente do intervalo de tempo, se o paciente recebeu esquema de PrEP completo, indica-se a profilaxia nos dias 0 e 3; se foi aplicada apenas 1 dose de PrEP, essa deve ser desconsiderada e o esquema de profilaxia, indicado para o caso, deve ser iniciado;
- Em caso de re-exposição em pacientes que já fizeram pós-exposição (PEP): o soro antirrábico e a imunoglobulina não estão indicados; até 90 dias, se o esquema anterior de PEP foi completo, não indicar profilaxia. Se foi incompleto, administrar as doses faltantes;
- Caso haja abandono do tratamento, também deverá ser comunicado ao setor de Vigilância Epidemiológica, juntamente com termo de responsabilidade assinado pelo paciente ou seu responsável.

Protocolo de Profilaxia da Raiva Humana Pós-Exposição				
Tipo de Exposição	Animal agressor			
	Cão ou gato		Mamífero doméstico de interesse econômico: bovídeos, equídeos, caprinos, suínos e ovinos.	Morcegos e outros mamíferos silvestres (inclusive domiciliados).
	Animal passível de observação por 10 dias e sem sinais sugestivos de raiva.	Animal não passível de observação por 10 dias ou com sinais sugestivos de raiva.		
Contato indireto - Tocar ou dar de comer para animais; - Lambedura em pele íntegra; - contato com pele íntegra com secreções ou excreções de animal, ainda que raivoso ou de caso humano.	1. Lavar com água e sabão; 2. Não indicar profilaxia.		1. Lavar com água e sabão; 2. Não indicar profilaxia.	1. Lavar com água e sabão; 2. Não indicar profilaxia.
Leve - Ferimento superficial no tronco ou nos membros, exceto mãos e pés; - lambedura de lesões superficiais.	1. Lavar com água e sabão; 2. Não iniciar profilaxia. Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar vacina (dias 0, 3, 7 e 14).	1. Lavar com água e sabão; 2. Iniciar profilaxia: vacina (dias 0, 3, 7, e 14).	1. Lavar com água e sabão; 2. Iniciar profilaxia: vacina (dias 0, 3, 7, e 14).	1. Lavar com água e sabão; 2. Iniciar profilaxia: vacina (dias 0, 3, 7, e 14) e soro (SAR ou IGHAR).
Grave - Ferimento nas mucosas, no segmento cefálico, nas mãos ou nos pés; - Ferimentos múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo; - Ferimento profundo, mesmo que puntiforme; - Lambedura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que intactas; - ferimento causado por mamífero silvestre.	1. Lavar com água e sabão; 2. Não iniciar profilaxia. Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar vacina (dias 0, 3, 7 e 14) e soro (SAR ou IGHAR) .	1. Lavar com água e sabão; 2. Iniciar profilaxia: vacina (dias 0, 3, 7, e 14) e soro (SAR ou IGHAR) .	1. Lavar com água e sabão; 2. Iniciar profilaxia: vacina (dias 0, 3, 7, e 14) e soro (SAR ou IGHAR) .	

COVID-19

Definição de caso: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por **pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas:** febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

Paciente com Síndrome Gripal com suspeita de COVID-19
Paciente assintomático contato de caso positivo para COVID-19



Avaliação médica e/ou avaliação de enfermagem



Ficha de notificação de SG suspeito de COVID-19 + Ficha GAL

ATENÇÃO:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos;
- A **solicitação do exame deverá ser acompanhada da Ficha GAL** para **pacientes com sintomas gripais**, pois em caso de Teste Rápido Negativo a amostra será encaminhada ao LACEN para realização de RT-PCR **onde será investigado, além da COVID-19, Vírus Sincicial e Influenza A e B;**
- Para **contactantes de casos confirmados**, deve-se aguardar de **5 a 6 dias após o último encontro (exposição)** para realizar a coleta da amostra e **testar com Teste rápido de**

antígeno (TR-AG). Pois, em geral, a maior parte da população tem período de incubação médio de 5-6 dias. Assim, ao coletar no 5º dia, espera-se que tenha terminado o período de incubação médio;

- Testes para COVID-19 disponíveis no Laboratório Municipal: **Teste rápido de antígeno e RT-PCR;**
- **Período para coleta:**
 - ✓ **Teste rápido de antígeno:** do primeiro ao sétimo dia após início dos sintomas (**ideal realizar coleta a partir do 3º dia após início dos sintomas**);
 - ✓ **RT-PCR:** do primeiro ao oitavo dia após início dos sintomas (**ideal realizar coleta a partir do 5º dia após início dos sintomas**).
- Horário de funcionamento do laboratório municipal de Itapipoca:
 - ✓ Manhã: 07h às 11h;
 - ✓ Tarde: 13h às 17h.

CHIKUNGUNYA

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Paciente com suspeita de Chikungunya



Avaliação médica e/ou avaliação de enfermagem



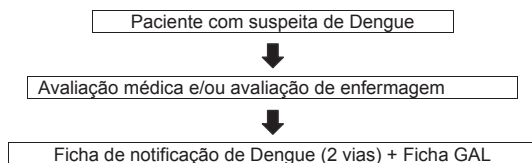
Ficha de notificação de Chikungunya (2 vias) + Ficha GAL

ATENÇÃO:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos;
- A **ficha de notificação** deverá ser preenchida em **2 vias** (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca e a 2ª via deverá ficar arquivada na Unidade de Saúde notificadora);
- Fichas obrigatórias para realização de exame sorológico no Laboratório Municipal: **ficha de notificação para Chikungunya + ficha Gal**;
- O paciente com suspeita de Chikungunya deverá ser orientado a procurar o Laboratório do município para coleta do exame sorológico **a partir do 5º dia de início dos sintomas**;
- Horário de funcionamento do laboratório municipal de Itapipoca:
 - ✓ Manhã: 07h às 11h;
 - ✓ Tarde: 13h às 17h.
- Pacientes que apresentem **sinais de gravidade** (acometimento neurológico, sinais de choque, extremidades frias, cianose; tontura, hipotensão, enchimento capilar lento ou instabilidade hemodinâmica, dispneia, dor torácica, vômitos persistentes; neonatos, descompensação de doença de base, sangramentos de mucosas) **devem ser encaminhados imediatamente à UPA**.
- Medicamentos que contêm ácido acetilsalicílico (AAS), ibuprofeno e outros anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) devem ser evitados, pois inibem elementos essenciais para a coagulação sanguínea, que já é prejudicada pela redução de plaquetas causada por esses vírus, favorecendo e agravando a ocorrência de hemorragias.
- Ideal: Notificar caso de Chikungunya imediatamente, **com até 7 dias do início dos sintomas**;
- Todo óbito ocorrido por Chikungunya, seja suspeito ou confirmado, necessita de investigação.

DENGUE

Caso suspeito de Dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *aedes aegypti* que apresente **febre**, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente **duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.**



ATENÇÃO:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos.
- A **ficha de notificação** deverá ser preenchida em **2 vias** (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca e a 2ª via deverá ficar arquivada na Unidade de Saúde notificadora).
- Fichas obrigatórias para realização de exame sorológico no Laboratório Municipal: **ficha de notificação para Dengue + ficha Gal.**
- O paciente com suspeita de dengue deverá ser orientado a procurar o laboratório do município para coleta do exame sorológico **a partir do 6º dia de início dos sintomas.**
- Horário de funcionamento do laboratório municipal de Itapipoca:
 - ✓ Manhã: 07h às 11h.
 - ✓ Tarde: 13h às 17h.
- Pacientes que apresentem **sinais de alarme** (dor abdominal intensa, referida ou à palpação, e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos – ascite, derrame pleural, derrame pericárdico; hipotensão postural e/ou lipotímia, letargia e/ou irritabilidade, hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosa; aumento progressivo do hematócrito) **devem ser encaminhados imediatamente à UPA.**
- Medicamentos que contêm ácido acetilsalicílico (AAS), ibuprofeno e outros anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) devem ser evitados, pois inibem elementos essenciais para a coagulação sanguínea, que já é prejudicada pela redução de plaquetas causada por esses vírus, favorecendo e agravando a ocorrência de hemorragias.
- Ideal: Notificar caso de dengue imediatamente, **com até 7 dias do início dos sintomas;**
- Todo óbito ocorrido por Dengue, seja suspeito ou confirmado, necessita de investigação.

QUADRO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dengue x Zika x Chikungunya

Sinais/Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre	>38°C	Sem febre ou subfebril (≤38°C)	Febre alta >38°C
Duração	4 a 7 dias	1-2 dias subfebril	2-3 dias
Rash	Surge a partir do quarto dia	Surge no primeiro ou segundo dia	Surge 2-5 dias
Frequência	30% a 50% dos casos	90% a 100% dos casos	50% dos casos
Milágia (Frequência)	+++	++	+
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Intensidade da dor articular	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e leve intensidade	Frequente e de moderada a intenso
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+++	++	++
Hipertrofia ganglionar	+	+++	++
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+
Risco de morte	+++	+*	++
Acometimento Neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	+++	+++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente
Trombocitopenia	+++	Ausente (raro)	++

Fonte: Brito e Cordeiro (2016).

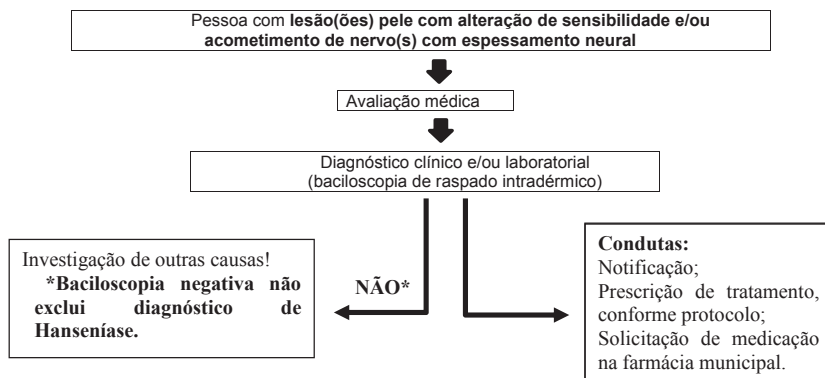
* Pode haver risco de morte nos casos neurológicos como a SGB decorrente de zika ou para crianças com malformações congênicas graves.

HANSENÍASE

Definição de Caso

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:

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



Atenção:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos.
- A **ficha de notificação** deverá ser preenchida em **2 vias** (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de vigilância epidemiológica da secretaria municipal de saúde de Itapipoca e a 2ª via deverá ser arquivada na unidade de saúde notificadora).
- Documentos que deverão ser entregues no setor de Vigilância Epidemiológica para o início do tratamento: **Ficha de Notificação + Prescrição médica**.
- Para **pacientes menores de 15 anos** diagnosticados com Hanseníase deverá ser preenchida **FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS** para liberação da medicação.
- As amostras para **baciloscopia de raspado intradérmico** são colhidas no laboratório municipal, de segunda a sexta-feira, das 13h às 16h. Podem ser solicitadas em receituário comum.
- **Mensalmente**, deve ser informada à vigilância epidemiológica a **data do último comparecimento do paciente** na Unidade, por meio do **boletim mensal de acompanhamento a pacientes com hanseníase**.
- É imprescindível **avaliar a integridade da função neural no momento do diagnóstico**, na **ocorrência de estados reacionais** e na **alta por cura** (término da poliquimioterapia), mediante o formulário de avaliação neurológica simplificada.
- Quando houver o **encerramento do caso**, a **data da alta** e o **motivo** deverão ser informados ao setor de vigilância epidemiológica, por meio do **boletim mensal de acompanhamento a pacientes com hanseníase** e da **ficha de encerramento de caso de hanseníase**.
- Os pacientes notificados com **hanseníase multibacilar** devem fazer controle de acompanhamento de alta **anualmente**, por intermédio de **baciloscopia de raspado intradérmico**.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Esquemas farmacológicos para tratamento da Infecção pelo *M. leprae*, de acordo com a faixa etária, peso corporal e classificação operacional

Faixa etária e peso corporal	Apresentação	Posologia.	Duração do tratamento	
			MB	PB
Pacientes com peso acima de 50 kg.	PQT-U Adulto.	Dose mensal supervisionada: - Rifampicina 600mg. - Clofazimina 300mg. - Dapsona 100mg. Dose diária autoadministrada: -Clofazimina 50mg diariamente. - Dapsona 1.00mg diariamente.	12 meses.	6 meses.
Crianças ou adultos com peso entre 30 e 50 kg.	PQT-U Infantil.	Dose mensal supervisionada: - Rifampicina 450mg. - Clofazimina 150mg. - Dapsona 50mg. Dose diária autoadministrada: - Clofazimina 50mg em dias alternados. - Dapsona 50mg diariamente.	12 meses.	6 meses.
Crianças com peso abaixo de 30 kg	Adaptação da PQT-U Infantil ^{b,c}	Dose mensal supervisionada: - Rifampicina 10 mg/kg de peso. - Clofazimina 6mg/kg de peso. - Dapsona 2mg/kg de peso Dose diária auto administrada: - Clofazimina 1mg/kg de peso/dia. - Dapsona 2mg/kg de peso/dia.		

INVESTIGAÇÃO DOS CONTATOS

- **Finalidade:** descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada, com o caso novo de hanseníase diagnosticado. Além disso, visa também descobrir suas possíveis fontes de infecção no domicílio (familiar) ou fora dele (social), independentemente de qual seja a classificação operacional do doente – paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB).
- Para fins operacionais, define-se como:
 1. **Contato domiciliar:** toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco (5) anos anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser familiar ou não. Atenção especial deve ser dada aos familiares do caso notificado, por apresentarem maior risco de adoecimento, mesmo não residindo no domicílio do caso. Devem ser incluídas, também, as pessoas que mantenham convívio mais próximo, mesmo sem vínculo familiar, sobretudo, àqueles que frequentem o domicílio do doente ou tenham seus domicílios frequentados por ele.
 2. **Contato social:** toda e qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações sociais (familiares ou não), de forma próxima e prolongada com o caso notificado. Os contatos sociais que incluem vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado.
- A investigação epidemiológica de contatos consiste em: **anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase, exame dermatoneurológico e vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação**, não importando se são contatos de casos PB ou MB.

ATENÇÃO: não se deve fazer a vacinação BCG em pacientes imunossuprimidos, pessoas com tuberculose ativa, gestantes ou em indivíduos vacinados recentemente.
- **Após descartar caso de hanseníase no contato avaliado**, por meio de exame dermatoneurológico, o paciente deverá ser encaminhado para **realização de teste rápido**. Se o resultado do teste for **REAGENTE**, não se deve iniciar PQT-U, inicia-se **vigilância ativa com avaliação anual durante 5 anos**. Caso o resultado do teste seja **NÃO REAGENTE**, o paciente será orientado a realizar a **vigilância passiva por meio de autoexame** e retornará ao serviço de saúde se apresentar lesões sugestivas de hanseníase.
- O teste rápido será realizado no Laboratório Municipal, de segunda à sexta-feira, de 07h às 11h, mediante solicitação médica em ficha específica.

NOTAS:

- a. A PQT-U deverá ser interrompida após a administração de seis doses mensais supervisionadas em intervalo de até nove meses para os casos paucibacilares e após 12 doses mensais supervisionadas em um intervalo de até 18 meses para os casos multibacilares, quando os pacientes deverão receber alta por cura, saindo do registro ativo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM).
- b. A rifampicina também está disponível no SUS sob a forma de suspensão oral com 20 mg/ml.

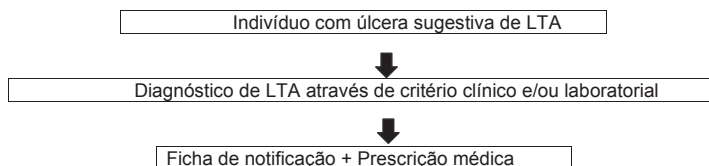
- c. Para crianças com peso abaixo de 30 kg, a administração diária de clofazimina é dificultada, tendo em vista a sua disponibilidade apenas em cápsulas de 50 e 100 mg. Desse modo, recomenda-se calcular a dose semanal e dividi-la em duas ou três tomadas. Por exemplo: uma criança com 15 kg deverá receber 105 mg de clofazimina ao longo de sete dias ($1\text{mg/kg} \times 15\text{ kg} \times 7\text{ dias} = 105\text{ mg}$), podendo receber uma cápsula de 50 mg duas vezes por semana.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA)

CASO CONFIRMADO

Leishmaniose cutânea: todo indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.

Leishmaniose mucosa: todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios e boca (palato e nasofaringe), com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.



ATENÇÃO:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos.
- A **ficha de notificação** deverá ser **preenchida em 2 vias** (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de vigilância epidemiológica da secretaria municipal de saúde de Itapipoca e a 2ª via deverá ficar na Unidade de Saúde notificadora).
- Documentos que deverão ser entregues no setor de Vigilância Epidemiológica para o início do tratamento: **Ficha de Notificação + Prescrição médica**.
- Caso seja necessária a **realização de exame laboratorial**, o mesmo deverá ser realizado **em até 30 dias após o aparecimento da úlcera**.
- A solicitação de Pesquisa de LTA deverá ser em Ficha Gal, juntamente com Ficha de Notificação.
- **Horário e Local para coleta:**
 - ✓ **Local:** Lacen Fortaleza (Endereço: Avenida Barão de Studart, 2405. Bairro Dionísio Torres. Fortaleza - CE).
 - ✓ **Turno:** manhã (das 07h às 11h) de segunda a quinta-feira.

Opções de tratamento para a forma cutânea localizada de leishmaniose tegumentar causada pela *Leishmania braziliensis* e por outras espécies de *Leishmania*, exceto *L. guyanensis*

Forma Clínica	Terapêutica
Lesão única ou múltipla de qualquer tamanho e localização	Primeira escolha • Antimoniato de meglumina EV ou IM: para pacientes de todas as regiões brasileiras, exceto aqueles com Comorbidades renal, hepática ou cardíaca, gestantes e com idade maior ou igual a 50 anos. • Anfotericina B lipossomal*: para pacientes com idade a partir de 50 anos, com insuficiência renal, cardíaca ou hepática de qualquer idade; transplantados renais, cardíacos ou hepáticos; gestantes de qualquer idade. *Uso exclusivo de ambiente hospitalar.
Lesão única com até 3cm no seu maior diâmetro , em qualquer localização, exceto cabeça e regiões periarticulares, incluindo recidiva cútis e sem imunossupressão.	Primeira escolha • Todas as indicações de primeira escolha recomendadas para lesão única ou múltipla de qualquer tamanho e localização. • Outra opção: antimoniato de meglumina intralesional.

Esquema terapêutico		
Droga de 1ª escolha: Antimoniato de N-metil Glucamina		
Forma Clínica	Dose	Tempo/duração
Leishmaniose cutânea	10 - 20mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia (recomenda-se 15mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia)	20 dias
Leishmaniose difusa	20mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia	20 dias
Leishmaniose mucosa	20mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia	30 dias
Exemplo para cálculo de doses em paciente com 60kg Apresentação: ampolas com 5 ml, contendo 81mg/ml de antimoniato pentavalente (Sb⁺⁵) e 300mg/ml de sal de antimônio. O cálculo da prescrição é baseado no antimônio pentavalente. Lesões cutâneas: 15mg/Sb⁺⁵/kg/dia: 15 x 60 = 900mg Sb⁺⁵/dia ÷ 81 = 11,1ml ou aproximadamente 2 ampolas. Lesões mucosas e cutâneas difusas: 20mg/Sb⁺⁵/kg/dia: 20 x 60 = 1200mg Sb⁺⁵/dia ÷ 81 = 14,8ml ou aproximadamente 3 ampolas.		

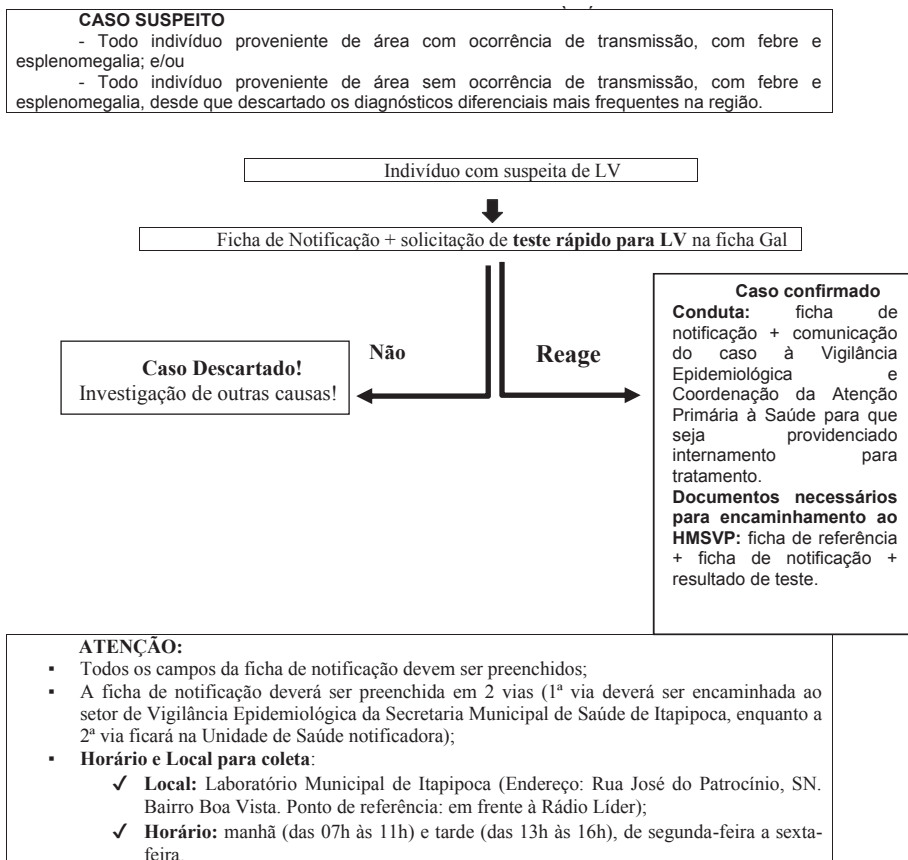
Atenção:

Dose máxima diária: 3 ampolas.

- I O paciente deverá ser acompanhado por três meses após o tratamento. Se não houver melhora clínica, o tratamento deverá ser repetido por 30 dias, independentemente do tipo de lesão. Não havendo resposta clínica, o paciente deverá ser encaminhado à unidade de referência (Centro de Dermatologia Dona Libânia) para avaliação e, se necessário, indicação de drogas alternativas.

- I Para utilização do Antimoniato de N-metil Glucamina em pacientes acima de 50 anos, portadores de cardiopatias, nefropatias, hepatopatias e doença de Chagas fazer rigorosa avaliação clínica antes e durante o tratamento. Realizar eletrocardiograma duas vezes por semana, hemograma e exame bioquímico do sangue para avaliação das funções renal, pancreática e hepática.

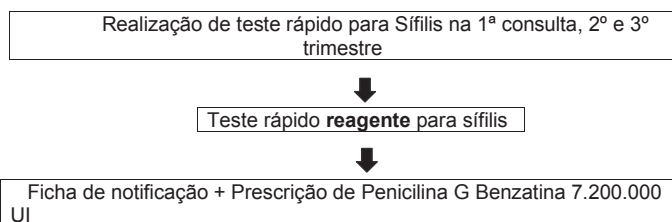
LEISHMANIOSE VISCERAL (LV)



Esquema terapêutico		
Medicamento	Dose	Tempo/duração
Antimoniato N-metil glucamina	20mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia	20 a 30 dias
Contraindicação: insuficiência renal, transplantado renal e gestantes. Restrições de uso: coinfectados com HIV, idade acima dos 50 anos, insuficiência cardíaca ou hepática, em uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT corrigido, com duração maior que 400ms para homens e 450ms para mulheres, e ainda naqueles que apresentem hipersensibilidade aos componentes da formulação. Exemplo para cálculo de doses em paciente com 60kg Apresentação: ampolas com 5 ml, contendo 81mg/ml de antimoniato pentavalente (Sb⁺⁵) e 300mg/ml de sal de antimônio. O cálculo da prescrição é baseado no antimônio pentavalente. Leishmaniose Visceral: 20mg/Sb⁺⁵/kg/dia: $20 \times 60 = 1200\text{mg Sb}^{+5}/\text{dia} \div 81 = 14,8\text{ml}$ ou aproximadamente 3 ampolas. Atenção: - Dose máxima diária: 3 ampolas; - Para utilização do Antimoniato de N-metil Glucamina em pacientes acima de 50 anos, portadores de cardiopatias, nefropatias, hepatopatias e doença de Chagas fazer rigorosa avaliação clínica antes e durante o tratamento. Realizar eletrocardiograma duas vezes por semana, hemograma e exame bioquímico do sangue para avaliação das funções renal, pancreática e hepática.		

SÍFILIS EM GESTANTE

DEFINIÇÃO DE CASO Situação 1: Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação, sem registro de tratamento prévio. Situação 2: Mulher sintomática a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação. Situação 3: Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresenta teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. *Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.
--



ATENÇÃO:

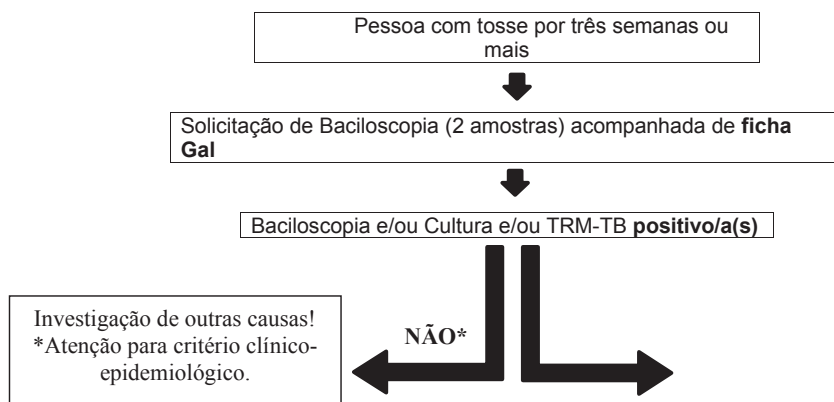
- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos;
- A ficha de notificação deverá ser preenchida em 2 vias (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca, enquanto a 2ª via ficará na Unidade de Saúde notificadora).
- Todas as gestantes notificadas para sífilis devem ser tratadas com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI (administração de 2.400.000 UI semanalmente, por 3 semanas).
- Caso o intervalo entre uma dose e outra ultrapasse 7 dias, o tratamento deverá ser reiniciado.
- Todos os parceiros de gestantes com sífilis deverão ser testados e o tratamento da parceria sexual dependerá do resultado do Teste Rápido e/ou VDRL. Caso o teste rápido do parceiro seja **não reagente**, está indicado dose única de Penicilina G Benzatina (2.400.000 UI).
- Deverá ser realizado VDRL **quantitativo** mensal das gestantes com sífilis;
- Deverá ser registrado todas as informações acerca da testagem e tratamento das gestantes e suas parcerias sexuais no cartão da gestante;
- O acompanhamento mensal das gestantes com Sífilis deverá ser informado à Vigilância Epidemiológica do município por meio do boletim de acompanhamento de gestantes com sífilis até a data do parto ou abortamento.

TUBERCULOSE

Definição de Caso

Critério Laboratorial: é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta **pelo menos uma amostra positiva** de baciloscopia ou de cultura ou de teste rápido molecular para tuberculose.

Critério Clínico-Epidemiológico: é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de **tuberculose ativa**. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos **associados** à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).



Atenção:

- Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos.
- A ficha de notificação deverá ser preenchida em 2 vias (1ª via deverá ser encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca, enquanto a 2ª via ficará na Unidade de Saúde notificadora).
- Populações consideradas de alto risco (pessoas vivendo com HIV, população privada de liberdade, população em situação de rua e povos indígenas), considerar tosse de qualquer tempo de duração.
- Tosse, febre ao entardecer, suor noturno, emagrecimento e cansaço/fadiga, **podem ser tuberculose**.
- Todas as amostras de **baciloscopia de diagnóstico** são encaminhadas para realização de **Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)** e/ou **Cultura, identificação de espécies e teste de sensibilidade**.
- As amostras para **baciloscopia de diagnóstico** devem ser colhidas em dias diferentes.
- **Todos os pacientes diagnosticados com TB ativa devem ser testados para HIV.**
- As **baciloskopias de controle** também devem ser solicitadas em ficha Gal **mensalmente**.
- O peso do paciente em tratamento para Tuberculose deve ser informado **mensalmente** à assistência farmacêutica;
- Todos os óbitos com menção de tuberculose deverão ser investigados.
- **Orientações para coleta de escarro:**
 - É recomendado o uso de **pote descartável de plástico transparente** com capacidade de 35-50 ml, altura mínima de 40 mm, de boca larga e com tampa rosqueável de 50 mm de diâmetro.
 - Entregue ao paciente o pote coletor (devidamente identificado e com a marca de 5 a 10 ml sinalizada) e também um saco plástico transparente, em que o pote deverá ser levado ao laboratório municipal;
 - Peça que o paciente lave as mãos e **higienize a cavidade oral com água (sem utilizar creme dental ou soluções antissépticas para gargarejo)**. **Caso o paciente use próteses dentárias, ele deverá retirá-las antes de higienizar a cavidade oral.**
- **Oriento-o quanto aos seguintes procedimentos:**
 - Inspirar profundamente, reter o ar por alguns instantes (segundos) e expirar. Após repetir esses procedimentos três vezes, tossir;
 - Imediatamente após o ato da tosse produtiva, o paciente deverá abrir o pote e expectorar a secreção dentro dele sem encostar os lábios no pote ou tocar a parte interna com os dedos, pois há o risco de contaminação da amostra;
 - Logo após, fechar novamente o frasco rosqueando firmemente a tampa;
 - Repetir esses procedimentos quantas vezes for necessário até que o volume de 10 ml seja atingido. Caso não seja possível esse volume, estimular o paciente a repetir os procedimentos para expectoração até que obtenha o volume desejado (5 a 10 ml). A espuma não deve ser levada em consideração para atingir esse volume;
 - Ao término da coleta, o paciente deve colocar o pote num saco plástico transparente e fechá-lo com um nó;
- O paciente deve transportar o pote com o escarro no saco plástico até ao laboratório, **protegido da luz solar, idealmente, em 2 horas do momento da coleta. Na impossibilidade de levar o material em até duas horas, o paciente deve acondicionar o material na geladeira até a entrega no laboratório**, preferencialmente no mesmo dia da coleta;
- Oriente o paciente a **ingerir o maior volume possível de água durante a noite anterior ao dia da coleta**. É permitida ingestão de água durante o período do jejum;
- É importante que não haja na amostra resíduos alimentares e/ ou de medicamentos e/ou substâncias químicas, pois eles prejudicam a qualidade da amostra. Por isso, as seguintes recomendações devem ser respeitadas: **coletar o escarro, preferencialmente, em jejum** (para evitar resíduos alimentares na amostra de escarro); **aos pacientes que já estão em tratamento da TB, ingerir os medicamentos após a coleta de escarro; higienizar as mãos com água e sabão antes de manipular o pote.**

**ESCORE CLÍNICO PARA DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR EM CRIANÇAS
E ADOLESCENTES COM BACILOSCOPIA NEGATIVA OU TRM-TB NÃO DETECTADO**

Quadro clínico-radiológico		Contato de adultos com tuberculose	Prova tuberculínica	Estado nutricional		
Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento e sudorese, por 2 semanas ou mais - 15 pontos	Adenomegalia hilar ou padrão miliar e/ou Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado por 2 semanas ou mais e/ou Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) por 2 semanas ou mais, evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns - 15 pontos	Próximo, nos últimos 2 anos - 10 pontos	PT entre 5-9 mm - 5 pontos	Desnutrição grave (peso <percentil 10) - 5 pontos		
Assintomático ou com sintomas há menos de 2 semanas - 0 ponto	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo por menos de 2 semanas - 5 pontos		Ocasional ou negativo - 0 ponto		PT ≥ 10 m - 10 pontos	Peso ≥ percentil 10 - 0 ponto
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos - 10 pontos	Radiografia normal - 5 pontos		PT < 5 mm - 0 ponto			
Interpretação						
≥40 pontos (diagnóstico muito provável): recomenda-se iniciar o tratamento da tuberculose.						
30 a 35 pontos (diagnóstico possível): indicativo de tuberculose, orienta-se iniciar o tratamento, ficando a critério médico;						
≤25 pontos (diagnóstico pouco provável): deve-se prosseguir com a investigação na criança. Logo, deverá ser realizado um diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares, podendo ser empregados métodos complementares de diagnóstico, como a baciloscopias, cultura de escarro induzido ou de lavado gástrico, broncoscopia, histopatológico de punções e/ou outros exames de métodos rápidos.						

TRATAMENTO

ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DE TUBERCULOSE EM ADULTOS E ADOLESCENTES (>10 ANOS DE IDADE)

Esquema	Faixa de peso	Unidade/dose	Duração
RHZE 150/75/400/275mg (comprimido em dose fixa combinada)	20kg a 35kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36kg a 50kg	3 comprimidos	
	51kg a 70kg	4 comprimidos	
	Acima de 70kg	5 comprimidos	
RH 300/150mg ou 150/75mg (comprimido em dose fixa combinada)	20 a 35kg	1 comprimido de 300/150mg ou 2 comprimidos de 150/75mg	4 meses (fase de manutenção)
	36kg a 50kg	1 comprimido de 300/150mg + 1 comprimido de 150/75mg ou 3 comprimidos de 150/75mg	
	51kg a 70kg	2 comprimidos de 300/150mg ou 4 comprimidos de 150/75mg	
	Acima de 70kg	2 comprimidos de 300/150mg + 1 comprimido de 150/75mg ou 5 comprimidos de 150/75mg	

Fonte: Brasil, 2019a.

Legenda: R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida; E = etambutol.

ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM CRIANÇAS (<10 ANOS DE IDADE) E COM PESO INFERIOR A 25 KG)

Esquema	Faixas de peso	Dose por dia	Duração do tratamento
RHZ 75/50/150 mg	4 a 7 kg	1 comprimido	2 meses (fase intensiva)
	8 a 11 kg	2 comprimidos	
	12 a 15 kg	3 comprimidos	
	16 a 24 kg	4 comprimidos	
RH 75/50 mg	4 a 7 kg	1 comprimido	4 meses (fase de manutenção)
	8 a 11 kg	2 comprimidos	
	12 a 15 kg	3 comprimidos	
	16 a 24 kg	4 comprimidos	

Fonte: Brasil, 2020.

Legenda: R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida.

ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM CRIANÇAS (<10 ANOS DE IDADE) E COM PESO IGUAL OU SUPERIOR A 25 KG)

Fármacos	Peso da criança					Duração do tratamento
	≥25 kg a 30 kg	≥31 kg a 35 kg	≥36 kg a 40 kg	≥40 kg a 45 kg	≥45 kg	
	mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia	
Rifampicina	450	500	600	600	600	2 meses (fase intensiva)
Isoniazida	300	300	300	300	300	
Pirazinamida ¹	900 a 1.000		1.500	1.500	2.000	
Rifampicina	450	500	600	600	600	4 meses (fase de manutenção)
Isoniazida	300	300	300	300	300	

Fonte: Brasil, 2020.

¹Na faixa de peso de 25 a 35 kg, usar os comprimidos dispersíveis de pirazinamida 150 mg.

Observação:

Para crianças com menos de 4kg, utilizar os medicamentos individualizados nas seguintes doses: R 15(10-20) mg/kg/dia, H 10 (7-15) mg/kg/dia e Z 35(30-40) mg/kg/dia e 4 meses, R 15(10-20) mg/kg/dia, H 10(7-15) mg/kg/dia.

SEGUIMENTO DO TRATAMENTO

Procedimentos	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	Observações
Consultas	X	X	X	X	X	X	Maior frequência a critério clínico.
Oferta de teste para diagnóstico do HIV	X						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento
Avaliação da adesão	X	X	X	X	X	X	
Baciloscopias de controle	X	X	X	X	X	X	Recomendação para casos pulmonares quando houver facilidade na coleta de escarro.
Radiografia de tórax		X				X	Especialmente no casos com baciloscopia negativa ou na ausência de expectoração. Repetir a critério clínico.
Glicemia, função hepática e renal	x						No início e repetir a critério clínico.

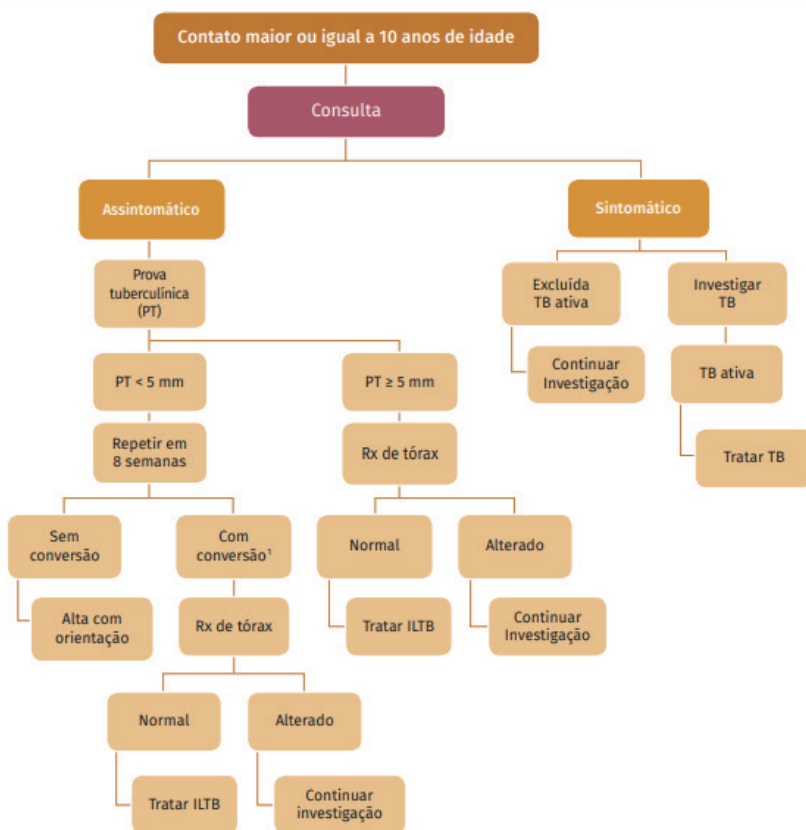
Fonte: Ministerio da Saúde

CONTROLE DE CONTATOS

- A avaliação dos contatos consiste na realização criteriosa de anamnese, exame físico e exames complementares nos contatos, de acordo com a presença ou ausência de sintomas. Nesse caso, consideram-se:

- Contatos sintomáticos:** crianças, adolescentes (≥ 10 anos de idade) ou adultos (incluindo PVHIV) **deverão realizar o exame de escarro** (baciloscopia ou TRM-TB), radiografia de tórax e/ou outros exames, de acordo com a sintomatologia.
- Contatos assintomáticos:** crianças, adolescentes (≥ 10 anos de idade) e adultos **deverão realizar a investigação com PT e radiografia de tórax e tratar ILTB**, quando indicado.
- Contatos assintomáticos vivendo com HIV:** devem **realizar o tratamento da ILTB**, independentemente da prova tuberculínica.

FLUXOGRAMA - INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS ADULTOS E ADOLESCENTES (≥ 10 ANOS DE IDADE)



Fonte: Ministério da Saúde

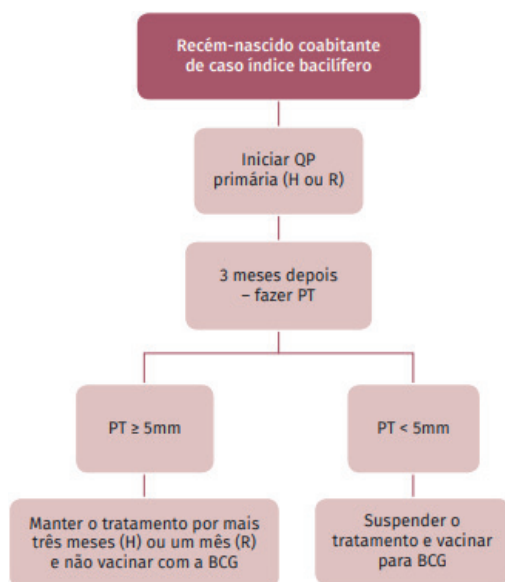
FLUXOGRAMA - INVESTIGAÇÃO DE CRIANÇAS CONTATO (< 10 ANOS DE IDADE)



Fonte: Ministério da Saúde

TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO M. TUBERCULOSIS (ILT)

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO M. TUBERCULOSIS OU QUIMIOPROFILAXIA PRIMÁRIA



Recém-nascidos (RN) expostos a casos de TB pulmonar ou laríngea podem ser infectados pelo M. tuberculosis (MTB) e desenvolver formas graves da doença. Nessas situações, recomenda-se a prevenção da infecção pelo MTB.

O RN não deverá ser vacinado com a BCG ao nascer.

Recomenda-se utilizar a isoniazida (H) por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica (PT).

Fonte: Ministério da Saúde

Caso o RN tenha sido inadvertidamente vacinado, recomenda-se o uso de H por seis meses e não está indicada a realização da PT. Dessa forma, avaliar individualmente a necessidade de revacinar para BCG após esse período, já que a H é bactericida e pode interferir na resposta imune aos bacilos da BCG efetuada.

OBSERVAÇÕES:

Pela facilidade posológica, pode-se utilizar a rifampicina (R) suspensão pediátrica em vez da H. Nessa situação, usar a R por três meses e aplicar a PT. Caso o resultado for $\geq 5\text{mm}$, a R deve ser mantida por mais um mês, caso $< 5\text{mm}$, suspender a R e vacinar com BCG.

Antes de iniciar a quimioprofilaxia (QP) primária, afastar tuberculose no RN e, quando o caso fonte for a mãe, avaliar a possibilidade de TB congênita.

Não há contraindicações à amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa. Nesse caso, é recomendável o uso de máscara cirúrgica ao amamentar e ao cuidar da criança enquanto a baciloscopia do escarro se mantiver positiva.

TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE

I Indicações:

1. Crianças (< 10 anos de idade):
 - PT $\geq 5\text{mm}$ ou IGRA positivo, independentemente do tempo decorrido da vacinação por BCG.
2. Adultos e adolescentes:
 - PT $\geq 5\text{mm}$ ou IGRA positivo
 - ✓ PVHIV;
 - ✓ Contatos adultos e adolescentes (≥ 10 anos);
 - ✓ Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequelas de TB;
 - ✓ Uso de inibidores do TNF- α (preferencialmente antes da sua utilização);
 - ✓ Uso de corticosteroides (equivalente a $>15\text{ mg/dia}$ de prednisona por mais de 1 mês);
 - ✓ Pré-transplante que fará uso de terapia imunossupressora.
 - PT $\geq 10\text{mm}$ ou IGRA positivo:
 - ✓ Silicose;
 - ✓ Neoplasia de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas;
 - ✓ Insuficiência renal em diálise;
 - ✓ Neoplasias com quimioterapia imunossupressora;
 - ✓ Diabetes mellitus;
 - ✓ Baixo peso ($< 85\%$ do peso ideal);

- ✓ Tabagistas (> 20 cigarros/dia);
- ✓ Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia.
- Conversão (2ª PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT):
 - ✓ Contatos de TB confirmada por critério laboratorial;
 - ✓ Profissional de saúde;
 - ✓ Profissional de laboratório de microbactéria;
 - ✓ Trabalhador do sistema prisional e de instituições de longa permanência.

ATENÇÃO: Recomenda-se postergar o tratamento da ILTB em gestantes para após o parto. Em gestantes com infecção pelo HIV, tratar a ILTB após o terceiro mês de gestação. Utilizar o mesmo algoritmo de diagnóstico, incluindo as indicações para realização da radiografia de tórax.

REGIMES TERAPÊUTICOS E TEMPO DE TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO M. TUBERCULOSIS

I Regime com isoniazida (H):

- **Indicação para utilização do fármaco:** a H deve ser o esquema preferencial para tratamento da ILTB, considerando a longa experiência da sua utilização no país. Em hepatopatias, crianças (<10 anos de idade), pessoas acima de 50 anos de idade e no caso de intolerância à H, deve-se dar prioridade a outros regimes.
- **Dose:**
 1. **Adultos e adolescentes (≥10 anos de idade):** 5 a 10 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 300mg/dia;
 2. **Crianças (<10 anos de idade):** 10 mg/Kg/dia de peso até dose máxima de 300mg/dia.
- **Tempo de tratamento:** 6 ou 9 meses.

I Regime com rifampicina (R):

- **Indicação para utilização do fármaco:** o regime com R é preferencial em indivíduos com mais de 50 anos de idade, crianças (<10 anos de idade), hepatopatias, contatos de monorresistentes à H e intolerância à H. Nessa situação, a R está contraindicada nas PVHIV em uso de inibidores de protease ou de Dolutegravir, nesse caso, preferir a utilização da H.
- **Dose:**
 1. **Adultos e adolescentes (> 10 anos de idade):** 10 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600 mg por dia;

2. **Crianças (< 10 anos):** 15 (10-20) mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600 mg por dia.

– **Tempo de tratamento:** 4 meses.

I Regime com rifapentina + isoniazida (3HP):

– **Indicação para tratamento com o 3HP:** pode ser utilizado por todas as pessoas com diagnóstico de ILTB e/ou com indicação de tratamento da ILTB, incluindo as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), atentando-se para eventuais interações medicamentosas.

– **Posologia:**

1. **Adultos (>14 anos ≥30kg):** 900mg de isoniazida/semana + 900mg de rifapentina/semana.

2. **Crianças (2 a 14 anos)**

Peso	Isoniazida	Rifapentina
10 a 15kg	300mg/semana	300 mg/semana
16 a 23kg	500 mg/semana	450 mg/semana
24 a 30kg	600 mg/semana	600 mg/semana
>30kg	700 mg/semana	750 mg/semana

– **Tempo de tratamento:** estará completo quando ocorrer a tomada de 12 doses de isoniazida + rifapentina por 12 semanas. Dependendo do caso, esse prazo pode ser prorrogado para 15 semanas.

– **Atenção:**

1. Não é recomendado o uso do esquema 3HP em gestantes.
2. Os medicamentos devem ser tomados sempre no mesmo dia da semana. Por exemplo, todas as quartas-feiras.
3. O esquema 3HP não deve ser utilizado em caso de contato com monorresistência à isoniazida ou a rifampicina, como também efeitos adversos graves a qualquer dos medicamentos do 3HP.
4. Será considerado abandono do tratamento o paciente que deixar de tomar dose supervisionada por mais de 15 dias. Nesse caso, o tratamento deverá ser reiniciado com o mesmo esquema.

REFERÊNCIAS

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará. Protocolo de Profilaxia Pré, Pós e Reexposição da Raiva Humana. Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará, 2023. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/NT_PROFILAXIA_RAIVA_atualizado22MAR22.pdf. Acesso em: 2 fev. 2023.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará. Nota Técnica Expansão da Testagem de Covid-19. Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará, 2023. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/NT_expansao_testagem_atualizado_21012022.pdf. Acesso em: 2 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya: manejo clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 65 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adultos e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 224 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364 p.

PROTÓCOLOS ASSISTENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

