

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. **Protocolo de atenção integral a saúde do adolescente**. Agenda de Compromissos com a Saúde da Criança e do Adolescente – SMSA/BH (2004) revisado por Grupo de trabalho com representantes da Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente/Saúde da Mulher/Saúde Mental/DST-AIDS/ Representantes dos Distritos e CS/Coordenadoria Municipal da Juventude/Serviço de Adolescência Hospital das Clínicas e representante do Comitê de Adolescência da Sociedade Mineira de Pediatria. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/ped/arquivos/2014/PBH%20protocolo_saude_adolescente_14082014.pdf>. Acesso em 24 de jan de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde do adolescente**. 2ª edição, 1ª reimpressão. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menino.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências** [Internet]. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em 20 ago de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução COFEN-195/1997. **Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro**. Rio de Janeiro, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução COFEN-271/2002– Revogada pela Resolução COFEN--317/2007. **Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames**. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: **orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, 2010. 104p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, 2009. 96 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010. 300 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

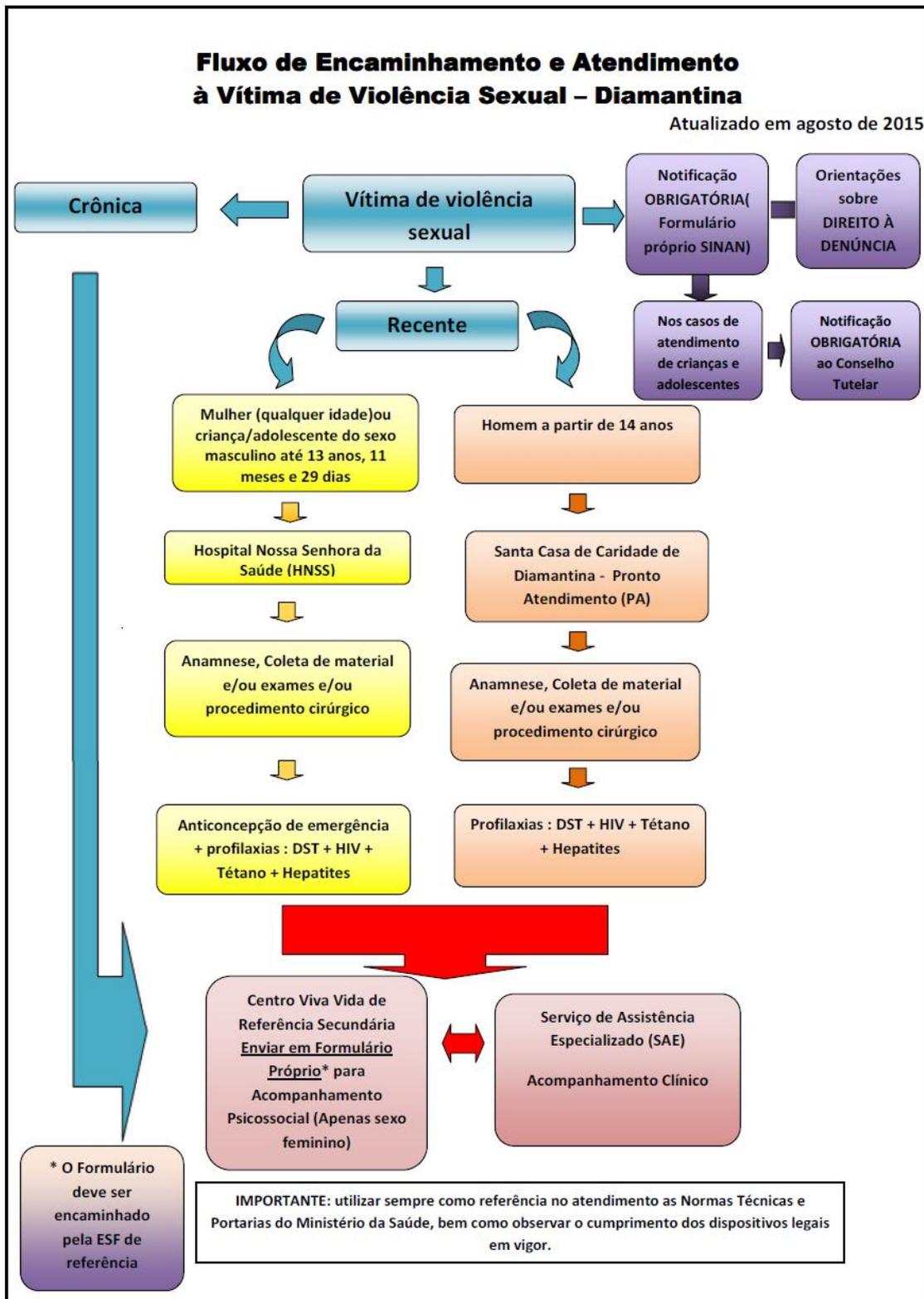
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. Organizadores Claci Fátima WerichRosso...[*et al.*]. – Goiânia, 2014. 336p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde** Rio de Janeiro, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Orientações para o atendimento à saúde da adolescente** Atenção à saúde do adolescente: Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 152p. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_adolescnte_menina.pdf>. Acesso em 24 de jan de 2016.

São Paulo. Secretaria da Saúde. **Manual Técnico/Auxiliar de Enfermagem**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. – 2 ed – São Paulo: SMS, 2015, 78 p.

ANEXO A – Fluxo de encaminhamento em caso de Violência Sexual



ANEXO B – Protocolo de atendimento caso de violência não sexual

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA NÃO SEXUAL EM DIAMANTINA

Agosto.2015

FAIXA ETÁRIA	ENCAMINHAMENTOS
CRIANÇAS E ADOLESCENTES (0 a 13 anos 11 meses e 29 dias)	Comunicações obrigatórias: <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • Conselho Tutelar (na ausência de responsável legal ou violência doméstica, negligência/abandono, trabalho infantil) • CREAS • SMS (Ficha de Notificação)
	Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • HNSS (exceto casos neurológicos) • Atendimento Especializado: Rede de Saúde Municipal
ADOLESCENTES A PARTIR DE DE 14 ANOS E ADULTOS	Comunicações obrigatórias: <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • Conselho Tutelar (na ausência de responsável legal ou violência doméstica, negligência/abandono, trabalho infantil, em menores de 18 anos) • CREAS (exceto violência extra-familiar: criminalidade, delinquência) • SMS (Ficha de Notificação)
	Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • P.A. Santa Casa de Caridade • HNSS (Ortopedia) • Atendimento Especializado: Rede de Saúde Municipal
MULHERES	Comunicações obrigatórias: <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • CREAS • SMS (Ficha de Notificação)
	Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • P.A. Santa Casa de Caridade • HNSS (gestantes, ortopedia) • Atendimento Especializado: Rede de Saúde Municipal
IDOSOS	Comunicações obrigatórias: <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • CREAS • SMS (Ficha de Notificação)
	Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • P.A. Santa Casa de Caridade • HNSS (ortopedia)
	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento Especializado: Rede de Saúde Municipal

ANEXO C - Ficha de notificação individual

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros <input type="checkbox"/>				7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência
	8 Unidade de Saúde				Código (CNEC)			
	10 Nome do paciente					11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/>		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional <input type="checkbox"/> 5- Não se aplica <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica								
Notificação Individual	17 Número do Cartão SUS			18 Nome da mãe				
	19 UF	20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito		
Dados de Residência	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)			26 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência			29 CEP		
	30 DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares							
	Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social			34 Ocupação			
35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado								
36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1- Heterossexual <input type="checkbox"/> 2- Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3- Bissexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1- Travesti <input type="checkbox"/> 2- Mulher Transexual <input type="checkbox"/> 3- Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado						
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		42 Distrito		
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)			47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência			50 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
69 Data de encerramento _____			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 136 Central de Atendimento à Mulher 100 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____ Função _____	Assinatura _____	
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

3 - PROTOCOLO NA ATENÇÃO À SAÚDE MULHER

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Mulher tem por objetivo promover a assistência integral à saúde da mulher, com vistas à redução da morbimortalidade deste grupo populacional. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) busca promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todo o território brasileiro, por meio de ações que visem a garantia de direitos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde (BRASIL, 2004).

As ações na PNAISM estão voltadas à assistência às doenças ginecológicas prevalentes, a prevenção, a detecção e o tratamento do câncer de colo uterino e de mama, a assistência ao climatério, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, a assistência à mulher vítima de violência doméstica e sexual e a promoção da atenção à saúde de segmentos específicos da população feminina (BRASIL, 2004).

Ainda segundo o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), apesar do Câncer de Mama e Colo Uterino ser um dos grandes problemas de saúde pública existentes no atual cenário brasileiro, esta vem garantindo por meio de suas ações exames ginecológicos como procedimento de rotina durante as consultas (BRASIL, 2011).

Com a criação do PAISM em 1984, ocorreu um aumento dos critérios de prioridade na saúde da mulher, considerando como sujeito em todas as fases da vida, indo além do ciclo gravídico-puerperal (PASQUAL; CARVALHES; PARADA, 2015).

2 ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO COM A MULHER GESTANTE

2.1 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;

Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;

Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;

Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;

Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;

Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;

Informar ao enfermeiro ou ao médico de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar;

Manter atualizado o caderno do ACS - gestante;

Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;

Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;

Orientar o retorno da puérpera com o recém-nascido a unidade de saúde, até o 5º dia e agendar consulta puerperal e realização do teste do pezinho;

Participar e/ou conduzir grupo operativos para a gestante.

2.2 Atribuições do Auxiliar e Técnico de enfermagem:

Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;

Verificar o cadastro da gestante no SisPreNatal;

Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;

Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante, quando necessário;

Aplicar vacinas contra hepatite B e tríplice bacteriana acelular, Influenza e aprazar subsequentes;

Realizar e ou participar atividades educativas, individuais e em grupos;

Informar ao enfermeiro ou o médico de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;

Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;

Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;

Realizar testes Triagem Pré natal - Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (Nupad);

Realizar atendimento domiciliar, quando necessário, acompanhado do ACS durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;

Orientar o retorno da puérpera com o recém-nascido a unidade de saúde, até o 5º dia e agendar consulta puerperal e realização do teste do pezinho;

Participar e/ou conduzir grupo operativos para a gestante.

2.3 Atribuições do Enfermeiro

Realizar o cadastro da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);

Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a do médico e de alto risco intercalado com médico e Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE);

Solicitar exames complementares;

Realizar testes Triagem Pré natal – Nupad;

Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);

Orientar a vacinação das gestantes (contra influenza, hepatite B e difteria, tétano, coqueluche acelular - dtpA);

Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou de alto risco e encaminhá-las para consulta médica, ou encaminhar ao CEAE, de acordo com os critérios estabelecidos;

Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;

Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos;

Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;

Realizar atendimentos domiciliares durante o período gestacional (se necessário) e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;

Orientar o retorno da puérpera com o recém-nascido a unidade de saúde, até o 5º dia e agendar consulta puerperal e realização do teste do pezinho;

Participar e/ou conduzir grupo operativos para a gestante.

2.4 Atribuições do Médico

Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;

Realizar o cadastro da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);

Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a do enfermeiro, e de alto risco intercalado com enfermeiro e CEAE;

Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;

Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);

Orientar a vacinação das gestantes (contra dtp A e hepatite B, Influenza);

Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;

Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;

Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;

Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos;

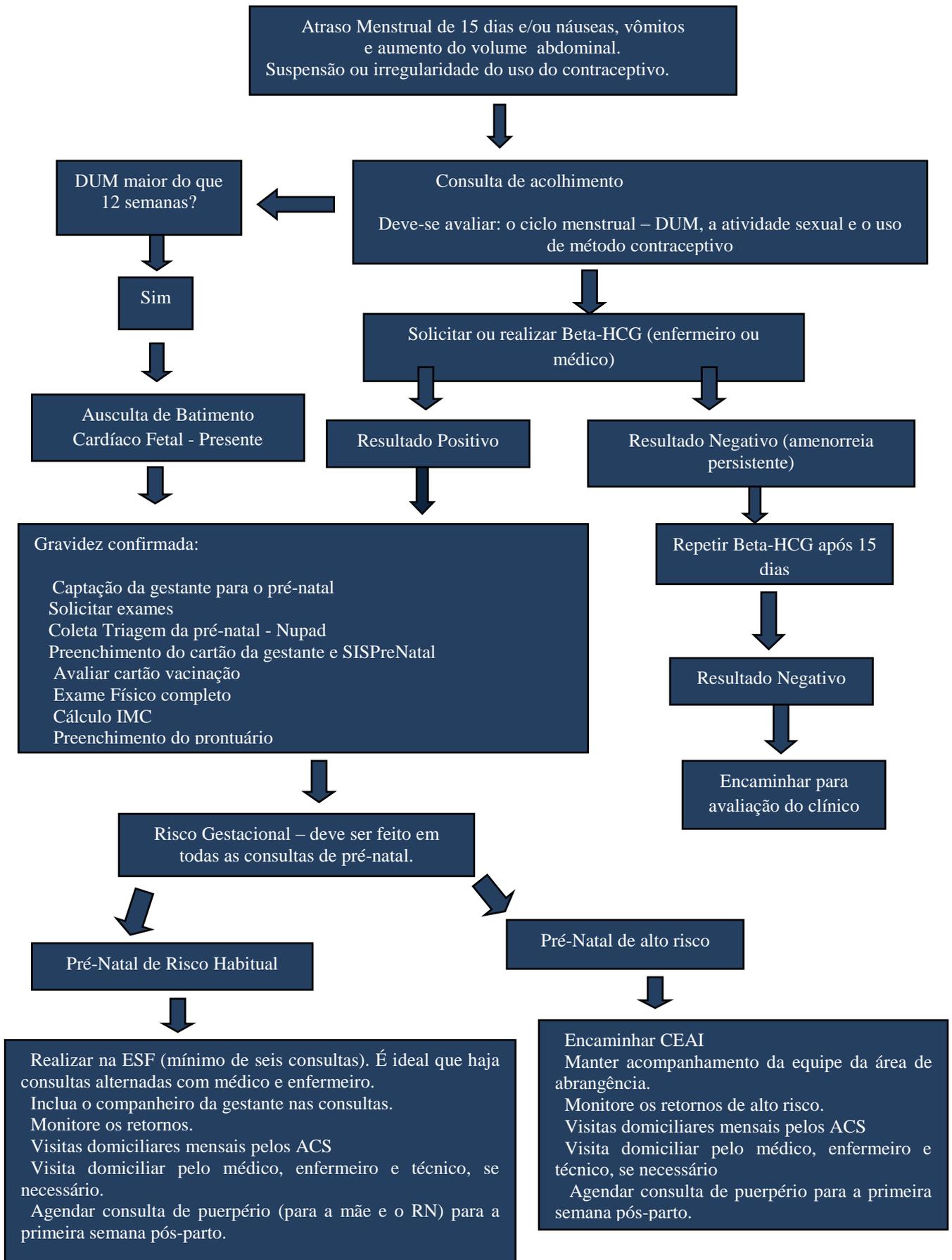
Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;

Realizar atendimentos domiciliares durante o período gestacional (se necessário) e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;

Orientar o retorno da puérpera com o recém-nascido a unidade de saúde, até o 5º dia e agendar consulta puerperal e realização do teste do pezinho;

Participar e/ou conduzir grupo operativos para a gestante.

Fluxograma 2 - Assistência ao pré-natal de baixo risco - Diagnóstico de gravidez



3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

A estratificação de risco da gestante é classificada a partir da nota técnica conjunta da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e associação de ginecologistas e obstetras de Minas Gerais (2013):

3.1 Risco habitual

Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis:

- Idade entre 16 e 34 anos;
- Gravidez planejada ou desejada.

História reprodutiva anterior:

- Intervalo interpartal maior que um ano;
- Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.

3.2 Risco médio

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade menor que 16 e maior que 34 anos;
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (< 4 anos);
- Tabagista;
- Altura menor que 1,45 m;
- Índice de Massa Corporal (IMC) <19 ou >30;
- Uso de drogas.

História reprodutiva anterior:

- Desnutrição fetal ou malformação;
- Nuliparidade e multiparidade;
- Cirurgia uterina anterior;
- Intervalo interpartal menor que um ano.

Intercorrências clínicas/obstétricas na gravidez atual:

- Infecção urinária;
- Outras patologias não classificadas como de alto ou de muito alto risco.

3.3 Alto risco

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Dependência química de drogas.

História reprodutiva anterior:

- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; - Prematuridade.

Doença obstétrica na gravidez atual controlada:

- Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico;
- Gestação múltipla;
- Ganho ponderal inadequado;
- Diabetes gestacional;
- Hemorragias da gestação.

Intercorrências clínicas (patologias controladas):

- Infecção urinária de repetição;
- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias (reumáticas, congênicas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação);
- Pneumopatias (asma em uso de medicamentos contínuos, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC);
- Nefropatias (insuficiência renal, rins policísticos, pielonefrite de repetição);
- Endocrinopatias (diabetes, hipo e hipertireoidismo);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, artrite reumatóide, etc.);
- Ginecopatias (malformações uterinas, miomas intramurais com diâmetro > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, útero bicorne);
- Câncer: os de origem ginecológica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez;
- Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal.

3.4 Muito alto risco**Fatores de risco gestacional:**

- Doença obstétrica na gravidez atual – não controlada;
- Intercorrências clínicas – patologias não controladas;
- Malformações fetais;
- Isoimunização.

4 CALENDÁRIO DAS CONSULTAS NO PRÉ NATAL

O Pré-natal deve ser iniciado precocemente, preferencialmente no primeiro trimestre, deve ser regular e completo garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se em todas as consultas o cartão da gestante e o prontuário.

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre

As consultas devem ser intercaladas entre o médico e enfermeiro da unidade de saúde.

Quadro 8 – Consulta de pré-natal para risco habitual

Mensal	Quinzenal	Semanal
até a 28ª semana	De 28ª a 36ª semana	36ª a 41ª semana

Fonte: Brasil (2012).

5 CONSULTA MÉDICA OU DE ENFERMAGEM

A consulta deve seguir o seguinte roteiro, segundo a Nota técnica conjunta da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e associação de ginecologistas e obstetras de Minas Gerais (2013) e Brasil (2012):

5.1 Roteiro para a 1ª consulta

Gestação Atual:

- Data da última menstruação – DUM apontando certeza ou dúvida;
- Data provável do parto – DPP;
- Sinais e sintomas da gestação em curso;
- Hábitos: fuma, uso de drogas lícitas e ilícitas, uso de medicamentos, atividade ocupacional, hábitos alimentares.

Antecedentes obstétricos:

- Nº de gestações, intercorrências em gestações anteriores, aborto, gravidez ectópica e mola hidatiforme;
- Tipo de partos e local;
- Número de filhos vivos;

- Problemas de saúde;
- Peso anterior, peso atual e avaliação nutricional;
- Avaliação das mamas;
 - Aferir Pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca;
- Antecedentes familiares;
- Avaliação clínico-obstétrica;
- Estratificação do risco gestacional;
- Avaliação do calendário vacinal;
- Solicitação de exames complementares;
- Cadastrar no SisPreNatal;
- Preencher e entregar o Cartão da Gestante;
- Agendar retorno.

5.2 Segunda consulta (até um mês depois da primeira consulta)

- Avaliação clínico-obstétrica;
- Confirmação da idade gestacional;
- Análise dos resultados de exames complementares;
- Estratificação do risco gestacional;
- Avaliação do calendário vacinal;
- Definição do Plano de Cuidado;
- Preenchimento do Cartão da Gestante;
- Agendamento do retorno.

5.3 Consultas subsequentes do pré-natal para

- Avaliação clínico – obstétrica;
- Confirmação da idade gestacional;
- Estratificação do risco gestacional;
- Preenchimento do Cartão da Gestante;
- Reavaliação do Plano de Cuidado.
- Agendamento do retorno.

5.4 Solicitação de exames laboratoriais na assistência pré-natal, pelo médico ou enfermeiro

Quadro 9 - Exames laboratoriais que devem ser solicitados no Pré-Natal

Trimestre/semanas	Exame
1º Trimestre (primeira consulta)	<p>Hemograma (1/2);</p> <p>Grupo sanguíneo;</p> <p>Fator Rh;</p> <p>Coombs indireto: realizar para todas as gestante Rh (-); repetir exames mensalmente;</p> <p>Teste rápido para sífilis (1ª escolha) ou Sorologia para sífilis (2ª escolha) (1/3);</p> <p>Glicemia jejum (1/2);</p> <p>Urina-rotina (1/2);</p> <p>Urocultura c/ antibiograma;</p> <p>Teste rápido para HIV (1ª escolha) ou Anti – HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) (2ª escolha) (1/2)</p> <p>Toxoplasmose (Imunoglobulina M) e IgG (Imunoglobulina G) (1/3);</p> <p>*Colpocitologia oncótica;</p> <p>Hepatite B (HBs Ag);</p> <p>Eletroforese de Hemoglobina, segundo recomendação;</p> <p>Proteinúria (de fita): para as gestantes com alteração de níveis pressóricos; caso positivo, realizar proteinúria 24h</p>
2º Trimestre	<p>Toxoplasmose IgM (2/3), se susceptível;</p> <p>Glicemia jejum (2/2);</p> <p>Teste de tolerância à glicose (1h e 2h 75g de dextrosol);</p> <p>Teste rápido para sífilis ou Sorologia sífilis (2/3).</p>
3º trimestre	Hemograma (2/2);

(conclusão)

	<p>Teste rápido para sífilis ou Sorologia para sífilis (3/3);</p> <p>Teste rápido para HIV ou Anti-HIV (2/2);</p> <p>Urina-rotina (2/2);</p> <p>Toxoplasmose IgM e IgG (3/3), se susceptível.</p> <p>Pesquisa Streptococcus B.</p>
<p>Situação ideal: US entre 11 e 13 semanas para datação e entre 18 e 22 semanas de gestação para avaliação de morfologia fetal</p> <p>Situação mínima: US entre 18 e 22 semanas para datação e avaliação de morfologia fetal</p>	<p>Ultrassom obstétrico (somente será prescrito pelo médico)</p>
<p>Qualquer trimestre</p>	<p>Poderão ser solicitados exames complementares a critério médico.</p>

Fonte: Brasil (2012). Nota Técnica Conjunta da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (2013).

* Não está contraindicada a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, salvo na iminência de ameaça de abortamento ou parto prematuro, preferencialmente até o 7º mês. A coleta do material do colo do útero para exame colpocitopatológico deve ser realizada a partir de uma amostra da parte externa, a ectocérvice. A coleta deve ser feita com a espátula de madeira -espátula de Ayre e não usar a escova de coleta endocervical. Não se pode perder a oportunidade para a realização do rastreamento. (BRASIL, 2012).

OBS: A solicitação de exames pelo enfermeiro tem por objetivo orientar a sua conduta e é amparado legalmente pela resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 195/97.

Caso haja alteração no resultado de exame deverá ser encaminhado para médico.

5.5 Imunização

O cartão de vacina deve ser conferido e atualizado.

Deve-se seguir a recomendação do calendário de vacinação atual do Ministério da Saúde.

5.6 Queixas frequentes e condutas

Quadro 10 - Condutas nas queixas mais frequentes

Queixas	1ª conduta	2ª conduta
Náuseas e Vômitos	<p>Orientações de hábitos alimentares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingerir alimentos secos pela manhã (ex: torradas, pães). • Evitar líquidos junto à refeição. • Alimentação fracionada e com menor volume. • Evitar alimentos gordurosos, doces, refrigerantes, café, frituras e alimentos condimentados • Aumentar a ingestão de líquidos principalmente água em caso de vômito. • A última refeição do dia deve ser duas horas antes de dormir. 	<p>Prescrever Antieméticos orais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimenidrato (Dramin B6): 01 comprimido ao dia • Metoclopramida 10mg 4/4 horas <p>Ou encaminhar para avaliação clínica.</p>
Câimbras	<ul style="list-style-type: none"> • Orienta massagear o músculo contraído e dolorido e aplique calor local; • Evitar o excesso de exercícios; • Aumentar o consumo de alimentos com cálcio, potássio e vitamina B1. 	<p>Complexo B 01 comprimido (comp) via oral ao dia ou polivitamínico 01 comp via oral (VO) ao dia</p>
Pirose e Azia	<p>Orientações de hábitos alimentares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentação fracionada • Evitar chá preto, café, mate, 	<p>Ocasionalmente fazer uso de antiácidos prescritos pelo médico.</p>

(continua)

	doces, alimentos gordurosos, picantes, álcool e fumo	
Flatulência e Obstipação intestinal	<p>Orientações de hábitos alimentares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentação rica em fibras: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais • Aumentar a ingestão de água evitar alimentos de alta fermentação como: repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar. • Recomendar prática de atividade física. 	<p>Prescrever Dimeticona OU Simeticona – 1 comp via oral após o almoço</p> <p>Obstipação: supositório de glicerina 1x ao dia</p>
Dor abdominal, cólicas	<ul style="list-style-type: none"> • Certificar que não sejam contrações uterinas • Afastar infecção urinária (excluir disúria ou febre) 	Hioscina (escopolamina, buscopam): 01 comprimido de 12/12h
Corrimento Vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Oriente que o aumento do fluxo é comum na gestação. 	
Corrimento vaginal – secreção abundante e grumosa – Candidíase vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que evite uso de absorvente diário; • Orientar que dê preferência a peças íntimas de algodão ao invés de lycra; • Orientar que evite roupas jeans e muito apertadas; • Oferecer ou prescrever preservativo; • Orientar quanto IST's; • Orientar que durante o tratamento as relações sexuais 	<p>Miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias</p> <p>OU</p> <p>Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias</p>

(continuação)

	devem ser suspensas.	
Corrimento vaginal – secreção leitosa e com odor – vaginose ou tricomoníase	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer ou prescrever preservativo; • Orientar quanto IST's; • Orientar quanto a higiene da região da genitália; • Realizar exame preventivo de câncer de colo de útero; • Orientar que evite uso de absorvente diário; • Orientar que durante o tratamento as relações sexuais devem ser suspensas. 	<p><u>VAGINOSE</u></p> <p>Primeiro trimestre: Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias.</p> <p>Após primeiro trimestre: Metronidazol 250mg, 1 comprimido VO, 3x dia, por 7 dias.</p> <p><u>TRICOMONÍASE</u> (TRATAR PARCEIRO)</p> <p>Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g)</p> <p>OU</p> <p>Metronidazol 400mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 7 dias</p> <p>OU</p> <p>Metronidazol 250 mg, 1 comprimido, VO, 3x dia, por 7 dias</p>
Cefaleia	<ul style="list-style-type: none"> • Afastar Hipertensão arterial e pré-eclampsia conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores. 	<p>Prescrever analgésico (eventualmente):</p> <p>Paracetamol 500 mg até de 8/8 h</p> <p>Sem melhora: Encaminhar para avaliação clínica</p>
Dor nas mamas	<ul style="list-style-type: none"> • Recomende à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar 	<p>Paracetamol 500mg 01 comp via oral de 6 /6 horas</p> <p>OU Dipirona 500mg 01</p>

(continuação)

	<p>qualquer intercorrência mamária;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aproveitar a oportunidade e orientar quanto preparo das mamas para amamentação. 	comp via oral de 3/3 horas
Cloasma gravídico	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que é uma ocorrência comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto; • Recomendar a gestante a não expor o rosto diretamente ao sol e a usar protetor solar. 	Aplicar filtro solar tópico 45 minutos antes de se expor ao sol, em caso de transpiração reaplicar de 2/2/horas.
Sialorreia	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar deglutir a saliva e aumentar ingestão hídrica; • Orientar dieta semelhante a de náusea. 	
Edema	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o grau do edema; • Verificar sinais e sintomas de pré-eclampsia (solicitar proteinúria, se necessário); • Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo; • Orientar elevar membros inferiores. 	Sem melhora: Encaminhar para avaliação clínica
Estrias	<ul style="list-style-type: none"> • Explique que são resultantes da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, que no início apresentam cor arroxeada, tendem com o tempo a ficar com uma cor semelhante à da pele. 	Óleo de amêndoa ou de uva para massagem local

(conclusão)

	<ul style="list-style-type: none"> • Massagens locais com substâncias oleosas • Orientar a gestante a não coçar e usar roupas leves 	
Lombalgia	<ul style="list-style-type: none"> • Correção de postura; • Usar sapatos baixos e confortáveis; • Aplicação de calor local; • Evitar pegar peso. 	<p>Paracetamol 500mg 01 comp via oral de 6/6 horas OU Dipirona 500mg 01 comp via oral de 6/6 horas, por período limitado. Avaliação médica se necessário.</p>
Hemorroidas	<ul style="list-style-type: none"> • Oriente quanto a alimentação; • Oriente que após a defecação faça higiene perianal com sabão neutro e água; • Orientar usar compressa morna e vapor. • Caso haja dor ou sangramento anal persistente, encaminhe para consulta médica. 	<p>Supositório de glicerina, se necessário</p>
Falta de ar	<ul style="list-style-type: none"> • São frequentes na gestação em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante. 	<p>Repouso em decúbito lateral preferencialmente para esquerda. Realizar ausculta pulmonar</p>

5.7 Prescrição de medicamentos pela enfermagem

O enfermeiro poderá prescrever os medicamentos citados neste protocolo, estabelecidos pela instituição de saúde na lei do exercício profissional de enfermagem. Lei nº 7498/86 de 25 de Junho de 1986 e regulamentada pelo decreto nº 94406, de 8 de Junho de 1987.

6 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)

A medida da PA é recomendada em todas as consultas de pré-natal por ser a hipertensão arterial um fator de risco gestacional.

O parâmetro de confirmação da hipertensão arterial na gestação é a observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140 mmHg (milímetros de mercúrio) de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90 mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões.

Quadro 11 - A hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação é classificada nas seguintes categorias principais

Pré-eclâmpsia: caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas;
Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas
Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas;
Hipertensão arterial sistêmica crônica: é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto;
Hipertensão gestacional: caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão).

Fonte: Brasil (2012).

7 CUIDADOS COM A MAMA NA GRAVIDEZ

O preparo da mama para a amamentação deve ser iniciado no pré-natal, assim como as orientações sobre aleitamento materno, que envolvem (BRASIL, 2013; BRASIL,

2014):

1. Avaliar as mamas durante as consultas de pré-natal;
2. Orientar sobre o uso do sutiã durante a gestação, de preferência de algodão, banho de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas) ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts a cerca de um palmo de distância;
3. Orientar a gestante que evite o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo e a não realizar expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro;
3. Questionar quanto aos conhecimentos, crenças e atitudes que a gestante possui em relação à amamentação e experiência prévia sobre amamentação;
4. Promover a troca de experiências, por meio de reuniões de grupo de gestantes, para informar as vantagens e o manejo da amamentação.

8 SITUAÇÕES DE RISCO QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA SECUNDÁRIA – CEAE –

Abaixo segue situações de encaminhamento para atenção secundária do município, no caso das gestantes (SES, 2012).

8.1 Características individuais e condições sociodemográficas

- Desnutrição grave, obesidade mórbida, transtornos alimentares;
- Dependência OU uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas.

Atenção!

Os casos com alteração isolada de IMC (<19 ou >30) devem manter acompanhamento na atenção primária. Para o encaminhamento ao PNAR deve-se considerar múltiplos fatores que interferem na situação nutricional da gestante, sendo a alteração isolada do IMC insuficiente para indicar acompanhamento na atenção especializada.

8.2 Condições clínicas prévias à gestação

- Doença psiquiátrica grave que necessite de acompanhamento com especialista (psicoses, depressão grave, transtorno de humor bipolar e outras);
- Hipertensão Arterial Crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo;
- Doenças genéticas maternas;
- Antecedentes de tromboembolismo (Trombose Venosa Profunda ou Embolia Pulmonar);
- Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) OU Infarto Agudo do Miocárdio;

- Pneumopatias graves (asma em uso de medicamentos contínuos, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, fibrose cística);
- Nefropatias graves (insuficiência renal, rins policísticos);
- Endocrinopatias (diabetes mellitus, hipotireoidismo com tratamento medicamentoso e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia, coagulopatias);
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular, paraplegia e tetraplegia e, outras);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome antifosfolípídeo, artrite reumatoide, esclerose múltipla, outras colagenoses);
- Ginecopatias (mús formações uterinas, útero bicorne, miomas intramurais maior que 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos);
- Câncer: os de origem ginecológica OU invasores OU que estejam em tratamento OU que possam repercutir na gravidez;
- Mulheres transplantadas;
- Mulheres que já realizaram cirurgia bariátrica.

8.3 História reprodutiva anterior

- Morte perinatal explicada OU inexplicada;
- Abortamento habitual (perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana);
- História prévia de insuficiência cervical/incompetência istmo-cervical (dilatação cervical indolor no 2º trimestre seguida de expulsão do feto imaturo);
- Isoimunização Rh em gestação anterior;
- Infertilidade (ausência de concepção após pelo menos um ano de relações sexuais regulares sem uso de contracepção);
- Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal OU acretismo placentário;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva com desfecho desfavorável materno (síndrome HELLP (H: hemólise (fragmentação das células do sangue); EL: elevação das enzimas hepáticas, e LP: baixa contagem de plaquetas), eclampsia, parada cardiorrespiratória ou internação em Centro de Terapia Intensiva (CTI) durante a internação, acretismo placentário) e/ou perinatal;
- Prematuridade.

8.4 - Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual

- Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou quando não houve tempo hábil para a sua interrupção legal;
- Infecção urinária de repetição (≥ 3 episódios) OU ≥ 2 episódios de pielonefrite;
- Desvio quanto ao crescimento uterino (Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR) - feto abaixo do percentil 10 para a idade gestacional, suspeita de macrosomia (Pico de Fluxo Expiratório (PFE) > percentil 90 para a idade gestacional), suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina quando não houver ecografia disponível) OU quanto ao volume de líquido amniótico (oligodrâmnio – Índice de Líquido Amniótico (ILA) <8cm associado a CIUR ou bolsão <2cm OU polihidrâmnio - ILA > 18cm ou maior bolsão > 8 cm);
- Suspeita atual de insuficiência cervical (incompetência istmo-cervical);
- Gestação múltipla;
- Diabetes gestacional (após diagnóstico laboratorial);
- Hemorragias da gestação;

Atenção!

Os casos de gestantes com sangramento ativo devem ser encaminhados imediatamente ao serviço de urgência/emergência obstétrica. Depois de cessado o sangramento a gestante deve ser referenciada ao pré-natal de alto risco.

- Acretismo placentário OU placenta prévia não-sangrante (inserção total/parcial no segmento inferior do útero após 28 semanas de idade gestacional);
- Prurido gestacional/ icterícia persistente;
- Malformação fetal* (fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningomielocele / espinha bífida, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, anencefalia, cardiopatia) OU arritmia cardíaca fetal*;
- Isoimunização Rh*:
 - Gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo, em qualquer título;
 - Gestante com Rh negativo com feto apresentando achados ecográficos de anemia.

***Estas condições demandam um fluxo especial composto por serviço de medicina fetal.**

Hipertensão em gestantes

- Hipertensão arterial crônica diagnosticada na gestação (PA $\geq 140/90$ mmHg antes da 20ª semana de idade gestacional);

- Hipertensão arterial gestacional (diagnosticada após 20 semanas);
- Diagnóstico de pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade.

Anemias em Gestantes

- Hemoglobina <8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade;
- Hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias);

Doenças infecciosas

- Sífilis terciária, resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e do parceiro, com penicilina benzatina);
- Toxoplasmose
- Rubéola;
- Citomegalovirose;
- 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.

9 ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO

As consultas de puerpério são de competência do médico da ESF e enfermeiro. As orientações são de responsabilidade de todos os profissionais da unidade de saúde.

O Acompanhamento no Puerpério é realizado no mínimo em 2 consultas. A primeira no período de 7 a 10 dias e a segunda deve ocorrer até o 42º dia de pós-parto.

Caso o RN tenha sido classificado como de risco, deverá acontecer uma visita domiciliar nos primeiros 3 dias após a alta.

Segundo Brasil (2012) são ações a serem desenvolvidas no puerpério:

Objetivos

- Avaliar interação entre mãe e Recém-nascido (RN);

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do RN;
- Orientar os cuidados básicos com RN;
- Orientar e apoiar a família;
- Identificar e conduzir situações de risco e/ou intercorrências;
- Orientar, incentivar e avaliar quanto à amamentação;
- Orientar quanto ao planejamento da vida sexual e reprodutiva.

9.1 Condutas na consulta de puerpério

- Verificar no Cartão da Gestante e da criança;
- Atendimento prestado a mãe no parto e ao RN;
- Avaliar a situação das sorologias para sífilis e HIV;
- Avaliar uso de suplementação vitamínica e/ou outros medicamentos;
- Dados do parto: data, tipo de parto, indicação de parto operatório, intercorrências no trabalho de parto, parto e pós-parto como febre, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh.

9.1.1 Anamnese

- Identificar as queixas principais;
- Avaliar: aleitamento materno; alimentação, sono e atividades físicas; condições psicossocioemocionais (atenção para depressão puerperal e situações de vulnerabilidade social); dor, fluxo vaginal, sangramentos, queixas urinárias, febre; planejamento da vida sexual e reprodutiva.

9.1.2 Avaliação clínica-ginecológica

- Estado geral: estado de consciência, situação psicológica, pele, edema;
- Exame abdominal: atentar para avaliar a involução uterina e dor à palpação, e incisão cirúrgica se cesárea;
- Exame ginecológico: observar loqueação, lacerações, equimoses, edemas, incisão de episiotomia na vagina, vulva e períneo.
- Avaliar mucosas;
- Avaliar as mamas;
- Avaliar os membros inferiores: varizes, edema, sinais de flebite, aumento de sensibilidade e sinal de Homan;
- Avaliar sinais vitais;
- Observar vínculo mãe – RN;
- Anotar os dados da consulta no prontuário.

Orientações no puerpério: Aleitamento Materno Exclusivo, os profissionais da ESF e os ACS deverão incentivar o aleitamento materno, articulando e orientando os familiares para que possam apoiar a puérpera neste processo. O envolvimento do ACS no acompanhamento da puérpera poderá contribuir no sucesso da amamentação, pois a detecção precoce dos sinais de desmame precoce poderá evitar complicações na amamentação. Atentar para as mulheres cuja amamentação está contra-indicada.

Orientar, também, em relação a alimentação saudável; atentar para ingestão hídrica, atividade física; atividade sexual (podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto); higiene; sono e repouso, contracepção pós-parto; cuidados com as mamas; cuidados com o recém-nascido.

Prescrever suplementação de ferro: 40mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;

Agendar a próxima consulta de puerpério (até 42 dias pós - parto) para o médico da ESF.

Encerrar o SISPRENATAL.

9.2 Anticoncepção no puerpério

A orientação relativa ao Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva deve ser o mais precoce possível. Dentre os métodos indicados está o método de Amenorreia da Lactação (LAM) que é um método temporário que só pode ser utilizado pelas puérperas sob as seguintes condições: em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), amenorreia e RN com menos de seis meses de vida. A ausência de qualquer uma das três condições reduz a eficácia do método.

Quadro 12 – Atribuições dos profissionais da ESF na anticoncepção no puerpério

Atribuições	Profissionais
Captação da clientela	Multiprofissional
Orientação e informações sobre saúde sexual e reprodutiva e métodos contraceptivos	Multiprofissional
Prescrição de anticoncepcionais (orais)	Médico e enfermeiro (no caso as prescrições subsequentes)
Prescrição do anticoncepcional de emergência e injetáveis	Médico

(conclusão)

Aplicação de anticoncepcionais injetáveis	Técnico, Auxiliar de Enfermagem ou enfermeiro
---	---

Fonte: Brasil (2012).

Os métodos disponíveis na rede do SUS do município são:

Quadro 13 - Métodos contraceptivos disponíveis na Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do município

Método	Apresentação
PRESERVATIVO MASCULINO	Látex, embalagem individual
NORETISTERONA) 0,35MG (MINIPÍLULA)	comprimido
LEVONORGESTREL 0,75 MG	comprimido
ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL 0,03 MG + 0,15 MG	comprimido
50 mg ENANTATO DE NORETISTERONA + 5 mg VALERATO DE ESTRADIOL	Injetável MENSAL (deverá ser prescrito pelo médico)
ACETATO MEDROXIPROGESTERONA 150 MG	Injetável TRIMESTRAL (deverá ser prescrito pelo médico)

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2011).

- Anticoncepcional hormonal oral de progestogênio, neste caso pode ser prescrito pelo enfermeiro;
- Anticoncepcional hormonal oral combinado: se não estiver amamentando ou se não for aleitamento materno exclusivo, neste caso deve ser prescrito pelo médico e mantido pelo enfermeiro;
- DIU;
- Preservativo masculino: indicar o uso de preservativo desde a primeira relação sexual pós-parto.

A busca do êxito nas ações desenvolvidas junto à mulher no seu ciclo grávidico-puerperal é resultado do envolvimento e compromisso multiprofissional com o binômio mãe/filho no seu contexto.

O parceiro pode e deve contribuir em todo este processo, discutindo e repensando práticas alternativas. A utilização do preservativo masculino também é uma sugestão e se utilizado corretamente é um método também eficaz.

11 PLANEJAMENTO FAMILIAR

O planejamento familiar no Brasil é regulamentado pela Lei nº 9263 de 12/11/1996 é um ato consciente que torna possível ao casal programar quantos filhos terá e quando os terá. Permite às pessoas e aos casais a oportunidade de escolher entre ter ou não filhos de acordo com seus planos e expectativas (FLORIANÓPOLIS, 2010).

11.1 Assistência à pré-concepção

Orientações e Condutas Específicas na Assistência Pré-concepcional (BRASIL, 2005; BRASIL, 2010):

- Orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso frequente de bebidas alcoólicas e outras drogas lícitas ou ilícitas e verificação da necessidade de assistência especializada.
- Orientação sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis como vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/AIDS), sífilis, gonorréia, clamídia e outras infecções como toxoplasmose, hepatite B.
- Instituir outras medidas educativas, como a orientação para o registro sistemático das datas das menstruações.
- Em caso de uso de medicamento, avaliar os efeitos na gestação.
- Prescrever ácido fólico 5mg, via oral, 1x/dia, iniciando 60 a 90 dias antes da concepção estendendo até a 12ª semana gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural. A prescrição cabe ao profissional médico ou enfermeiro.

Realizar anamnese e exame físico.

Poderá ser solicitado, pelo profissional médico ou enfermeiro, após avaliação da mulher os seguintes exames, para avaliação de condições que podem prejudicar a mãe/feto:

- Hemograma
- Fator Rh
- Sorologia para toxoplasmose, HIV, hepatite B e sífilis
- Exame citopatológico
- Glicemia jejum

11.2 Assistência à Contracepção

A primeira prescrição de método contraceptivo deve ser de responsabilidade do profissional médico, o enfermeiro poderá prescrever somente preservativo masculino ou feminino. Nas prescrições subsequentes o enfermeiro poderá prescrever os anticoncepcionais hormonais desde que esteja anotado no prontuário no paciente pelo médico.

O profissional (médico ou enfermeiro) deve fornecer informações sobre o método contraceptivo.

11.3 Métodos comportamentais

Não deixar de informar sobre os riscos as ISTs.

São métodos comportamentais, segundo Brasil (2013):

Método Ogino-Knaus (tabelinha, ritmo ou calendário): É um método de controle das relações sexuais no período fértil da mulher. O cálculo do período fértil é feito mediante a análise do ciclo menstrual prévio (6 a 12 meses). Consiste em calcular a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto para saber se o método é adequado para a mulher. Se essa diferença for igual ou maior que 10, não é indicado o uso. Caso o índice seja menor que 10, calcula-se o início do período fértil, diminuindo 18 do ciclo mais curto e o fim do período fértil, diminuindo 11 do ciclo mais longo. Após esse cálculo será determinado o período do ciclo, considerado fértil e apropriado para a concepção.

Ex.: Início do período fértil = ciclo mais curto (25) - 18 = 7º dia

Fim do período fértil = ciclo mais longo (34) - 11 = 23º dia

Entre o 7º dia e o 23º dia do ciclo da mulher, constado a partir do primeiro dia da menstruação, tem-se o período fértil.

Método da temperatura basal corporal: Esse método fundamenta-se nas alterações da temperatura basal (em repouso) que ocorrem na mulher ao longo do ciclo ovulatório e menstrual. O método baseia-se no fato que, por um ou dois dias próximo da ovulação, a temperatura em repouso da mulher aumenta um pouco. Esse aumento é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem efeito termogênico. O método permite, portanto, através da mensuração diária da temperatura basal, a determinação da fase fértil (ovulatória) e infértil (pós-ovulatória). Para usar esse método, a mulher deve medir e anotar sua temperatura logo de manhã, todos os dias, antes de comer ou fazer qualquer esforço, e observar os resultados, durante dois ou mais ciclos. Depois estabelecer qual é a sua variação normal, e qual o padrão de aumento por volta do 14º dia (ovulação) após a menstruação.

Método de Billing ou do muco cervical: Este método baseia-se na identificação do período fértil, através da auto-observação diária das características do muco cervical e da sensação por ele provocada na vulva. O muco cervical no início do ciclo é espesso, grumoso e por isso dificulta a ascensão dos espermatozoides pelo canal cervical. Na fase ovulatória, com a ação estrogênica, o muco fica mais elástico, transparente, escorregadio e fluído, semelhante a clara de ovo, indicando o período de fertilidade. Nesse período, o muco garante umidade e lubrificação a vulva e ao canal vaginal, facilitando a relação sexual e a ascensão dos espermatozoides pelo canal cervical.

Método sinto-térmico: Consiste na combinação dos múltiplos indicadores de ovulação (temperatura basal corporal e muco cervical), com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade.

Contraceção cirúrgica: Como a laqueadura e a vasectomia são métodos definitivos, sua indicação deve obedecer aos critérios pré-estabelecidos, respeitando a legislação vigente: Lei nº. 9.263, de 12/01/96.

Tanto o profissional médico quanto enfermeiro poderão indicar tal procedimento.

Condutas para o Aconselhamento em Anticoncepção Cirúrgica

- Realizar consulta individual ou ao casal, e/ou atividade educativa;
- Orientar sobre os métodos contraceptivos reversíveis existentes;
- Esclarecer sobre os riscos da cirurgia e possíveis efeitos colaterais e as dificuldades de sua reversão;

Segundo a Lei do Planejamento Familiar nº 9.263 de 12/01/96, Art. 10º, somente é permitida a Esterilização Voluntária nas seguintes situações: I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

12 GRUPOS EDUCATIVOS

Pode ser realizado por qualquer membro da equipe.

Para se trocar receita do anticoncepcional ou encaminhar para a avaliação do uso do DIU (dispositivo intra-uterino) faz-se necessário a participação nos grupos de planejamento familiar realizado na estratégia Saúde da família.

13 CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

O climatério é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) como uma fase biológica da vida da mulher que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo.

Este período pode ser considerado um período não patológico (BRASIL, 2008).

A menopausa está relacionada ao último ciclo menstrual, somente reconhecido depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 50 anos de idade (BRASIL, 2008).

13.1 Terapia de Reposição Hormonal

Esta é uma conduta que deve ser avaliada pelo profissional médico.

13.2 Consulta médica ou de enfermagem

Realizar anamnese;

Realizar exame físico (aferir PA, peso, estatura, circunferência abdominal), incluindo das mamas.

13.3 Solicitação de exames pelo médico ou enfermeiro durante a consulta a mulher no climatério/menopausa

- Glicemia de jejum
- Teste de tolerância a glicose (TTG)
- Colesterol total e frações
- Triglicerídeos
- Exame de urina
- Exame parasitológico de fezes
- TSH (Hormônio Estimulante da tireoide)
- Mamografia (dentro do preconizado)

Outros exames poderão ser solicitados pelo profissional médico.

Caso o exame tenha resultado alterado, não podendo ser tratado pelo enfermeiro deverá ser encaminhado para o médico.

14 ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

Cabe a Unidade Básica de Saúde:

- Acolher esta mulher;
- Identificar o tipo de violência;
- Encaminhar (anexos A, B e C).

15 CÂNCER DE MAMA E CÓLO DE ÚTERO

São fatores de risco para o câncer de mama: antecedentes familiares; consumo de álcool e tabagismo; exposição a radiações ionizantes; grande ingestão de gorduras saturadas; menarca precoce; menopausa tardia; nuliparidade; primeira gestação após os trinta anos de idade; uso indiscriminado de preparados hormonais (BRASIL, 2016).

Os sintomas do câncer de mama palpável são: o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, com abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila (BRASIL, 2016).

O rastreamento do câncer de colo de útero deve ser realizado nas mulheres que já iniciaram as atividades sexuais, tendo início de coleta aos 25 anos, devendo seguir até os 64 anos de idade, devendo ser realizado a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais (BRASIL, 2015).

O sintoma do câncer de colo de útero, por ser uma doença de desenvolvimento lento, pode seguir sem sintomas no início, evoluindo para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (BRASIL, 2016).

15.1 Atribuições e competências da equipe de Saúde da Família nos cuidados ao câncer de mama e colo de útero

15.1.1 Atribuições comuns a todos os integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama;

Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;

Realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com abordagem de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;

Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal;

Garantir a qualidade do registro das ações nos sistemas de informação vigentes;

Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade;

Realizar a escuta qualificada das necessidades das mulheres em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;

Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe;

Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, com utilização dos dados presentes nos sistemas de informação;

Realizar atenção em cuidados paliativos na unidade ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;

Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher. Desenvolver atividades educativas, de maneira individual ou coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade;

Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais da equipe.

15.1.2 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Conscientizar a importância da realização da coleta do exame citopatológico como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero a população feminina de sua microárea e orientar que procurem a unidade de saúde para o agendamento e realização do exame se estiverem dentro da faixa estabelecida;

Conhecer as recomendações para detecção precoce do câncer de mama na população feminina de sua microárea e orientar que procurem a unidade de saúde para ser encaminhada para realização do exame, se estiverem na faixa etária estabelecida;

Realizar visita domiciliar as mulheres de sua microárea orientando sobre a importância da realização dos exames e facilitando o acesso a eles;

Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de mulheres em situação de risco;

Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama, de acordo com o planejamento da equipe, visando à promoção da saúde, à prevenção, e ao acompanhamento das mulheres;

Realizar visitas domiciliares às mulheres com resultados alterados, para estimular a adesão ao tratamento e fazer busca ativa das faltosas;

Manter o caderno do ACS atualizado da população feminina de sua microárea, em relação a realização do exame citopatológico, mamografia, dentro da faixa etária estabelecida.

15.1.2 Atribuições do Auxiliar e Técnico de enfermagem

Atender as usuárias de maneira integral;

Realizar cuidado paliativo, na unidade de saúde ou no domicílio, de acordo com as necessidades;

Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente em saúde

15.1.3 Atribuições do Enfermeiro

Atender as usuárias de maneira integral;

Realizar consulta de enfermagem e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária;

Realizar consulta de enfermagem e o exame clínico das mamas, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária;

Solicitar mamografia, de acordo com a faixa etária preconizada;

Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero e de mama;

Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, realizar o encaminhamento para o serviço de referência em tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero;

Prescrever tratamento para Infecções Sexualmente Transmissível (IST) (Quadro 14); orientar quanto ao uso de preservativo, proceder à notificação dos casos que for de notificação compulsória, encaminhar para o Centro de Testagem e Aconselhamento DST-Aids e Hepatites Virais, os casos que demandarem encaminhar para o médico da ESF ou atenção secundária as demais IST, em caso de dúvida ou intercorrência.

Realizar cuidado paliativo, na unidade de saúde ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;

Contribuir, realizar e participar das atividades de educação em saúde permanente de todos os membros da equipe.

15.2.4 Atribuições do Médico

Atender as usuárias de maneira integral;

Realizar a consulta e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária;

Realizar consulta e o exame clínico das mamas, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária;

Solicitar mamografia, de acordo com a faixa etária e/ou o quadro clínico da usuária;

Solicitar exame complementar à mamografia, como ultrassonografia, quando necessário;

Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero e da mama, bem como solicitar os exames adicionais a seu critério;

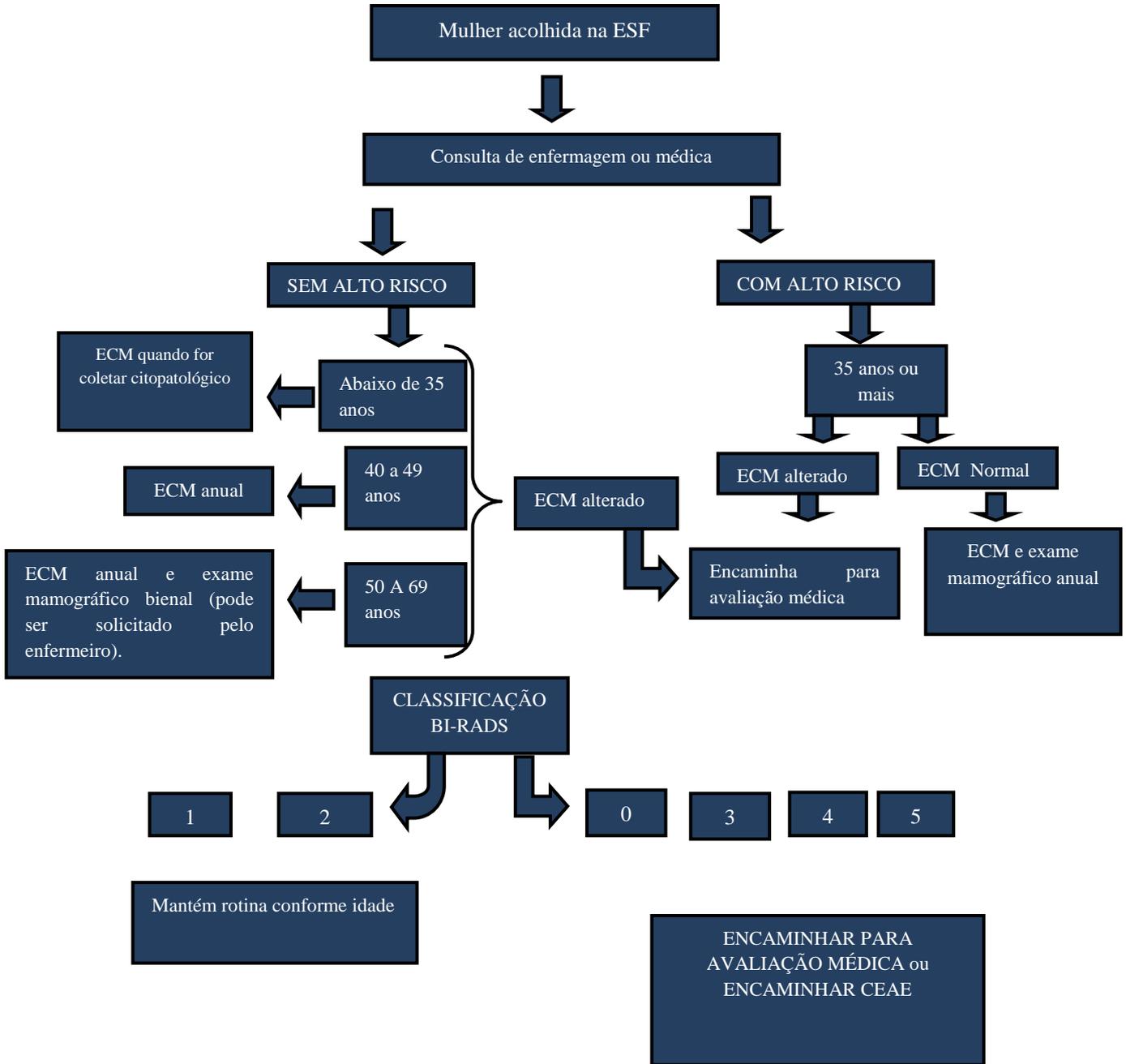
Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero;

Prescrever tratamento para Infecções Sexualmente Transmissível (IST) (Quadro 14); orientar quanto ao uso de preservativo, proceder à notificação dos casos que for de notificação compulsória, encaminhar para o Centro de Testagem e Aconselhamento DST-Aids e Hepatites Virais, os casos que demandarem;

Realizar cuidado paliativo, na unidade de saúde ou no domicílio, de acordo com as necessidades;

Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente em saúde de todos os membros da equipe.

Fluxograma 3 - Rotina de rastreamento de câncer de mama



Quadro 14 - Infecções Sexualmente Transmissíveis e prescrição de medicamento pelo enfermeiro

Sinais e sintomas	IST	Prescrição de medicamento
Prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável); disúria; dispareunia; corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”); hiperemia; edema vulvar; vagina e colo uterino recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas, aderidas à mucosa	Candidíase	<p>1ª opção: Miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.</p> <p>2ª opção: Fluconazol 150 mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 1 dia.</p> <p>Casos recorrentes: Mesmas opções do tratamento, por 14 dias OU Fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x /semana, por 6 meses</p> <p>*Parcerias sexuais não precisam ser tratados, exceto as sintomáticas</p>
Corrimento vaginal com odor fétido, mais acentuado após a relação sexual, sem o uso do preservativo, e durante o período menstrual; corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso; dor à relação sexual (pouco frequente);	Vaginose bacteriana (Gardnerella vaginalis)	<p>1ª opção: Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias</p> <p>2ª opção: Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias</p> <p>Casos recorrentes: Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x dia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via intravaginal, 1x dia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações semanais, por 4 a 6 meses</p> <p>*O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.</p>
Corrimento abundante, amarelado ou	Tricomoniase	Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de

<p>amarelo esverdeado, bolhoso; prurido e/ou irritação vulvar; dor pélvica (ocasionalmente); sintomas urinários (disúria, polaciúria); hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa).</p>		<p>tratamento 2g)9 , VO, dose única OU Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 7 dias</p> <p>*As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.</p>
--	--	--

Fonte: Brasil (2015); Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba, (2015).

- Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool, pelo “efeito antabuse”, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e gosto metálico na boca.
- Cremes vaginais com metronidazol não são recomendados pela baixa eficácia
- Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais
- Manter o tratamento se a paciente menstruar

15.3 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO SECUNDÁRIA – CEAE – MASTOLOGIA

Abaixo segue situações de encaminhamento para atenção secundária do município, no caso de mastologia (SES, 2012).

Neoplasia da Mama

- Diagnóstico histopatológico ou citopatológico de neoplasia da mama (confirmação ou suspeita);
- Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de neoplasia da mama (ver quadro 15);
- Achados em exame de imagem altamente sugestivos de neoplasia da mama (ver quadro 16);
- Resultados de exames de imagem com laudo de classificação Bi-Rads 0,3,4,5.
- Hiperemia mamária não relacionada à mastite puerperal;
- Pacientes candidatas a reconstrução da mama após cirurgia oncológica radical.

Quadro 15 – Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de câncer de mama

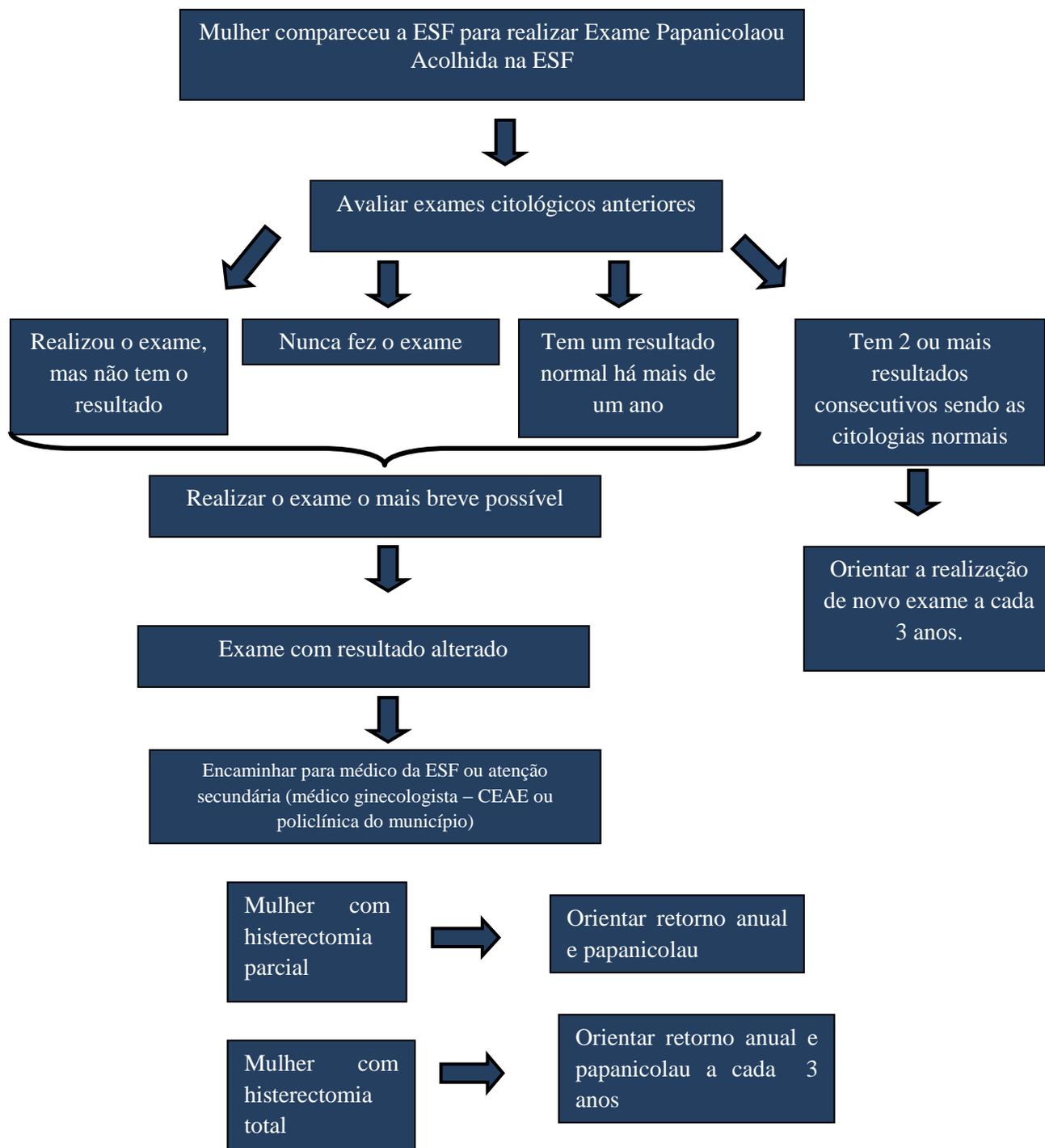
Nódulo palpável endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas; ou
Nódulo palpável com conteúdo sanguinolento na aspiração; ou
Nódulo palpável com linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes; ou
Descarga papilar suspeita: <ul style="list-style-type: none"> - sanguínea, serossanguínea ou cristalina “água de rocha”; ou - qualquer descarga papilar uniductal e espontânea; ou - qualquer descarga papilar em mulher com idade superior a 50 anos.
Retração ou distorção mamilar recente; ou
Espessamento ou retração cutânea recente.

Fonte: Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul (2016).

Quadro 16 - Achados em exame de imagem altamente sugestivos de neoplasia mamária

BIRADS 4 e 5; ou
Nódulo sólido com características de malignidade; ou
Cisto complexo (conteúdo espesso, ecotextura heterogênea, vegetações ou com conteúdo sólido); ou
Microcalcificação suspeita: - ramificadas, vermiformes, puntiformes; - associada a outros achados como: distorção, dilatação ductal e assimetrias.
Distorção ou assimetria focal da arquitetura.

Fonte: Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul (2016).

Fluxograma 4 - Rotina de rastreamento de câncer de colo do útero

Fonte: INCA (2011).

15.4 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO SECUNDÁRIA – CEAE – GINECOLOGIA

Abaixo segue situações de encaminhamento para atenção secundária do município, para ginecologia (SES, 2012).

Sangramento Uterino Anormal

Mulher na menacme (Período fértil) com:

- Sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem);
- Sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno).

Neoplasia de Endométrio

Mulheres na menopausa

- Com sangramento uterino anormal (sem terapia hormonal) quando não há a oferta de ecografia transvaginal na APS.

Condiloma acuminado/ Verrugas virais

- Mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Quadro 17 – Exame citopatológico

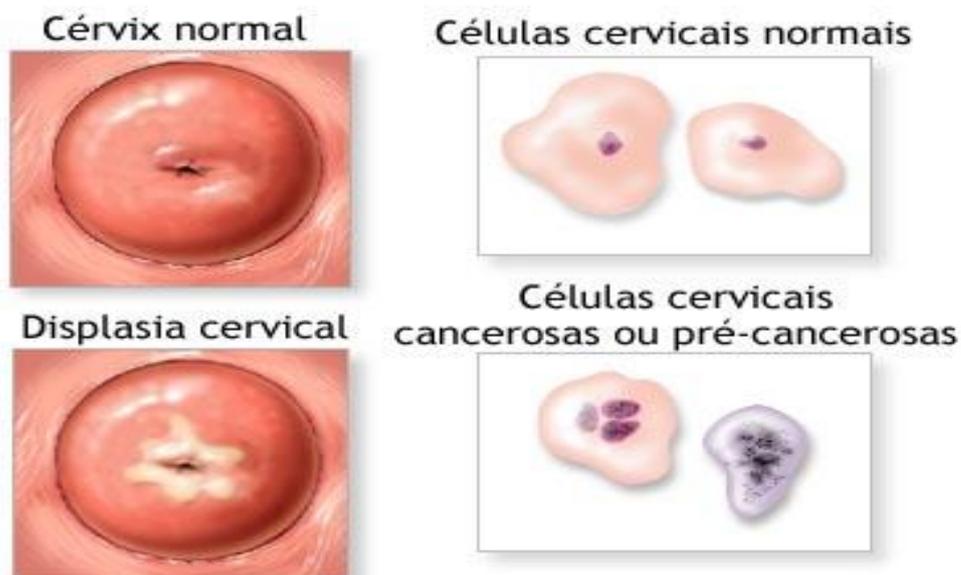
Exame citopatológico normal	Exame citopatológico alterado que deve ser encaminhado ao CEAE
<ul style="list-style-type: none"> • Dentro dos limites da normalidade no material examinado (resultado normal); • Inflamação sem identificação de agente (alterações celulares benignas); • Metaplasia escamosa imatura (alterações celulares benignas); • Reparação (alterações celulares benignas); • Atrofia com inflamação (alterações celulares benignas); • Radiação - pode ocorrer nos casos de mulheres tratadas por 	<ul style="list-style-type: none"> •Células escamosas atípicas de significado inderteminado possivelmente não neoplásicas de repetição (ASC-US); • Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H); •Células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau) (AGC); •Células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau); •Lesão intraepitelial de baixo grau de repetição; •Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL); •Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor; •Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou invasor;

(conclusão)

<p>radioterapia para câncer do colo uterino (alterações celulares benignas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doença autoimunes ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) ou atipia de significado indeterminado escamosa possivelmente não neoplásica (ASC-US); •Queixas ginecológicas para investigação (Dor pélvica; Verrugas genitais, Sangramento vaginal espontâneo, após o coito ou esforço).
--	--

Fonte: Brasil (2011); Secretaria De Estado Da Saúde (2012).

Figura 11– Neoplasia cervical



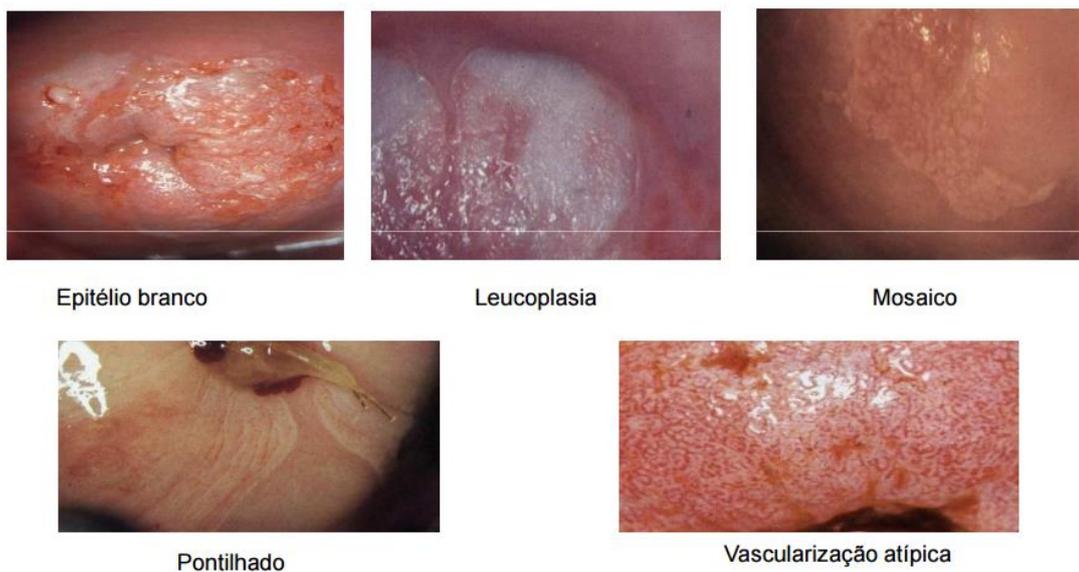
Fonte: <http://default.adam.com/content.aspx?productId=125&pid=69&gid=000893>.

Figura 12 – Câncer cervical



Fonte: <http://default.adam.com/content.aspx?productId=125&pid=69&gid=000893>.

Figura 13 – Colo do útero - Zona de transformação atípica



Epitélio branco

Leucoplasia

Mosaico

Pontilhado

Vascularização atípica

Fonte: Cisaje (2013).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei do Planejamento Familiar nº 9.263 de 12/01/96. **Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm>. Acesso em 20 de jan. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências** [Internet]. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em 20 ago de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** 1. ed., 1. reimpr. – Brasília, 2013. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT): **atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST).** Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Tipos de Câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/sintomas>. Acesso em 10 julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais.** Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Programa Nacional do Câncer de Colo de Útero.** Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio. Acesso em 20 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, 2015. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em 20 jan. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução COFEN-223/1999. **Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal**. Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução COFEN-195/1997. **Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro**. Rio de Janeiro, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução COFEN-271/2002 – Revogada pela Resolução COFEN--317/2007. **Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames**. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta da Gestante**. 3.ed.- Brasília. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: 2009.52 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; caderno n. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: **princípios e diretrizes**. Brasília, 2011. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em 20 out de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. – Brasília, 2013. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010. 300 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014**. 9. ed. rev. e atual. – Brasília, 2015. 230 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. Organizadores Claci Fátima Werich Rosso...[*et al.*]. Goiânia: 2014. 336p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA. **Protocolo do enfermeiro na estratégia de saúde da família do estado da Paraíba**. 2ed. COREN-PB – João pessoa-PB: COREN-PG, 2015. 319p.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO JEQUITINHONHA (CISAJE). **III Encontro para Alinhamento de Condutas do Centro Viva Vida de Referência Secundária da Microrregião de Saúde de Diamantina**. Maio, 2013.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. **Protocolo de atenção integral a saúde da mulher**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

PASQUAL, Kelly Karine; CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 21-27, Jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2016.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde**. Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: **manual técnico**

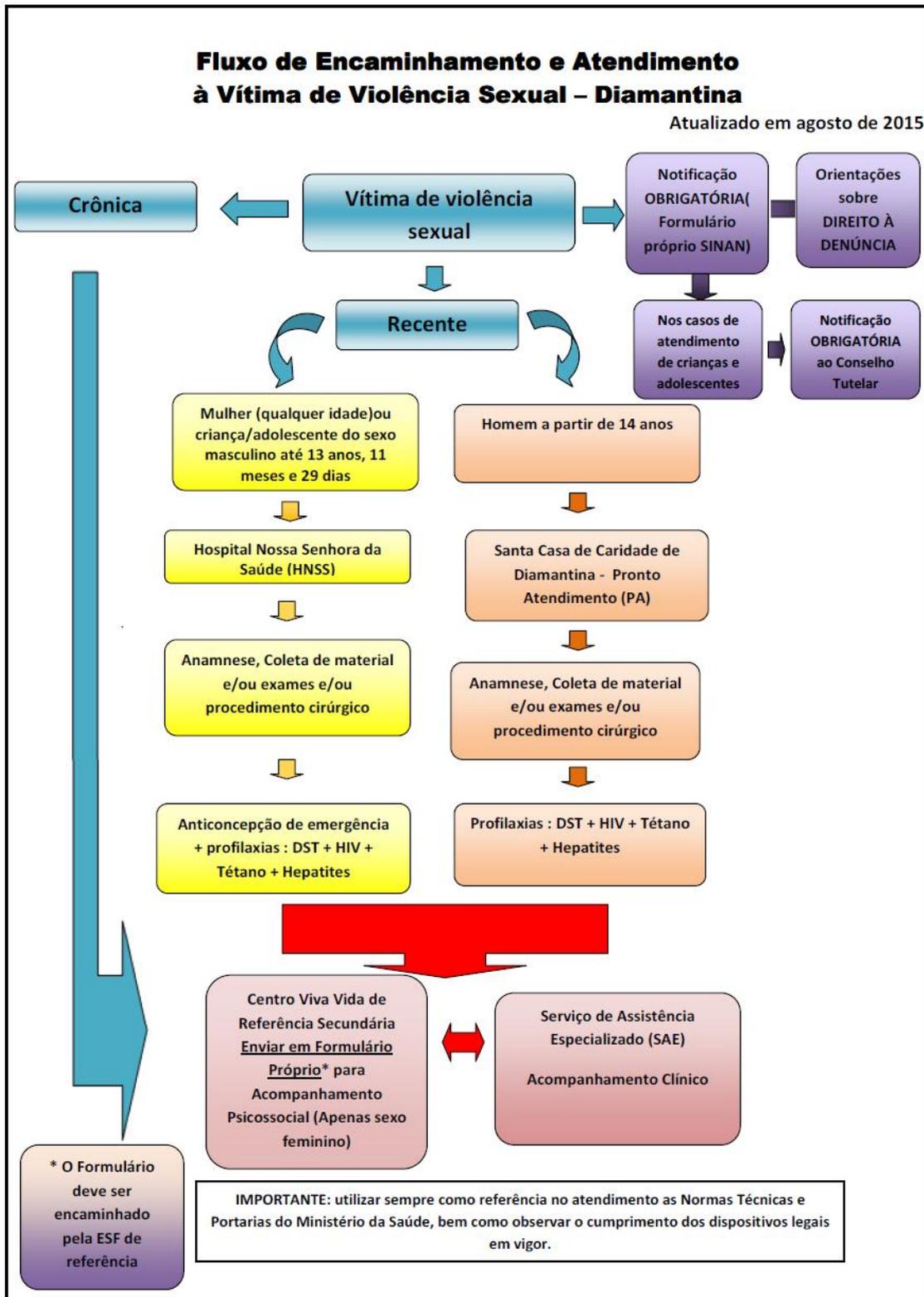
do pré natal e puerpério/organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras. São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES). **Critérios de encaminhamento para o centro estadual de atenção especializada**, 2012. Belo Horizonte.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Protocolo de encaminhamento para mastologista**, 03 de fevereiro de 2016. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessaunders/nossos-servicos/teleconsultoria/regulasus/>>. Acesso em 10 jun de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Research on the menopause in the 1990s**. Geneva: World Health Organization; 1996. (WHO Technical Report Series, 866).

ANEXO A – Fluxo de encaminhamento em caso de Violência Sexual



ANEXO B – Protocolo de atendimento caso de violência não sexual

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA NÃO SEXUAL EM DIAMANTINA

Agosto.2015

FAIXA ETÁRIA	ENCAMINHAMENTOS
CRIANÇAS E ADOLESCENTES (0 a 13 anos 11 meses e 29 dias)	Comunicações obrigatórias: <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • Conselho Tutelar (na ausência de responsável legal ou violência doméstica, negligência/abandono, trabalho infantil) • CREAS • SMS (Ficha de Notificação)
	Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • HNSS (exceto casos neurológicos) • Atendimento Especializado: Rede de Saúde Municipal
ADOLESCENTES A PARTIR DE DE 14 ANOS E ADULTOS	Comunicações obrigatórias: <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • Conselho Tutelar (na ausência de responsável legal ou violência doméstica, negligência/abandono, trabalho infantil, em menores de 18 anos) • CREAS (exceto violência extra-familiar: criminalidade, delinquência) • SMS (Ficha de Notificação)
	Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • P.A. Santa Casa de Caridade • HNSS (Ortopedia) • Atendimento Especializado: Rede de Saúde Municipal
MULHERES	Comunicações obrigatórias: <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • CREAS • SMS (Ficha de Notificação)
	Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • P.A. Santa Casa de Caridade • HNSS (gestantes, ortopedia) • Atendimento Especializado: Rede de Saúde Municipal
IDOSOS	Comunicações obrigatórias: <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • CREAS • SMS (Ficha de Notificação)
	Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • P.A. Santa Casa de Caridade • HNSS (ortopedia)
	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento Especializado: Rede de Saúde Municipal

ANEXO C - Ficha de notificação individual

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		7 Nome da Unidade Notificadora	
	8 Unidade de Saúde		9 Data da ocorrência da violência	
	Notificação Individual	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento
12 (ou) Idade		13 Sexo		
14 Gestante		15 Raça/Cor		
16 Escolaridade		17 Número do Cartão SUS		
18 Nome da mãe		19 UF		
20 Município de Residência		21 Distrito		
Dados de Residência	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	26 Geo campo 1		27 Geo campo 2	
	28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona	
	32 País (se residente fora do Brasil)		33 Nome Social	
Dados Complementares				
Dados da Pessoa Atendida	34 Ocupação		35 Situação conjugal / Estado civil	
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?	
	40 UF		41 Município de ocorrência	
Dados da Ocorrência	42 Distrito		43 Bairro	
	44 Logradouro (rua, avenida,...)		45 Número	
	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
	48 Geo campo 4		49 Ponto de Referência	
	50 Zona		51 Hora da ocorrência	
	52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?	
54 A lesão foi autoprovocada?		55 Ocorreu outras vezes?		

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado		
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outas) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 68 Circunstância da lesão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado CID 10 - Cap XX		
Dados finais	69 Data de encerramento: _____		
	Informações complementares e observações		
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
TELEFONES ÚTEIS Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS Central de Atendimento à Mulher Disque Direitos Humanos 136 180 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____ Função _____	Assinatura _____	
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

4 PROTOCOLO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define a saúde como bem-estar completo e não a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas.

A saúde do homem, até então não vista com destaque, nos últimos anos passou a ser uma necessidade pelo governo.

Em 2008 foram criados e publicados os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), e em 2009 foi publicada uma Portaria Ministerial nº 1944 que a tornou oficial (MEDEIROS, 2013), essa busca priorizar a saúde do homem sem deixar dar destaque aos demais grupos populacionais, desenvolver cuidados específicos para o homem e melhorar os indicadores de qualidade de vida (PNAISH, 2009).

De acordo com a PNAISH (2009), os homens muitas vezes delongam a procura de atendimento, evitando o contato com espaços da saúde. A política vem com intuito de criar mecanismos para chamar a atenção dos homens para que cuidem mais de si, evitando maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde.

A PNAISH (2009) considera a faixa etária de 20 a 59 anos como foco para a atenção a saúde do homem.

Tem como objetivo a integralidade e equidade em relação aos serviços prestados para a população masculina, e que ações voltadas para o acolhimento da mesma sejam desenvolvidas no serviço público, de forma humanizada e respeitando as peculiaridades sócio-culturais.

A política traz como diretriz a integralidade da atenção à saúde da população masculina e possui como objetivo geral promover a melhoria das condições de saúde do homem, contribuindo assim para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência à saúde.

Segundo a mesma deve ser promovida em conjunto com a Política Nacional de Atenção Básica, buscando fortalecer as ações e serviços disponibilizados a essa população.

2 ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO AO HOMEM

2.1 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Acolher de maneira integral e humanizada e fazer com que o homem sinta-se parte do serviço;

Realizar visitas domiciliares captar e cadastrar os homens entre 20 e 59 anos de idade;

Participar e/ou conduzir ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;

Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a saúde do homem e sua importância;

Participar de ações de promoção a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;

Orientar quanto a periodicidade de exames preventivos e a importância de realizá-los;

Incentivar a participação do homem nas consultas de sua família, pré-natal, puericultura, ginecológica, entre outras;

Conferir cartão de vacina e caso necessário encaminhá-lo a ESF.

2.2 Atribuições do Auxiliar e Técnico de Enfermagem

Acolher de maneira integral e humanizada e fazer com que o homem sinta-se parte do serviço;

Verificar e registrar os valores da Pressão Arterial (PA): aferir a PA, atentando-se para o efeito do avental branco devido às peculiaridades da população masculina e anotar os dados no prontuário;

Verificar e registrar outros sinais vitais: temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória e anotar os dados no prontuário, quando necessário;

Verificar o peso, altura e anotar os dados no prontuário;

Verificar cartão de vacina e atualizá-lo caso esteja com alguma vacina atrasada;

Participar e/ou conduzir ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;

Incentivar a participação do homem nas consultas de sua família, pré-natal, puericultura, ginecológica, entre outras;

Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar o homem para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;

Realizar atendimento domiciliar, caso necessário, para acompanhar o homem em alguma moléstia.

2.3 Atribuições do Enfermeiro

Acolher de maneira integral e humanizada e fazer com que o homem sinta-se parte do serviço;

Realizar a consulta de enfermagem e encaminhar para o(a) médico(a) caso necessário;

Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de saúde do homem;

Orientar quanto a vacinação;

Realizar exame clínico das mamas e região genital a fim de prevenir cânceres, em alguns casos pode solicitar acompanhamento de um profissional da ESF;

Participar e/ou conduzir ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;

Realizar atendimentos domiciliares caso necessário;

Atentar quanto à estética da ESF para que não fique voltada somente para o público feminino;

Solicitar busca ativa do homem, caso necessário;

Em caso de IST, encaminhar para o médico da ESF, orientar quanto ao uso de preservativo, proceder à notificação dos casos que for de notificação compulsória, encaminhar para o Centro de Testagem e Aconselhamento DST-AIDS e Hepatites Virais, os casos que demandarem;

Incentivar a participação do homem nas consultas de sua família, pré-natal, puericultura, ginecológica, entre outras.

2.4 Atribuições do Médico

Acolher de maneira integral e humanizada e fazer com que o homem sinta-se parte do serviço;

Realizar exame clínico das mamas e região genital a fim de prevenir cânceres;

Participar e/ou conduzir ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;

Realizar atendimentos domiciliares caso necessário;

Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;

Encaminhar para atenção secundária, caso necessário;

Prescrever medicamento para IST, orientar quanto ao uso de preservativo proceder a notificação dos casos que for de notificação compulsória, encaminhar para o Centro de Testagem e Aconselhamento DST-AIDS e Hepatites Virais, os casos que demandarem;

Incentivar a participação do homem nas consultas de sua família, pré-natal, puericultura, ginecológica, entre outras.

3 ATENDIMENTO À POPULAÇÃO MASCULINA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ASSISTÊNCIA AO HOMEM DE 20 A 59 ANOS

De acordo com PNAISH (2009) a assistência nas Unidades Básicas de Saúde compreende uma série de ações sistemáticas englobando:

- a) O acesso, o acolhimento e a recepção do usuário;
- b) Consulta de enfermagem e ou médica com avaliação holística progressivamente integral da situação de saúde do indivíduo, família e comunidade; realização das intervenções; avaliação dos cuidados e anotações no prontuário.

3.1 Acesso e acolhimento da população masculina

Dentre os principais desafios atuais da Atenção Básica à Saúde (ABS), enquanto um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se o acesso e acolhimento da população masculina nos serviços de saúde, uma vez que, historicamente, o homem não possui o hábito de procurar assistência primária à saúde e os profissionais encontram dificuldades em realizar estratégias de sensibilização e acolhimento dessa clientela (BRASIL, 2009).

4 CONSULTA DA POPULAÇÃO MASCULINA – MÉDICA E/OU DE ENFERMAGEM

4.1 Anamnese

Características sociodemográficas: identidade de gênero, orientação sexual (heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, transsexualidade e assexualidade); idade, cor/raça, escolaridade, profissão, ocupação, naturalidade, procedência, estado civil, renda familiar, descrição da moradia e religião.

Antecedentes familiares: relato familiar de Hiperplasia Benigna Prostática (HBP), câncer de próstata, doenças cardiovasculares (Hipertensão Arterial Sistêmica, Aterosclerose, Infarto Agudo do Miocárdio), renais, autoimunes e endócrinas (Diabetes *Mellitus*), obesidade e etilismo.

História de saúde pregressa: comorbidades transmissíveis e não transmissíveis, alergias, cirurgias, tabagismo, uso de álcool e outras drogas, hábitos e vícios (abandono), sedentarismo e atividade física, internação por causas externas (acidentes de transporte, quedas, afogamentos, intoxicação, queimaduras, acidente com animais peçonhentos, exposição à radiação e violência), tratamento dentário, imunização, uso de medicamentos,

polifarmácia, doenças da infância e/ou adolescência, fotoproteção solar, conhecimento prévio da doença e adesão à terapêutica.

Antecedentes uro-andrológicos: sexarca, uso de métodos contraceptivos, contracepção, uso de preservativo com parceira fixa e não fixa, número de filhos, auto exame testicular e de mama, uso de próteses (silicone), antecedentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), histórico de disfunção erétil, infertilidade e uso de hormônios, fimose, ginecomastia, priapismo, varicocele, atividade sexual, libido, história de cirurgia, trauma renal, uretral e de genitália externa, infecção urinária, incontinência urinária, história de toque prostático (retal), níveis de testosterona, data e motivo da última visita à unidade de saúde, diurese.

Queixa principal: investigar holisticamente as características de problemas relatados (início, duração, intensidade, fatores agravantes e minimizadores).

Doença ou preocupação de saúde atual: não subestimar a clínica e a preocupação do homem. Acolher os homens, valorizando sua capacidade, escutando suas demandas e sugestões (escuta sem juízo de valores de ordem pessoal e moral), oferecendo apoio nas situações difíceis e incentivando-os a cuidar da própria saúde.

Perfil do homem: percepção de masculinidade, vulnerabilidade, identidade de gênero e orientação sexual, satisfação com o emprego, lazer, ambiente interpessoal e cultural, relacionamento familiar e sistema de apoio, autocuidado, padrão de estilo de vida, autoimagem, autorrealização, autoconceito e filosofia de vida.

Cuidador: verificar presença e grau de dependência do cuidador formal ou informal.

4.2 Avaliação de risco

Calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC): o IMC é definido como o peso do homem em quilos dividido pelo quadrado da sua altura em metros ($IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$) (WHO, 2000).

Quadro 18 - Valores de IMC com as respectivas classificações e riscos de comorbidade para homens

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m ²)	RISCO DE COMORBIDADE
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5 a 24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25,0	-
Pré-obesidade	25,0 a 29,9	Aumentado
Obesidade classe I	30,0 a 34,9	Moderado
Obesidade classe II	35,0 a 39,9	Grave
Obesidade classe III	≥ 40,0	Muito grave

Fonte: WHO (2000).

Verificar e registrar a circunferência abdominal: realiza-se a medida em cm da circunferência abdominal no maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca (WHO, 2003).

Quadro 19 - Circunferência abdominal e risco de complicações metabólicas associadas com obesidade em homens

IDADE (anos)	BAIXO RISCO (cm)	MODERADO RISCO (cm)	ALTO RISCO (cm)	ELEVADO RISCO (cm)
20 a 29	< 0,83	0,83 a 0,88	0,89 a 0,94	> 0,94
30 a 39	< 0,84	0,84 a 0,91	0,92 a 0,96	> 0,96
40 a 49	< 0,88	0,88 a 0,95	0,96 a 1,00	> 1,00
50 a 59	< 0,90	0,91 a 0,98	0,97 a 1,02	> 1,02

Fonte: WHO (2003).

4.3 Exame físico geral

Hidratação e nutrição: verificar estado de hidratação: turgor da pele, ressecamento, etc. Investigar quantidade de água e líquidos ingeridos por dia; avaliar estado nutricional, hábitos alimentares, etc.

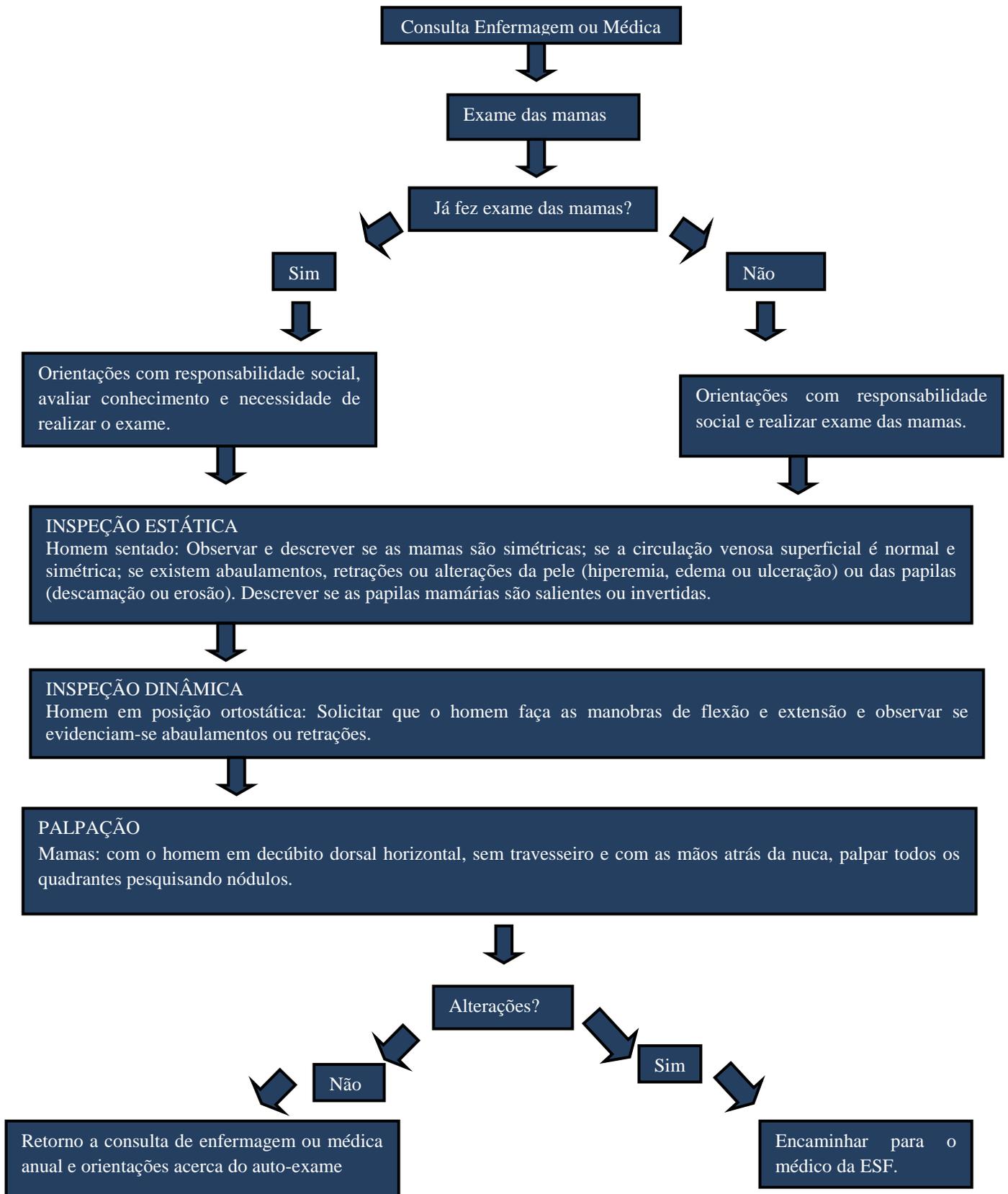
Oxigenação: cianose, perfusão tissular periférica, etc.

Sono e repouso: verificar prática regular de exercícios e atividade física, locomoção, recreação, lazer e participação; investigar padrão de sono, insônia.

Inspeção e palpação da cabeça e pescoço: observar alopecia, dentição prejudicada, presença de estomatites, saburra, percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa.

Exame das mamas: realizar a avaliação das mamas, com base na inspeção estática e dinâmica e palpação.

Fluxograma 5 - Fluxo para exame de prevenção ao câncer de mama masculino – consulta andrológica

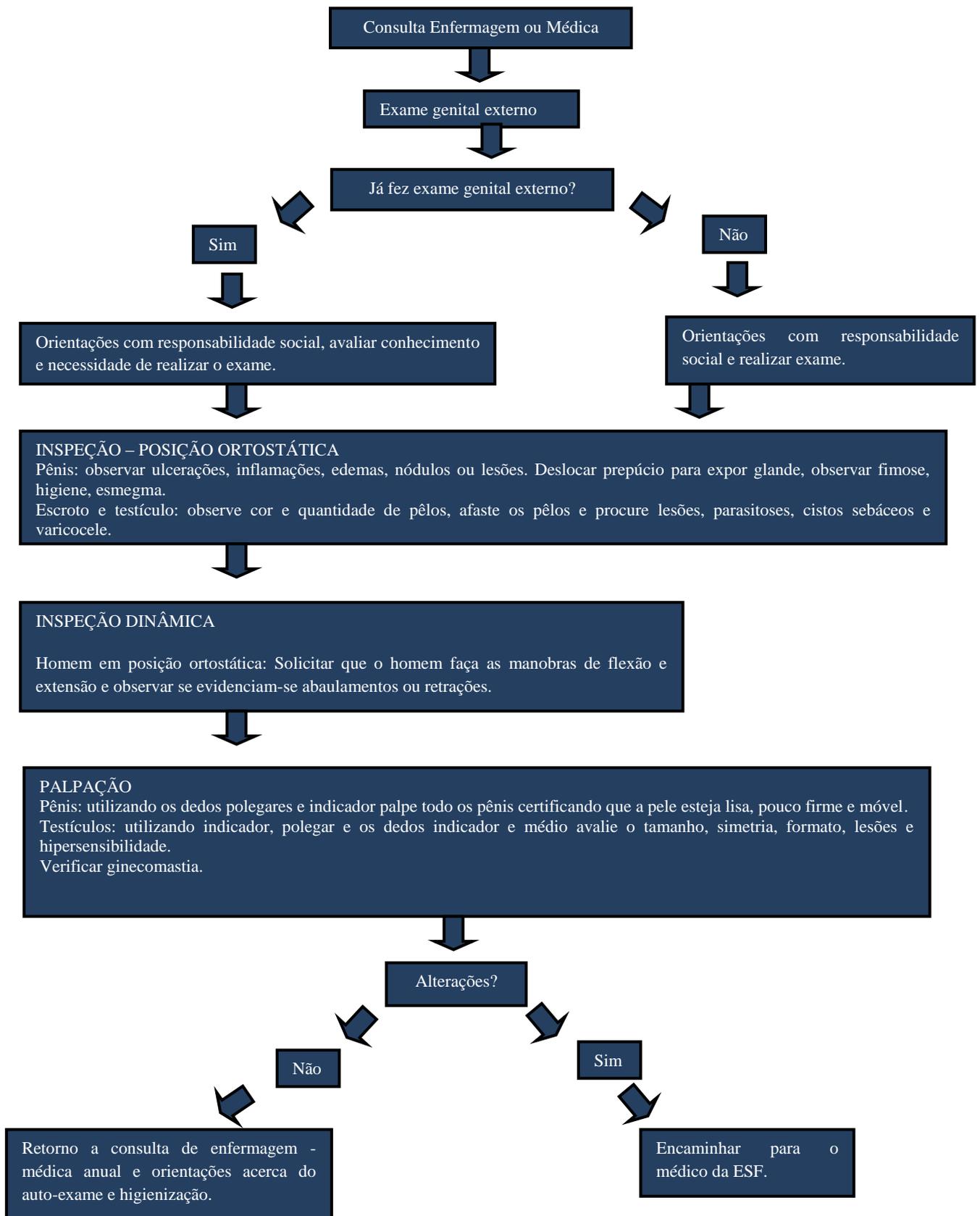


Exame cardíaco: realizar ausculta cardíaca.

Exame abdominal: Inspeção estática e dinâmica 2- Ausculta 3- Percussão 4 – Palpação.

Exame genital externo masculino: embora os homens e os profissionais de saúde não tenham o hábito de realizarem o exame do genital externo, esse auto-cuidado é necessário para a prevenção e detecção precoce de câncer de pênis e testículo que tem aumentado, consideravelmente, nos últimos anos (BRASIL, 2013b).

Fluxograma 6 - Fluxo homem com câncer de pênis e testículo



Fonte: Conselho Regional De Enfermagem De Goiás (2014).

4.4 Solicitação de exames pelo enfermeiro ou médico da ESF

- PSA (Antígeno Prostático Específico) (rastreamento - homem acima de 50 anos e acima de 45, obesos, negros e que tem história familiar de câncer de próstata solicitar anualmente) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2013).

- Testosterona

- Hemograma completo

- Glicemia de Jejum

- Colesterol e triglicerídeos

- Urina rotina e urocultura

- Creatinina e ácido úrico

- TGO (transaminase glutâmico-oxalacética) e TGP (transaminase glutâmico-pirúvica).

OBS: A solicitação de exames pelo enfermeiro tem por objetivo orientar a sua conduta e é amparado legalmente pela resolução COFEN N° 195/97 e serão realizados anualmente.

Caso o exame tenha resultado alterado, não podendo ser tratado pelo enfermeiro deverá ser encaminhado para o médico.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline; ALMEIDA, Clodoaldo da Silva. **Protocolo Assistencial em Saúde do Homem**. Elaboração Técnica. – Aline Albuquerque - Responsável técnica em saúde do homem. Clodoaldo da Silva Almeida – Responsável técnico distrital em saúde do homem – 2016.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 20 de fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Brasil: Conselho Federal de Enfermagem. Acesso em: 10 jan de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1944 de 27 de agosto de 2009. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 10 de jan. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução COFEN-195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro**. Rio de Janeiro, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução COFEN-271/2002 – Revogada pela Resolução COFEN--317/2007. **Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames**. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2009. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. Organizadores Claci Fátima Werich Rosso...[et al.]. – Goiânia, 2014. 336p.

JULIÃO, Gésica Graziela; WEIGELT, Leni Dias. **Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família.** Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2400/1743>>. Acesso em: 10 dez de 2015.

LEAR, SA *et al.* Modification of relationship between simple antropometric indices and risk factors by ethnic background. **Metabolism.** 52(1):1295-301, 2003.

MEDEIROS, Renata Livia Fonseca Moreira de. **Dificuldades estratégias de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013, 73p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás.** Organizadores: Claci Fátima Weirich Rossi, *et al.* Goiânia, 2014. 336p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Constituição 1946.** Disponível em <[http://www.onuportugal.pt/"oms.doc](http://www.onuportugal.pt/)>. Acesso em 11 de junho de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). **Prevenção Médicos aumentam idade mínima para exame de próstata de 45 para 50 anos.** Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/medicos-aumentam-idade-minima-para-exame-de-prostata-de-45-para-50-anos>>. Acesso em: 20 fev de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. 256p. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>. Acesso em: 20 fev de 2016.

5 PROTOCOLO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

1 INTRODUÇÃO

Com a reforma psiquiátrica, passamos hoje por uma expansão da rede de cuidado em saúde mental extra-hospitalar, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos de atenção integral à saúde mental (em hospitais gerais), a saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), dentre outros (HIRDES; SCARPARO, 2015).

A Atenção Básica é a porta de entrada das pessoas ao Sistema de Saúde, inclusive daquelas que requerem um cuidado em saúde mental. Pelo fato das ações serem desenvolvidas em um espaço geográfico conhecido pelos profissionais de saúde que ali atuam, possibilita manter um vínculo com a comunidade e conhecer sua história de vida. O cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa (BRASIL, 2013).

A ESF, estando inserida na comunidade, por conhecer a vivência da população adscrita busca desenvolver ações de saúde direcionadas a real necessidade desta, utilizando-se de recursos existentes para implementar ações que visam a promoção da saúde mental buscando um bem estar coletivo (SILVA *et al.*, 2016).

2 Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

A Política Nacional de Saúde Mental (2001) busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas.

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

A Rede de Atenção Psicossocial em Diamantina-MG é constituída pelos seguintes componentes (CNES, 2016):

- I - atenção básica em saúde: Unidades Básicas de Saúde
- II - atenção psicossocial especializada: CAPS II Renascer e CAPS AD
- III - atenção de urgência e emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Pronto Atendimento
- IV - atenção hospitalar: Enfermaria Especializada na Santa Casa de Caridade

No município a RAPS está em processo de consolidação, não possuindo ainda todos os pontos de atenção, por isso, os profissionais buscam potencializar os recursos existentes em parceria e corresponsabilidade com a Estratégia de Saúde da Família e ações intersetoriais no intuito de melhorar a abordagem, o acolhimento, o tratamento e o encaminhamento a essa clientela, visando qualificar o atendimento.

3 SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA-MG

3.1 Centro de Atenção Psicossocial tipo II – CAPS Renascer

Segundo Diamantina, o CAPS II Renascer é um serviço de atendimento diurno, 7:00 às 17:00 horas, às pessoas com transtorno mental grave e/ou severo em situações de risco, sendo maiores de 18 anos, a fim de realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O serviço conta com a equipe multidisciplinar: assistente social, farmacêutico, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, técnico de Enfermagem que desenvolvem:

Atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

Atendimentos em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

Oficinas terapêuticas (jornal, biscuit, corte e costura, entre outras);

Atendimentos domiciliares;

Atividades comunitárias enfocando a inclusão social do portador de transtorno mental na comunidade e sua inserção familiar e social, como também o atendimento à família.

Ressalta-se que quando o paciente está estável, com bom convívio social, em uso adequado da medicação, fora de situação de risco ele entra no processo de alta do serviço. Toda alta é advinda de avaliação clínica e ocorre com corresponsabilização da equipe, família e paciente, buscando a melhoria de qualidade de vida.

Ressalta-se que todo paciente em alta deve ser acompanhado de forma integral pela ESF. Em caso de episódios de crise o paciente deverá ser encaminhado para o CAPS tipo II Renascer ou AD, conforme demanda, para novo acolhimento e conduta terapêutica.

3.2 Centro de atenção psicossocial álcool e drogas

Segundo Diamantina, o CAPS ad é um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, atendimento diurno, 07:00 às 17:00 horas, a pacientes com transtornos

decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, sendo maiores de 18 anos, a fim de realizar o acompanhamento clínico.

O serviço conta com a equipe multidisciplinar: assistente social, farmacêutico, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, técnico de Enfermagem que desenvolvem:

Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

Visitas e atendimentos domiciliares;

Atendimento à família;

Atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

Atendimento de desintoxicação.

3.3 Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Pronto Atendimento

Os serviços de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu campo de atuação, por acolher, proceder a classificação de risco e cuidar nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011).

3.4 Enfermaria especializada

A enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas (BRASIL, 2011).

Atualmente a Santa Casa de Caridade de Diamantina dispõe de 05 leitos para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (CNES, 2016).

4 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

4.1 Atribuições comuns a todos os profissionais

Escutar o que o paciente precisa e quer dizer.

Oferecer suporte de maneira que não torne o paciente dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.

Reconhecer o que o paciente é capaz de compreender.

Colocar em prática a habilidade da empatia.

Acolher o paciente e suas queixas emocionais.

Fazer uso de uma boa e efetiva comunicação.

Propiciar ao paciente um momento para pensar/refletir.

Usar o bom senso a fim de analisar o grau de permanência do paciente na unidade, acolhendo-o com critério sem considerar a ordem de chegada.

Promover ações de promoção, prevenção e cuidado na saúde mental e para pessoas com necessidade devido ao uso de álcool e outras drogas, reduzindo danos para os mesmos.

4.2 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Realizar e participar de grupos com os demais profissionais da equipe;

Realizar visita domiciliar e orientar a família e o paciente;

Identificar os portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio;

Incentivar a comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de transtorno mental;

Encaminhar a unidade de saúde aqueles não tratados ou desestabilizados.

4.3 Atribuições do Enfermeiro / Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem

Atender o paciente e/ ou familiar para orientação e administração (quando necessária) da medicação psicotrópica prescrita;

Promover orientação sobre cuidado geral e integral à saúde e atividades da vida diária aos pacientes e familiares;

Realizar e participar de grupos com os demais profissionais da equipe;

Realizar atendimentos domiciliares, quando verificada a necessidade.

4.4 Atribuições do médico

Realizar e participar de grupos com os demais profissionais da equipe;

Atender integralmente o paciente e a família;

Prescrever ou realizar trocas de receita, quando necessário;

Realizar atendimentos domiciliares, quando necessário.

5 ACOLHIMENTO

O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o paciente. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da Unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a paciente e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a ESF está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços (BRASIL, 2013).

Esses encontros com os pacientes oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Com esse conhecimento, a equipe de Saúde tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como os mais necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade (BRASIL, 2013).

6 ATENÇÃO À FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADO

A família tem ocupado espaço de destaque na constituição e na resolução dos problemas relacionados à saúde individual e coletiva. A reunião de família em saúde mental tem por objetivo fazer uma escuta acolhedora, de fortalecê-la para reaprender a cuidar de si e instrumentalizá-la no cuidado ao seu familiar (BRASIL, 2013).

7 CONSULTA DE ENFERMAGEM E MÉDICA

Ouvir o paciente cuja queixa traduz essencialmente sua necessidade de ajuda para um problema emocional;

Acompanhar o paciente, procurando pensar como ele e na razão dos seus problemas ajudando - o a criar possíveis formas de enfrentá-los;

Realizar o acolhimento dos pacientes em crise, evitando rotulá-los como pacientes agressivos e chatos privando-os de seus direitos de procurar a assistência, ou seja, admitir os portadores de sofrimento mental em caso de gravidade, encaminhando-os se necessário ou marcando outro horário de atendimento;

Não forçar o paciente a deixar, de um dia para o outro, o medicamento que sempre utilizou, mas ponderar com ele os riscos e as desvantagens desse uso;

Não repetir sem critério condutas e receitas;

Acolher os pacientes portadores de depressão ou que procuram o serviço trazendo receitas de medicamentos direcionados ao tratamento da mesma sabendo que são pessoas que estão atravessando momentos difíceis de vida;

Evitar utilizar tanto quanto possível o recurso dos psicofármacos, e, se necessário, usá-los de forma criteriosa;

No momento do acolhimento o enfermeiro deve verificar se o paciente apresenta problemas psíquicos cuja gravidade justifica um encaminhamento para a Saúde Mental, por isso o diagnóstico deve ser levado em conta, pois, portadores de neuroses e psicoses graves formam a maior parte da clientela.

7.1 Em caso de encaminhamento o profissional deve

Avaliar o paciente, encaminhar adequadamente o paciente por meio de contato pessoal ou telefônico, seguido do preenchimento do encaminhamento de referência que deve ser feito explicando o porquê e quando solicita o atendimento. Deve-se seguir o Fluxo de Atenção em Saúde Mental para os municípios da Microrregião Assistencial de Saúde de Diamantina (Fluxograma 7) e preencher os requisitos nele disposto.

Fluxograma 7- Fluxo de Atenção em Saúde Mental para os municípios da Microrregião Assistencial de Saúde de Diamantina

Usuário é identificado na visita domiciliar ou acolhido na Unidade Básica com o seguinte perfil:

Desvitalização intensa (o paciente não se levanta da cama, não toma banho, não conversa, etc).

Inquietude psicomotora acentuada (o paciente anda de um lado para o outro, não para quieto, mexe nas coisas, etc).

Desorganização da fala (o paciente diz coisas que não fazem sentido, muda de um assunto para outro completamente diferente, etc).

Desorganização do comportamento (não consegue cuidar de si e das próprias coisas; adquire atitudes e hábitos extravagantes).

Ruptura com as atividades habituais (não vai mais à escola ou ao trabalho, não cuida mais da casa, perde o interesse por atividades que apreciava antes).

Isolamento acentuado (passa a maior parte do tempo no quarto, afasta-se do convívio familiar e social).

Errância (fugas de casa, mudanças de cidade, andanças pelas ruas ou estradas)

Atividade delirante-alucinatoria (o paciente sente-se perseguido, tem seus pensamentos adivinhados, ouve vozes, etc).

Perda de controle sobre os próprios pensamentos e atos (o paciente sente-se teleguiado, as vozes o mandam fazer coisas que não quer, seus pensamentos lhe são impostos, etc).

Perturbação de funções vitais, como a alimentação e o sono.

Situações de risco para o paciente ou terceiros (o paciente fala e faz coisas que o expõem muito ou o colocam em risco: envolve-se em sérios conflitos com a família e os vizinhos, fala e age de forma muito bizarra; ameaça ou tenta auto-extermínio; ameaça ou agride outras pessoas).

Uso crônico de benzodiazepínicos ou antidepressivos;

Egressos de serviços de saúde mental (CAPS, ambulatório CISAJE, Hosp. Psiquiátrico).

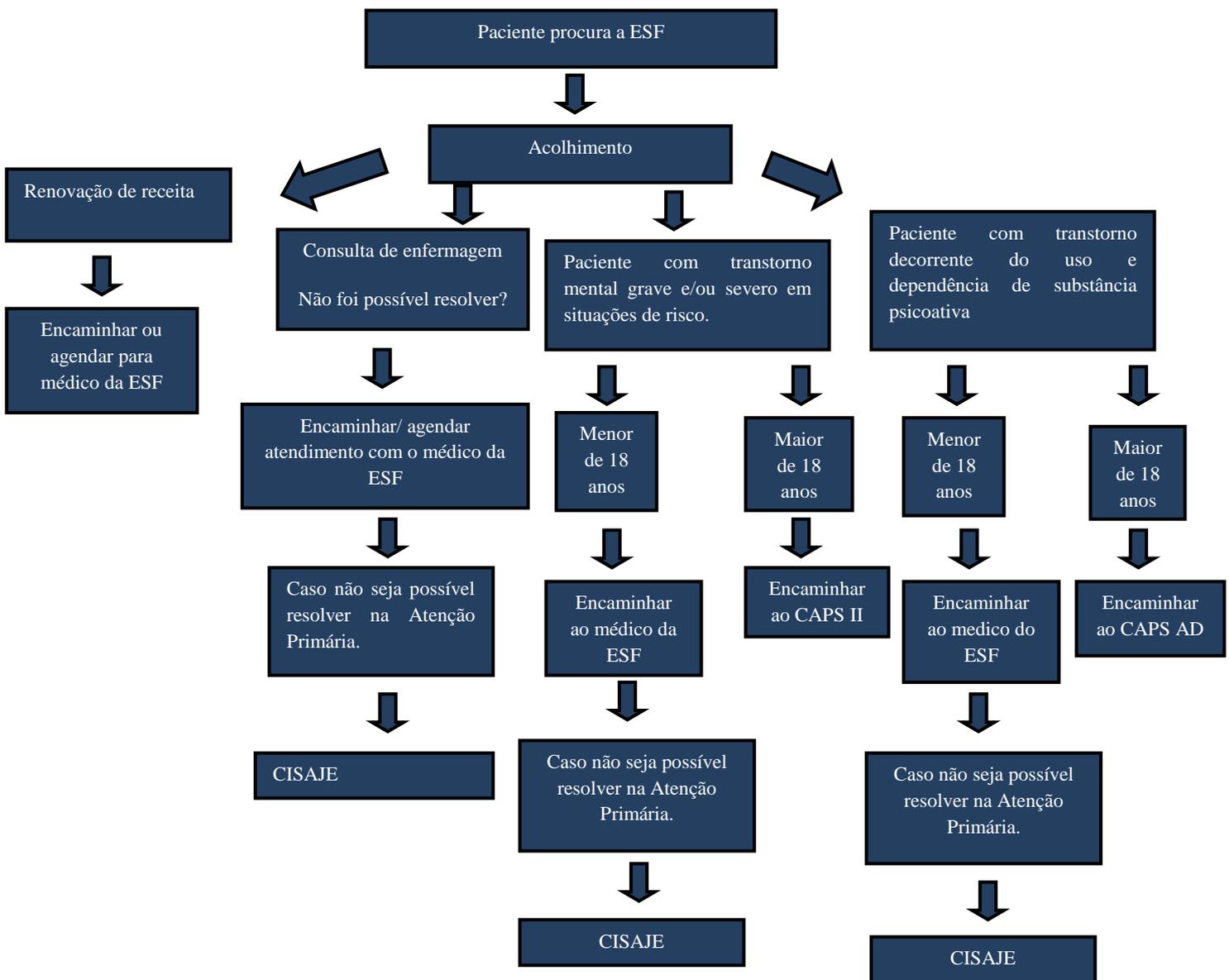
Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS



8 PROMOÇÃO DA SAÚDE: PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

Toda equipe deverá realizar frequentemente práticas educativas com temas diversificados para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Fluxograma 8 - Fluxo de atendimento ao paciente de saúde mental



9 CASOS ENCAMINHADOS AOS CAPS's DO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA-MG

Para que o paciente seja acolhido no CAPS II e AD, os usuários necessitam de encaminhamento via referência/contra referência para iniciarem o tratamento, pois existem diversos transtornos mentais que necessitam apenas de uma escuta mais cuidadosa, não havendo a necessidade de inserção em tratamento no CAPS II, e será contra referenciado para a APS novamente, para acompanhamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências** [Internet]. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em 20 ago de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. **Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>. Acesso em: 14 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde – CNES.** Estabelecimento de Saúde do município: Diamantina. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 07 jun de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 14 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental.** Brasília, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 2003.

DIAMANTINA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial. **Fluxo de Atenção em Saúde Mental para os municípios da Microrregião Assistencial de Saúde de Diamantina**. 2010.

DIAMANTINA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial. **Manual de rotina**.

DRUMMOND Junior, Marcelo Arinos. **Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde [manuscrito] investigando uma experiência de saúde mental na atenção**, 2009.

HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 383-393, Feb. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200383&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Junho 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES). **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Belo Horizonte.

SILVA, G.R. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: percepções da equipe de saúde da família. **Cogitare Enferm.**; 21(2): 01-08. Abr/jun 2016.

6 PROTOCOLO NA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta custos médicos e socioeconômicos altos, resultante principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades, por ter uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica é vista como um dos mais importantes problemas de saúde pública, sendo um dos principais fatores de risco modificável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os esforços de prevenção, diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial tem sido uma preocupação do sistema nacional de saúde brasileiro. Os progressos no diagnóstico e no tratamento desempenham importante papel no declínio da morbimortalidade desses pacientes nos últimos anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

2 ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM O PACIENTE HIPERTENSO

2.1 Atribuições comuns a todos os integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Acolher de forma responsável e humanizada o paciente;

Manter o cuidado dos indivíduos, mesmo quando esses necessitam de atendimentos em outros níveis de atenção;

Desenvolver atividades de promoção à saúde;

Estabelecer estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento e o vínculo à ESF.

2.2 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção;

Encaminhar para rastrear a hipertensão arterial os indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos uma vez por ano, mesmo naqueles sem queixas;

Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados com suspeitas de serem portadores de hipertensão;

Verificar o comparecimento dos pacientes e hipertensos às consultas agendadas na unidade;

Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso, se está tomando com regularidade os medicamentos e cumprindo as orientações da dieta, atividade física, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas;

Manter atualizado o caderno do ACS - pacientes hipertensos;

Registrar na sua ficha de acompanhamento o diagnóstico de hipertensão de cada membro da família com idade superior a 20 anos;

Desenvolver atividades educativas de promoção da saúde, com pacientes hipertensos.

2.3 Atribuições do Auxiliar ou técnico de enfermagem

Verificar os níveis de pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal em indivíduos da demanda espontânea ou agendada a unidade de saúde;

Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas a alimentação e a prática de atividade física rotineira;

Orientar as pessoas sobre os fatores de risco cardiovasculares, em especial aqueles ligados à hipertensão e diabetes;

Agendar e reagendar consultas médicas e de enfermagem para os casos indicados;

Registrar anotações;

Cuidar dos equipamentos (esfigmomanômetro) e solicitar sua manutenção ao enfermeiro, quando necessário;

Realizar atendimento domiciliar quando necessário;

Acolher o paciente hipertenso que procura a unidade sem agendamento prévio;

Desenvolver atividades educativas de promoção da saúde, com pacientes hipertensos.

2.4 Atribuições do Enfermeiro

Capacitar e delegar atividades aos auxiliares, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Supervisionar de forma permanente suas atividades de atendimento ao cliente hipertenso;

Solicitar exames complementares, quando necessário;

Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando ao médico quando necessário;

Desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com pacientes hipertensos;

Realizar estratificação de risco e se necessário encaminhar ao CEAE;

Estabelecer junto com a equipe estratégias que possam favorecer a adesão (ex: grupos de hipertensos);

Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, não controlados, portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos) ou com comorbidades;

Encaminhar para o serviço de urgência do município pacientes com urgência-emergência hipertensiva, caso não tenha médico na ESF;

Acolher o paciente hipertenso que procura a unidade sem agendamento prévio;

Supervisionar os recursos materiais e condições do ambiente para a assistência às pessoas hipertensas;

Realizar atendimento domiciliar quando necessário;

Repetir a medicação de indivíduos controladas e sem intercorrências (conforme parecer do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais – Anexo A).

2.5 Atribuições do Médico

Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação de fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando a estratificação do portador de hipertensão;

Realizar atendimento domiciliar quando necessário;

Solicitar exames complementares, quando necessário;

Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso;

Prescrever tratamento não medicamentoso e medicamentoso;

Programar com a equipe estratégias para educação do paciente;

Encaminhar para a unidade de referência secundária e terciária, as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes de órgãos-alvo, com suspeitas de causas secundárias e aqueles em urgência/emergência hipertensiva;

Desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com pacientes hipertensos;

Realizar estratificação de risco e se necessário encaminhar ao CEAE;

Anotar no prontuário todas as condutas inerentes ao paciente.

3 FATORES DE RISCO PARA HAS

Segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), são fatores de risco para HAS:

Idade: a prevalência de HAS é superior a 60% em indivíduos acima de 65 anos.

Gênero e etnia: a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor negra.

Excesso de peso e obesidade: o excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens e a obesidade central também influencia na pressão arterial (PA).

Ingestão de sal: a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA.

Ingestão de álcool: a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial assim como a mortalidade cardiovascular em geral.

Sedentarismo: a prática de atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de Doença Cardiovascular (DVC).

Genética: predisposição genética

Outros fatores de risco cardiovascular: a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável

4 PREVENÇÃO PRIMÁRIA – RASTREAMENTO DE CASOS/BUSCA ATIVA

Todo paciente com 18 anos de idade ou mais, que procurar a ESF, seja para consulta, procedimentos, dúvidas, entre outros, caso não tenha registro no prontuário de verificação da pressão arterial (PA), nos últimos dois anos, deverá ser verificado e registrado no prontuário (BRASIL, 2013).

A primeira verificação deverá ser feita em ambos os braços, e a partir da média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser novamente verificada:

- PA menor que 120/80 mmHg: em dois anos (BRASIL, 2006);
- PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem fatores de risco para doença cardiovascular: anualmente (CHOBANIAN *et al.*, 2003);
- PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para DCV: semanalmente, em mais dois momentos.

4.1 Medida da pressão arterial

Para esse procedimento, alguns cuidados são importantes como: tipo do equipamento/ calibragem preparo apropriado do paciente, uso da técnica padronizada. Tipo do equipamento/calibragem.

A medida da PA realizada pelo método indireto com uso do esfigmomanômetro coluna de mercúrio e/ou aneróide, calibrados por órgãos de rede brasileira responsável (Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO).

O paciente deve estar sentado, com o braço apoiado e à altura do precórdio.

Medir após cinco minutos de repouso.

Questionar quanto ao uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos antecedente a verificação.

O manguito deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço.

Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30 mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.

Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg).

A pressão sistólica corresponde ao valor em que começarem a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff (fase I).

A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V).

Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (Exemplo: 135/85 mmHg).

A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente.

Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência).

Quadro 20 - Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

* O efeito do avental branco – É a diferença de pressão obtida entre a medida registrada no consultório e fora dele \geq a 20 mmHg na pressão sistólica e 10 mmHg na diastólica - (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Quadro 21 - Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes

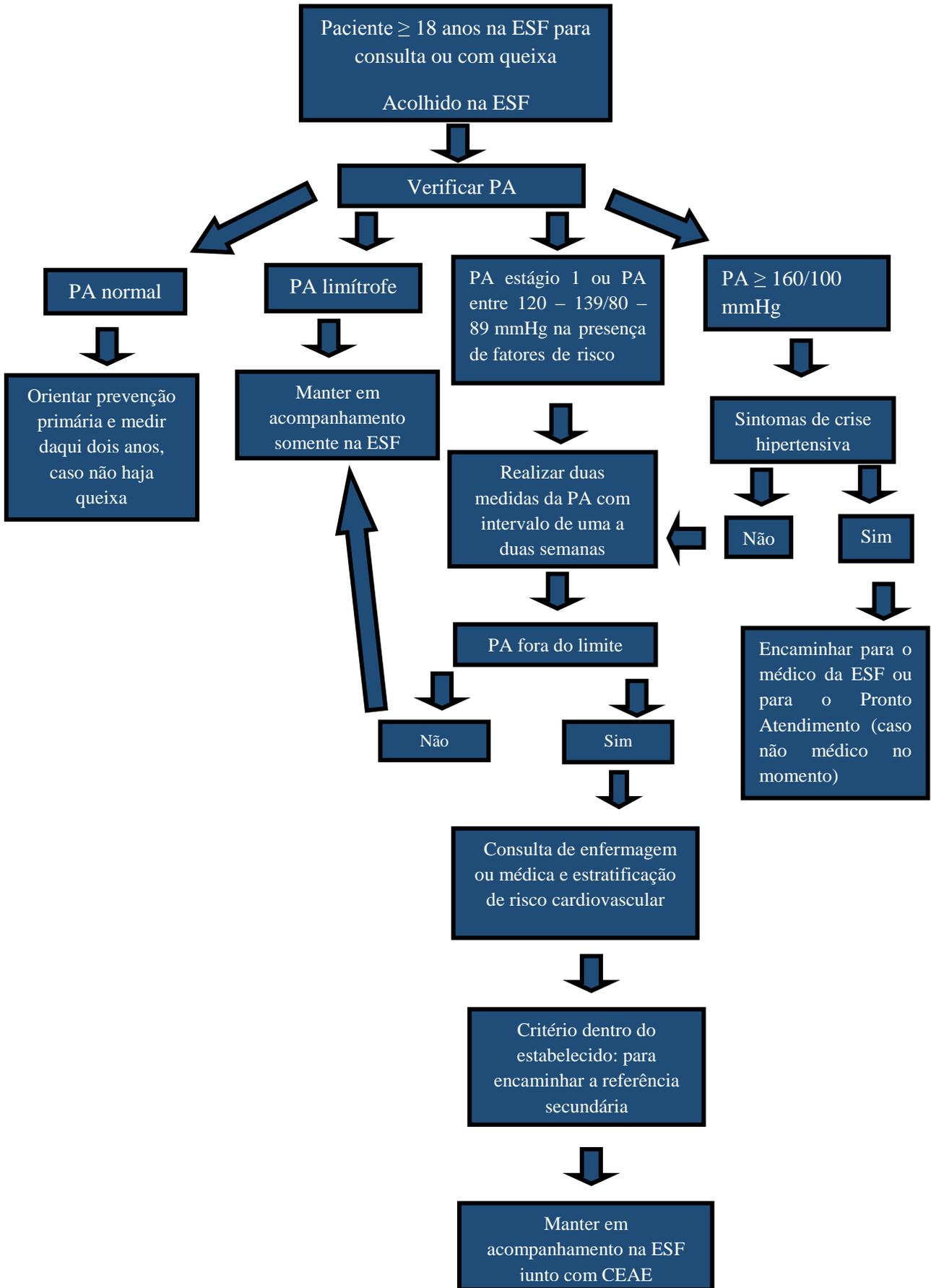
Classificação	Percentil* para PAS e PAD	Frequência de medida da Pressão Arterial
Normal	PA <percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica agendada
Limítrofe	PA entre percentis 90 a 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg sempre <percentil 90 até <percentil 95	Reavaliar em 6 meses
Hipertensão Estágio 1	Percentil 95 a 99 mais 5 mmHg	Paciente assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada encaminhar médico da ESF para avaliação diagnóstica Paciente sintomático: encaminhar médico da ESF para avaliação diagnóstica
Hipertensão Estágio 2	PA > Percentil 99 mais 5 mmHg	Encaminhar médico da ESF para avaliação diagnóstica
Hipertensão do avental branco	PA > Percentil 95 ---	---

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

* Para idade, sexo e percentil de estatura (Anexo B e C)

A medida da PA em crianças deve respeitar as padronizações estabelecidas para adultos, e deve ser realizada anualmente na avaliação clínica, a partir dos três anos de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Fluxograma 9 – Fluxo de rastreamento e diagnóstico de HAS



5 CONSULTA DE ENFERMAGEM E/OU MÉDICA AO HIPERTENSO

A consulta de enfermagem e/ou médica deve contemplar as seguintes etapas: histórico, exame físico, diagnóstico das necessidades de cuidado da pessoa, planejamento da assistência, implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado incluindo a avaliação contínua e conjunta com a pessoa envolvendo a família, em todo o processo de tratamento e de apoio ao autocuidado) (BRASIL, 2013).

5.1 Histórico

Deve-se ter uma coleta de informações detalhada em relação a pessoa, a família e ao ambiente que vive, com o intuito de identificar seus problemas, preocupações, dúvidas, suas necessidades e a reação em relação a doença e tratamento.

5.2 Exame físico

- Deve-se realizar a coleta de dados antropométricos, ou avaliá-los (Peso, altura, circunferência abdominal, calcular IMC).
- Deve-se aferir sinais vitais ou avaliá-los.
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas).
- Tórax (ausculta pulmonar) e abdômen.
- Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico).
- Membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).
- Alterações de visão.

5.3 Solicitação de exames para hipertensos pelo enfermeiro ou médico da ESF

- Hemograma
- Urina
- Creatinina sérica
- Potássio sérico
- Sódio
- Glicemia de jejum
- Colesterol total e frações
- Triglicerídeos
- Ácido úrico
- Ureia
- Eletrocardiograma e fundoscopia (somente deverá ser solicitado pelo médico).

Outros exames complementares poderão ser solicitados a critério médico.

A implementação do cuidado deverá ser realizada de acordo com a realidade vivenciada pelo paciente, com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, em cada consulta.

Caso o exame tenha resultado alterado, não podendo ser tratado pelo enfermeiro deverá ser encaminhado para o médico.

5.4 Tratamento da HAS

O tratamento da HAS inclui as seguintes estratégias: educação em saúde, modificações dos hábitos de vida, envolvimento do indivíduo no processo terapêutico e, quando necessário, tratamento medicamentoso.

Quadro 22 - Rotina de acompanhamento do hipertenso na ESF – Estratificação de Risco de Framingham

	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
Visitas domiciliares da ACS	1/mês	1/mês	1-2/mês
Ações coletivas	Mensal ou bimestral	Mensal ou bimestral	Mensal ou bimestral
Consultas de enfermagem	1/ano	2/ano	3/ano
Consultas médicas	1/ano	2/ano	3/ano

Fonte: Brasil (2013).

5.5 Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso é fundamental para o controle não só, mas também da HAS, e envolve mudanças no estilo de vida.

O paciente deve ser continuamente estimulado a:

Reduzir consumo de bebidas alcoólicas: Existe uma relação entre a alteração da PA e ingestão de álcool, uma quantidade de etanol maior ingerida eleva a PA e associa-se a morbimortalidade cardiovascular. O consumo diário de 30g de etanol (duas doses de destilados, duas latas de cerveja ou dois copos de vinho) pode elevar a PA do homem e no caso de mulher metade desse valor provoca um aumento.

Suspender o hábito de fumar: O tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças graves, incapacitantes e fatais, incluindo as cardiovasculares. O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à

profundidade da inalação. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito, por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas.

Convidar o paciente a participar do Grupo de Tabagismo realizado na ESF, pois, é uma proposta de assistência estruturada, seletiva, que visa tornar o indivíduo agente de mudança de seu comportamento de vida.

Educação em saúde/grupos: A implementação da educação em saúde pode ser realizada de forma individual ou coletiva, e pode ser realizado por qualquer membro da equipe.

Após os grupos operativos poderá ser feito a troca de receitas.

5.5.1 Dez passos para uma alimentação saudável para hipertenso

Passo 1: Estabeleça horários para as refeições distribuindo-as pelo menos em 5 a 6 refeições/dia. Evite pular as refeições, pois assim não ficará sem se alimentar por muito tempo e evitará comer “dobrado” quando for se alimentar.

Passo 2: Procure consumir tipos variados de legumes, verduras e frutas.

Passo 3: Tente escolher alimentos ricos em fibras, como: verduras, frutas e legumes, leguminosas (feijões), cereais integrais como arroz, pão e farinhas (aveia, trigo etc).

Passo 4: Tente evitar os alimentos ricos em açúcares como doces, refrigerantes, chocolates, balas e outras guloseimas.

Passo 5: Procure consumir pouco sal de cozinha; evite alto teor de sal, temperos prontos e alimentos industrializados.

Passo 6: Prefira temperos naturais como salsa, coentro, cebolinha e orégano, especiarias e limão para tornar as refeições mais saborosas. Habitue-se a não usar o saleiro à mesa.

Passo 7: Procure diminuir o consumo de gordura (manteiga e margarina, se possível, dê preferência à grelhados e cozidos no lugar das frituras).

Passo 8: Pare de fumar e modere a quantidade ingerida de bebidas alcoólicas.

Passo 9: Beba água.

Passo 10: Mantenha um peso saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2013). Adaptado.

5.5.2 Prática de atividade física - Grupo de caminhada da ESF

Atividade física regular é indicada a todos os pacientes hipertensos, adequando e respeitando as suas limitações.

Antes de iniciar no grupo o paciente hipertenso, deverá ser avaliado e liberado por um médico.

Poderá realizado uma vez na semana, deve ser acompanhado pelo profissional da ESF (ACS e/ou técnico de enfermagem e/ou enfermeiro e/ou médico).

5.6 Tratamento medicamentoso

O tratamento da HAS tem como objetivo principal a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, e deverá ser prescrito pelo médico da ESF, o enfermeiro de acordo com nota da Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Anexo A), poderá manter a prescrição médica, por uma única vez, do paciente acompanhado pela ESF, controlado, sem intercorrências no momento da consulta de enfermagem, e deverá ser identificado na receita que se trata de manutenção dos medicamentos prescritos pelo médico (para que seja realizada a transcrição deverá estar anotado no prontuário a prescrição anterior pelo médico).

Quadro 23 – Medicamentos prescritos pelo médico e que podem ser mantidos pelo enfermeiro

Classe farmacológica	Denominação genérica	Concentração	Apresentação	Dose mínima	Dose máxima	Número de Tomadas ao dia
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	12,5 mg	Comprimido	12,5 – 25 mg	50 mg	1
	Hidroclorotiazida	25 mg	Comprimido	12,5 – 25 mg	50 mg	1
Diuréticos (de Alça) – Sulfonamidas simples	Furosemida	40 mg	Comprimido	20 mg	variável	1 – 2
Agentes poupadores de potássio	Espironolactona	25 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
	Espironolactona	100 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
Betabloqueadores seletivos	Atenolol	50 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
	Atenolol	100 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 – 2
	Tartarato de Metoprolol	100 mg	Comprimido	25 – 100 mg	200 mg	1 – 2
Betabloqueadores não seletivos	Propranolol	10 mg	Comprimido	40 mg	240 mg	2 – 3
	Propranolol	40 mg	Comprimido	40 mg	240 mg	2 – 3
Antiadrenérgicos de ação central	Metildopa	250 mg	Comprimido	500 mg	1.500 mg	2 – 3
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – Derivados da	Besilato de Anlodipino	5 mg	Comprimido	5 mg	10 mg	1 - 2

(conclusão)

diidropiridina						
	Besilato de Anlodipino	10 mg	Comprimido	5 mg	10 mg	1 - 2
	Nifedipino	10 mg	Cápsula ou comprimido	20 – 40 mg	60 mg	3
Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples	Captopril	25 mg	Comprimido	25 mg	150 mg	2 – 3
	Maleato de Enalapril	5 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 – 2
	Maleato de Enalapril	10 mg	Comprimido	5 mg	40 mg	1 – 2
	Maleato de Enalapril	20 mg	Comprimido	5mg	40 mg	1 – 2
Antagonistas da angiotensina II, simples	Losartana potássica	50 mg	Comprimido	25 mg	100 mg	1 - 2

Fonte: Brasil (2010); Brasil (2015); Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

6 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO AO CENTRO HIPERTENSÃO DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA – CEAE

Os usuários serão encaminhados pela atenção primária à saúde de acordo com critérios definidos pelo protocolo clínico do Centro Hipertensão Minas (SES, 2015). Deverá ser realizado a estratificação de risco – Estratificação de Framingham.

Hipertensão Arterial Sistêmica

- ✓ Usuário com hipertensão arterial sistêmica de alto grau de risco cardiovascular global (Obs. Risco cardiovascular de acordo com Estratificação de Framingham Modificada)
- ✓ Usuário com hipertensão arterial sistêmica resistente
- ✓ Usuário com suspeita de hipertensão arterial sistêmica secundária.

Usuário hipertenso e/ou diabético com nefropatia nos seguintes casos:

- ✓ Estágio 3B, 4 e 5;
- ✓ Usuário com perda anual da filtração glomerular estimada ≥ 5 mL/min/ano (FGe inicial – FGe final/número de meses de observação X 12);
- ✓ Usuário com proteinúria $> 1,0$ g/dia ou proteinúria $< 1,0$ g/dia + hematúria.
- ✓ Usuário com aumento abrupto da creatinina sérica ($\geq 30\%$);
- ✓ Usuário com diminuição de 25% da filtração glomerular estimada ao iniciar alguma medicação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências** [Internet]. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em 20 ago de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução COFEN-195/1997. **Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro**. Rio de Janeiro, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução COFEN-271/2002 – Revogada pela Resolução COFEN--317/2007. **Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames**. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: **Rename 2010**. 2. ed. Brasília, 2010. 1135 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014**. 9. ed. rev. e atual. Brasília, 2015. 230 p.

CHOBANIAN, A. V. *et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. **The JNC 7**

report. JAMA, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

FERREIRA, Elaine Duarte Mendes *et al.* **O itinerário terapêutico de pessoas em terapia renal substitutiva com doença de base hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.** Sociedade Brasileira de Hipertensão. 2015. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/>>. Acesso em: 28 de dezembro de 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES). **Protocolo Clínico dos Centros Hiperdia Minas.** 1ª Edição. Belo Horizonte: 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev. da Sociedade Brasileira de Hipertensão.** v. 9, n. 04, 2006. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/revistas/2006_N4_V9/RevHipertensao4_2006.pdf>. Acesso em: 15 dezembro de 2015.

ANEXO A – Nota do COREN/MG

CÂMARA TÉCNICA

Atenção Básica

É legal prescrever medicamentos em folha de receituário assinada por outro profissional?

A Câmara Técnica de Atenção Básica (CTAB) do COREN-MG recebeu consulta a respeito da legalidade da prescrição e/ou transcrição de medicamentos por profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem) em folha de receituário, previamente ou posteriormente, assinada por outro profissional. Veja a seguir a análise e conclusão da CTAB sobre o assunto (Parecer Técnico N.º. 161/2009).

MÉRITO

A questão objeto da consulta está sendo uma prática comum em alguns serviços de atenção primária à Saúde. A situação, certamente, não se trata de transcrição, uma vez que o profissional de enfermagem preenche um espaço em branco, tendo abaixo a assinatura de um outro profissional, ou preenche para outro profissional assinar. Na verdade não transcreve, prescreve e, em nome de outro. A assinatura é justamente a afirmação da responsabilidade pela ação e, portanto, falha quem decide a conduta e não a assume e, falha aquele que assina por uma conduta a ser decidida por outrem.

Lembramos que a Prescrição de medicamentos pelo enfermeiro está respaldada na Lei do Exercício Profissional n.º. 7.498/1986 e no Decreto n.º. 94.406/1987, que regulamenta a referida Lei, quando define que, como integrante da equipe de saúde, cabe ao enfermeiro a prescrição de medicamentos estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde. A prescrição de medicamentos pelo profissional enfermeiro é parte integrante da consulta de enfermagem, atribuição privativa deste profissional, não podendo, portanto, ser praticada pelo auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, e tampouco ser praticada de forma isolada, fora do contexto da assistência ao indivíduo.

Ainda, para melhor esclarecimento, o que se tem denominado "transcrição" é a manutenção da prescrição médica pelo enfermeiro, que deverá ser pactuada previamente com a equipe, por um período pré-definido e, com a garantia de que o paciente seja reavaliado pelo médico. Deve-se ainda, respaldar o procedimento, mediante receituário assinado e carimbado pelo emitente, no caso o enfermeiro, identificando que se trata de manutenção dos medicamentos prescritos pelo médico, para paciente acompanhado pela equipe, controlado, sem intercorrências no momento da consulta de enfermagem. O receituário não poderá conter a palavra médico, impressa no local de identificação do emitente.

Por fim, é necessário que o enfermeiro registre a conduta no prontuário do paciente, insira a data, o carimbo, e principalmente a sua assinatura. O objetivo desses cuidados é resguardar o profissional nessa conduta, para evitar interpretações que possam comprometê-lo quanto ao exercício ético da profissão.

Ressaltamos que o objetivo da manutenção da receita médica pelo enfermeiro não é suprir a ausência do profissional médico, mas



sim, dar continuidade à assistência dos usuários, controlados e aderentes ao tratamento, como conduta inerente à assistência de enfermagem pela qual deve responder e assinar.

Torna-se oportuno lembrar que o conhecimento prévio do Código de Ética da Profissão, que confere responsabilidades, direitos e proibições aos profissionais de enfermagem, é imprescindível para o desempenho de suas atribuições. Faculta a certeza de que os profissionais da enfermagem não devem realizar ações para as quais não tenham o conhecimento técnico científico, a habilidade necessária e a competência legal. Vale destacar os artigos do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, abaixo relacionados:

SEÇÃO II - DAS RELAÇÕES COM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, SAÚDE E OUTROS DIREITOS. DAS PROIBIÇÕES

Art. 42 - Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

SEÇÃO III - DAS RELAÇÕES COM AS ORGANIZAÇÕES DA CATEGORIA. DAS RESPONSABILIDADES E DEVERES

Art. 48 - Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão.

CONCLUSÃO

Os profissionais de enfermagem que estiverem prescrevendo medicamentos, ou solicitando exames, para outro profissional assinar, estarão descumprindo o disposto na Lei 7498/1986 - Lei do Exercício Profissional e infringindo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

ANEXO B – Valores referentes aos percentis 90, 95 e 99 para crianças do sexo feminino entre 1 a 17 anos de idade, de acordo com os percentis de altura

Idade (anos)	Percentil	PA sistólica (mmHg) por percentil de estatura							PA diastólica (mmHg) por percentil de estatura						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87

(conclusão)

10	90	112	112	114	115	116	118	118		73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122		77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129		84	84	85	86	86	87	88
11	90	114	114	116	117	118	119	120		74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124		78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131		85	85	86	87	87	88	89
12	90	116	116	117	119	120	121	122		75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126		79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133		86	86	87	88	88	89	90
13	90	117	118	119	121	122	123	124		76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128		80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135		87	87	88	89	89	90	91
14	90	119	120	121	122	124	125	125		77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129		81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136		88	88	89	90	90	91	92
15	90	120	121	122	123	125	126	127		78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131		82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138		89	89	90	91	91	92	93
16	90	121	122	123	124	126	127	128		78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132		82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139		90	90	90	91	92	93	93
17	90	122	122	123	125	126	127	128		78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132		82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139		90	90	91	91	92	93	93

Fonte: <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/04-diagnostico.pdf>

**ANEXO C - Valores referentes aos percentis 90 e 95 para crianças do sexo masculino
entre 1 a 17 anos de idade, de acordo com os percentis de altura**

Idade (anos)	Percentil	PA sistólica (mmHg) por percentil de estatura							PA diastólica (mmHg) por percentil de estatura						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89

(conclusão)

10	90	111	112	114	115	117	119	119		73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123		77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130		85	86	86	88	88	89	90
11	90	113	114	115	117	119	120	121		74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125		78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132		86	86	87	88	89	90	90
12	90	115	116	118	120	121	123	123		74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127		78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135		86	87	88	89	90	90	91
13	90	117	118	120	122	124	125	126		75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130		79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137		87	87	88	89	90	91	91
14	90	120	121	123	125	126	128	128		75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132		80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140		87	88	89	90	91	92	92
15	90	122	124	125	127	129	130	131		76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135		81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142		88	89	90	91	92	93	93
16	90	125	126	128	130	131	133	134		78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137		82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145		90	90	91	92	93	94	94
17	90	127	128	130	132	134	135	136		80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140		84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147		92	93	93	94	95	96	97

Fonte: <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/04-diagnostico.pdf>

7 PROTOCOLO NA ATENÇÃO À DIABETES MELLITUS

1 INTRODUÇÃO

Diabetes *Mellitus* (DM) é uma condição crônica metabólica caracterizada por um desarranjo no metabolismo da glicose e anormalidades no metabolismo de gorduras, proteínas e outras substâncias. Esta condição resulta de uma deficiência na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

A diabetes *mellitus* (DM) pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas aos sintomas de diabetes, mas também aos seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária) (BRASIL, 2013).

A prevenção primária visa proteger os indivíduos predispostos de desenvolver DM, com isso reduz-se a necessidade de atenção à saúde como a de tratar as complicações advindas com a doença (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

2 CLASSIFICAÇÃO DIABETES MELLITUS

O DM apresenta sintomatologia para os três tipos (BRASIL, 2013; DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016):

DIABETES MELLITUS TIPO I: Os sintomas são mais evidentes, ocorre geralmente de início súbito e geralmente apresentam poliúria, polidipsia, polifagia, emagrecimento, fadiga, infecções frequentes. Facilmente desenvolvem cetose e a instalação pode ser clinicamente evidente como cetoacidose total.

DIABETES MELLITUS TIPO II: Os sintomas não são muito evidentes, sendo que o diagnóstico muitas vezes é feito por acaso, através de exames de glicemia ou urina rotina. Apresentam poliúria, polidipsia de duração de semanas ou meses, emagrecimento, fraqueza, fadiga e raramente polifagia. Vários pacientes não apresentam sintomas típicos do diabetes e em outros o diabetes está avançado e as queixas já estão relacionadas com as complicações (retinopatia, neuropatia ou vasculopatia).

DIABETES GESTACIONAL: A sintomatologia é mínima quando presente. Não se discute a gravidade da doença nem a forma de tratamento assim como a sua permanência após a

gestação, é tipicamente desenvolvida durante a segunda metade da gravidez. Seu reconhecimento precoce é de grande importância no intuito de minimizar os efeitos adversos desta desordem metabólica sobre o binômio mãe-filho e também identificar aquelas mulheres com risco aumentado de desenvolver diabetes no futuro.

3 ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM O PACIENTE PORTADOR DE DM

3.1 Atribuições comuns a todos os integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Acolher de forma responsável e humanizada o paciente diabético;

Promover de acordo com sua competência técnica a assistência individual e coletiva seja na unidade de saúde, no domicílio ou em espaços comunitários;

Acompanhar os indivíduos de forma contínua seja no momento agudo ou nos casos crônicos;

Manter o cuidado dos indivíduos, mesmo quando esses necessitam de atendimentos em outros níveis de atenção;

Garantir a qualidade dos registros das atividades nos sistemas de informação;

Orientar a comunidade sobre a importância de mudanças nos hábitos de vida;

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco e garantir ações voltadas para esses;

Desenvolver atividades de promoção à saúde;

Encaminhar (principalmente os diabéticos e hipertensos) para atividades educativas, físicas e de lazer disponíveis;

Estabelecer estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento e o vínculo à ESF;

Promover ações para construção da co-responsabilidade do indivíduo, sua família e comunidade;

Orientar indivíduos, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas pela unidade de saúde.

3.2 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Identificar e acompanhar diabéticos, através do cadastramento das famílias e das visitas domiciliares mensais ou com maior periodicidade de acordo com avaliação da equipe;

Identificar indivíduos portadores de diabetes ou com fatores de risco e encaminhar para a unidade de saúde para avaliação.

Entregar em domicílio ou comunicar agendamentos de procedimentos e consultas especializadas;

Averiguar se o diabético está tomando regularmente os medicamentos, comparecendo às consultas e às ações coletivas;

Fazer busca ativa dos pacientes diabéticos faltosos às atividades programadas;

Identificar possíveis intercorrências no domicílio e comunicar imediatamente à equipe de saúde da família.

Desenvolver atividades educativas de promoção da saúde, com pacientes diabéticos;

Manter atualizado o caderno do ACS no quesito pacientes diabéticos.

3.3 Atribuições do Técnico e Auxiliar de Enfermagem

Aferir dados vitais e antropométricos quando necessário ou solicitado;

Acolher e encaminhar os casos;

Proceder às anotações devidas em prontuário;

Orientar o indivíduo sobre exames, uso correto dos medicamentos, automonitorização da glicemia e técnica de aplicação de insulina;

Cuidar dos equipamentos (glicosímetros) e solicitar ao enfermeiro sua manutenção, quando necessária;

Realizar teste de glicemia capilar e aplicação de insulina, quando indicado;

Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas a alimentação e a prática de atividade física rotineira;

Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovasculares, em especial aqueles ligados à hipertensão e diabetes;

Agendar e reagendar consultas médicas e de enfermagem para os casos indicados;

Realizar atendimento domiciliar quando necessário;

Acolher o paciente diabético que procura a unidade sem agendamento prévio;

Desenvolver e participar de atividades educativas de promoção da saúde, com pacientes diabéticos.

3.4 Atribuições do Enfermeiro

Coordenar, planejar e realizar a assistência de enfermagem direcionada ao diabético;

Capacitar os técnicos, auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;

Realizar consulta de enfermagem periódica, abordando todos os aspectos relevantes ao cuidado do diabético;