

2022 by Editora Pasteur Copyright © Editora Pasteur

Editor Chefe:

Dr. Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial:

Dr. Alaércio Aparecido de Oliveira
Dra. Aldenora Maria X Rodrigues
Msc. Ana Karolina Santos Góes
Bruna Milla Kaminski
Dr. Daniel Brustolin Ludwig
Dr. Durinézio José de Almeida
Dr. Everton Dias D'Andréa
Dr. Fábio Solon Tajra
Francisco Tiago dos S Silva Júnior
Dra. Gabriela Dantas Carvalho
Dr. Geison Eduardo Cambri

Msc. Guilherme Augusto G. Martins

Dr Guilherme Barroso L de Freitas Dra. Hanan Khaled Sleiman MSc. Juliane Cristina de A Paganini Dr. Lucas Villas Boas Hoelz MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira Dra. Márcia Astrês Fernandes Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli Dr. Paulo Alex Bezerra Sales MSc. Raul Sousa Andreza MSc Talita Cristina M. Moraes Dra. Teresa Leal

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Editora Pasteur, PR, Brasil)

M636 MIHALIUC, DOMITÍLIA BONFIM DE MACEDO et al. (organizadores)
GUIA DE ENFERMAGEM de Família e Comunidade
MIHALIUC, Domitília Bonfim de Macedo et al. – Distrito Federal:
Pasteur, 2022.

1 livro digital; 134 p.; ed. l.

Modo de acesso: Internet ISBN 978-65-815-4912-1

https://doi.org/10.29327/560404

- 1. Enfermagem 2. Ciências da Saúde 3. Comunidade
- L Título, CDD 610

CDU 61

SINDICATO DOS ENFERMEIROS DO DISTRITO FEDERAL - GESTÃO INOVAÇÃO 2019-2022

Presidente:
Dayse Amarílio Donetts Diniz

Secretário geral: Jorge Henrique de Sousa Silva Filho

> Secretaria de Finanças: Márcio da Mata Souza Tarcísio Souza Faria

Organizadoras: Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc Luciana Melo de Moura Simone Luzia Fidelis de Oliveira

Autoras:

Bárbara Cristina Jorba Arantes Cananda Ferreira Cavalcante Creuza Gomes Ferreira Neta Jéssyca Lorrane Dias Machado Pâmella Uaqui Alvino dos Santos Talita Freitas da Silva

Revisão:

Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc Luciana Melo de Moura Simone Luzia Fidelis de Oliveira Nayara Jéssica Silva

> Diretor de arte: Gleydson Souza Carvalho

Apresentação

Guia orientador de consultas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

Esse guia reflete o esforço conjunto de um grupo de enfermeiras com experiência na atenção primária à saúde (APS) com desejo de criar uma ferramenta intelectual de trabalho para profissionais e estudantes da APS, baseada em protocolos nacionais e locais.

O intuito dessa tecnologia da informação e comunicação é nortear o raciocínio clínico dos enfermeiros (as) diante da complexidade e dos novos desafios que se impõem aos serviços de saúde da APS.

A enfermagem inserida nesse contexto tem seu escopo de atuação cada vez mais amplo, exigindo que os enfermeiros se apropriem de conhecimentos técnicos e científicos atualizados e baseados em evidências, os quais qualificam a consulta de enfermagem, são propulsores de intervenções assertivas e tomadas de decisões.

A expectativa é que o guia fortaleça a atuação da enfermagem da APS, sobretudo do Sistema Único de Saúde, e que sirva de inspiração aos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem.

Desejamos aos leitores que aproveitem todo o potencial desse guia!

Prefácio

A Diretoria do SindEnfermeiro tem lutado nos últimos anos para fortalecer a categoria e mostrar à toda sociedade a importância das enfermeiras e enfermeiros nos serviços de saúde. Durante o enfrentamento da pandemia, a enfermagem esteve em evidência e pôde demonstrar o quanto é grandiosa e forte. Porém, ainda é necessário batalhar pela valorização que tanto merecemos, e para isso precisamos de cada um, lado a lado, caminhando conosco.

Ocupar espaços que nos pertencem e mostrar nossa cientificidade tem papel importantíssimo nesse processo. Nós, da atual gestão, acreditamos que o incentivo a produções como essa fortalece nossa categoria. Seguiremos trabalhando juntos por uma enfermagem unida, valorizada e empoderada. Nosso compromisso é em defesa de um SUS universal e de qualidade.

SindEnfermeiro, muito mais que um sindicato, um agente de transformação.

Dayse Amarílio Donetts Diniz
Presidente SindEnfermeiro/DE

Gestão Inovação

Siglas

| ADO | Antidiabético Oral |
|-------|----------------------------------------------------------------|
| AFU | Altura do Fundo Uterino |
| AP | Atenção Primária |
| ASS | Ácido Acetilsalicílico |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| BCF | Batimentos Cardiofetais |
| bpm | Batimentos por minutos |
| CA | Circunferência Abdominal |
| cm | Centímetros |
| dl | Decilitro |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DPP | Data Provável do Parto |
| dT | Vacina contra Difteria e Tétano |
| dTpa | Vacina adsorvida difteria, tétano e coqueluche acelular adulto |
| DUM | Data da Última Menstruação |
| EAS | Elementos Anormais de Sedimentoscopia |
| ECM | Exame Clínico das Mamas |
| Enf | Enfermagem |
| EPF | Exame Parasitológico de Fezes |
| EV | Endovenosa |
| FC | Frequência Cardíaca |
| g | Grama |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HbA1C | Hemoglobina Glicada |
| HDL | Lipoproteína de Alta Densidade |
| HIV | Vírus da Imunosufiência da Célula Humana |
| HSH | Homens que fazem sexo com outros homens |
| HTLV | Vírus Linfotrópico da Célula Humana |
| IAM | Infarto Agudo do Miocardio |
| ID | Intradérmica |
| IG | Idade Gestacional |

Siglas

| IgG | Imunoglobulina G |
|-------|--------------------------------------|
| IgM | lmunoglobulina M |
| IM | Intramuscular |
| IMC | Índice de Massa Muscular |
| irpm | Incursões Respiratórias por Minuto |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| kg | Kilograma |
| LDL | Lipoproteína de Baixa Densidade |
| m | metro |
| mcg | Micrograma |
| Med | Médica |
| MEV | Mudanças no Estilo de Vida |
| mg | Miligrama |
| Min | Minuto |
| MI | Mililitros |
| mm | Milímetros |
| mmHg | Milímetros de Mercúrio |
| PA | Pressão Arterial |
| PAD | Pressão Arterial Diastólica |
| PAS | Pressão Arterial Sistólica |
| PrEP | Profilaxia pré- exposição |
| PEP | Profilaxia pós- exposição |
| PVHIV | Pessoas vivendo com HIV |
| SC | Subcutânea |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TOTG | Teste Oral de Tolerância à Glicose |
| TTG | Teste de Tolerância à Glicose |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UI | Unidade Internacional |
| und | Unidade |
| VO | Via Oral |

Sumário

| SOAP | 1 |
|-----------------------------------------|----------|
| ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER | 3 |
| PRÉ-NATAL | 9 |
| SAÚDE DO HOMEM | 22 |
| SAÚDE DA CRIANÇA | 24 |
| ASSISTÊNCIA AO ADULTO COM HIPERTENSÃO . | ARTERIAL |
| SISTÊMICA (HAS) | 30 |
| DIABETES | |
| ASSISTÊNCIA À PESSOA COM INFECÇÃO SEXUA | ALMENTE |
| TRANSMISSÍVEL (IST) | 54 |
| HANSENÍASE | 90 |
| TUBERCULOSE | |
| ASSISTÊNCIA À PESSOA COM FERIDAS | 122 |
| ÍNDICE REMISSIVO | 126 |

SOAP

Sistema e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS)

É um sistema informatizado do Sistema Único de Saúde (SUS) que institui um novo modelo de gestão da informação na APS.

PFC

PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), é um dos sistemas que compõe o e-SUS APS e tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das UBS.

RCOP

Registro Clínico Orientado por Problemas é um modelo adotado pelo Sistema e-SUS APS para estruturação das funcionalidades do PEC e é composto por quatro componentes:

- 1. Base de Dados
- 2. Lista de Problemas (Folha de Rosto)
- 3. Evolução (utilizando o método SOAP)
- 4. Folha de Acompanhamento (Fichas de resumo e fluxograma)

SOAP

Registro do relato do paciente

Registro do exame físico e dos exames laboratoriais e de imagem

Fonte: BRASIL, 2021.

SUBJETIVO

Caracteres restantes: 4000

Juízo que o profissional de saúde estabelece à luz das queixas, dos achados e do raciocínio clínico. É o espaço das especulações, inferências e conclusões.

Registro da conduta

SOAP e Processo de Enfermagem

Fonte: BRASIL, 2021.

O processo de enfermagem na APS relaciona suas fases com o método SOAP de acordo com o PARECER CONJUNTO DE CÂMARA TÉCNICA nº 004/2022 – CTLN/CTAS/COFEN que aponta o SOAP como uma ferramenta compatível com o processo de enfermagem na APS.

Quadro 1: Correspondência do método SOAP e o processo de enfermagem

| Etapa | Processo de enfermagem | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--|
| S – Subjetivo | Histórico de enfermagem (entrevista) | |
| O – Objetivo Histórico de enfermagem (exame fís | | |
| A – Avaliação | Diagnóstico de enfermagem | |
| | Planejamento de enfermagem | |
| | Avaliação de enfermagem | |
| P — Plano | Implementação | |

Fonte: Adaptada da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2015

Referências

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de enfermagem volume 1: Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovalculares. Florianópolis, julho de 2015. Versão 1.5. (atualizado em setembro de 2017). Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_09_2017_15.18.48.612d30e73975e107e02e50a2fb61b391.pdf.
- PARECER CONJUNTO DE CÂMARA TÉCNICA. 004/2022: Processo de Enfermagem na Atenção Primária. Prontuário Eletrônico do E-SUS, utilizando o método SOAP. Brasília: Cofen, 2022.
- 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Assistência à saúde da Mulher

Coleta de dados

Identificação

História familiar

Antecedentes Ginecológicos

- Ciclos menstruais;
- Métodos anticoncepcionais;
 - Infecção Sexualmente Transmissível (IST);
 - Cirurgias ginecológicas;
 - Último colpocitológico.

Dados Socioeconômicos

> Antecedentes Pessoais

> Antecedentes Obstétricos

- Nº de gestações anteriores;
 - No de abortamentos;
 - N° de filhos vivos;
 - Intercorrências em
 - gestações anteriores;
 - História de aleitamento anterior.

Antecedentes Sexuais

- Coitarca;
- Dispareunia;
- Nº de parceiros sexuais;
- Uso de preservativos.

Exame físico

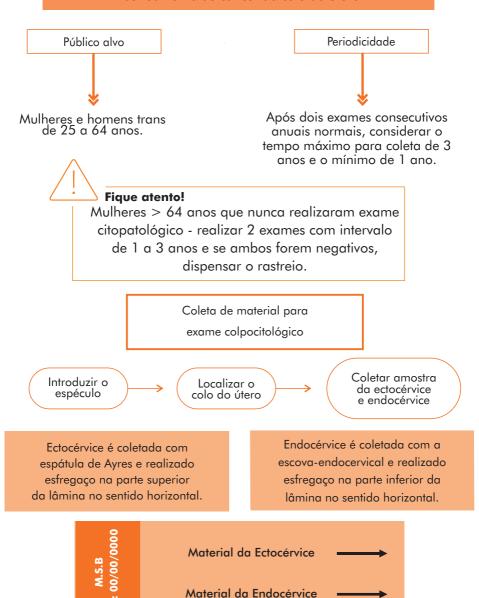
Completo e cefalopodal

Avaliação focal

Rastreamento de câncer do colo do útero

Rastreamento de câncer de mama

Rastreamento de câncer do colo do útero



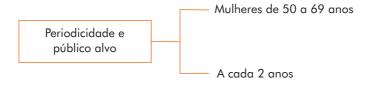
Técnica correta do esfregaço de colpocitologia oncótica.

Na parte fosca da lâmina, deve colocar as iniciais do nome da paciente e data de nascimento à lápis.

Após coleta, a lâmina deve ser colocada em um tubete reutilizável contendo álcool 92% a 96% em quantidade que o esfregaço figue submerso.

Deve identificar o tubete com fita crepe contendo nome completo e data de nascimento da paciente à lápis.

Rastreamento de câncer de mama



Exame clínico das mamas

Inspeção estática

- Mulher sentada com os braços pendentes ao lado do corpo;
- Observar alterações no contorno da mama:
- Observar simetria. diferença de cor, textura e padrão da circução.

Inspeção dinâmica

- Pedir para a mulher levantar e abaixar os braços lentamente e contrair os músculos peitorais (comprimir as palmas das mãos uma contra a outra diante do com as polpas digitais, tórax):
- Observar alterações na mama.

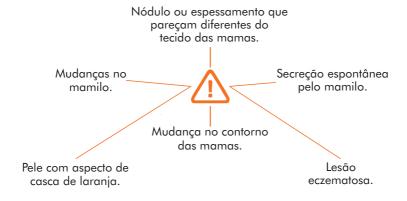
Palpação

- Palpar cadeias ganglionares, com a paciente sentada;
- Palpar as mamas em movimentos circulares com a paciente em decúbito dorsal e mãos sob a cabeça;
- Realizar expressão mamilar.

Não realizar exame clínico das mamas para efeito de rastreamento.

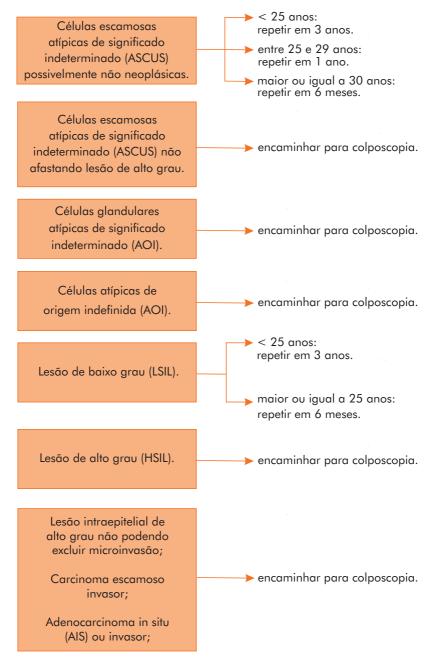
Autoexame das mamas não é recomendado para detecção precoce de tumores.

Sinais de alerta





Interpretação do exame colpocitológico e conduta



Rastreamento de câncer de mama



(INCA, 2021)

Referências

1- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral à pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

2- BRASIL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE.

Protocolo de atenção à saúde: condutas para o rastreamento do câncer do útero na atenção primária à saúde - APS. Brasília: 2018.

3- BRASIL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE.

Protocolo de atenção à saúde: detecção precoce do câncer de mama. Brasília: 2016.

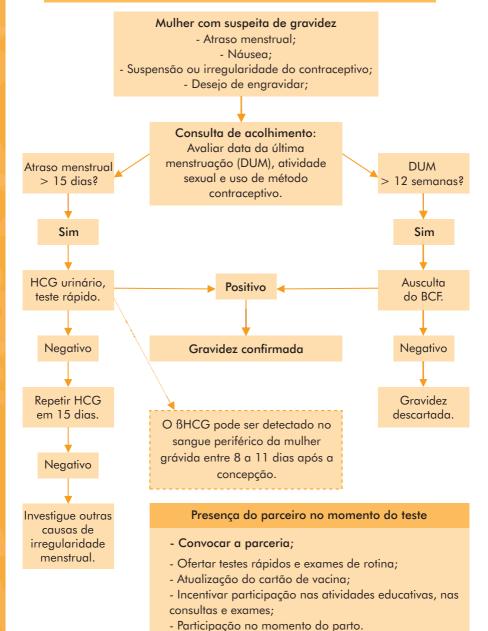
4- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres.

Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Pré-natal

Diagnóstico de Gravidez



Periodicidade das consultas de pré-natal

Pré-natal de risco habitual

Mínimo de 6 consultas médicas e de enfermagem intercaladas

- Mensais até 28^a semana;
- Quinzenais da 28^ª até a 36^ª semana;
- Semanais da 36^a até a 41^a semana.

Cálculo da IG/DPP

| Cálculo da Idade Gestacional (IG) | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| DUM conhecida e certa | Some o número de dias do intervalo entre a última menstruação e a data da consulta, dividindo o total por 7. | | |
| DUM desconhecida, mas sabe o período do mês | Considera a data da DUM como os dias 5, 15, 25 para início, meio e fim, respectivamente; faz o cálculo igual regra anterior. | | |
| DUM desconhecida | IG será determinada por aproximação pela medida da AFU e pela movimentação fetal. | | |

Data Provável do Parto (DPP) - Regra de Näegele

Somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.

Coleta de Dados

| Histórico social |
|-----------------------|
| Histórico Familiar |
| Hábitos |
| lmunização |
| Histórico Nutricional |
| |

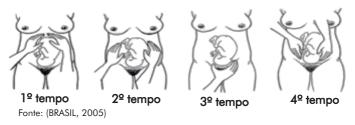
Antecedentes clínicos
Antecedentes ginecológicos
Antecedentes obstétricos
Saúde bucal
Queixas

Exame Físico Exame físico gineco-obstétrico 10 **2°** 5° 40 Medida e Fxame Palpação Ausculta avaliação Exame clínico das da altura obstétrica do BCF ginecológico mamas uterina

Palpação obstétrica

•A partir da 12ª semana de gestação

- 1º tempo: situação cefálica ou pélvica
- •2º tempo: posição do dorso fetal à direita ou esquerda da gestante
- •3º tempo: apresentação com feto insinuado ou não
- •4º tempo: atitude com escava insinuada ou não



Ausculta do BCF

•A partir da 10º a 12º semana de gestação

- •Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF.
- Contar número de BCF em um minuto.
- •A frequência esperada é de 110 a 160 bpm.

Exame clínico das mamas

•Conforme descrito no capítulo de saúde da mulher.

Exame ginecológico

- •Inspecionar os genitais externos.
- •O rastreamento do carcinoma do colo uterino pode fazer parte dos exames de rotina da assistência pré-natal, desde que a grávida se enquadre dentre os critérios de população alvo para o rastreio de lesões precursoras e câncer do colo do útero.
- Não há mudanças na coleta da gestante.
- •Não há restrição quanto à idade gestacional para a coleta da citologia.



Fique atento!

Atentar-se para os seguintes achados:

- Alterações da pressão arterial
- Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC)
- Ganho de peso gestacional
- Alterações na altura do fundo uterino

Exames Laboratoriais

1ª

Consulta

- Hemoglobina e hematócrito;
- Eletroforese de hemoglobina;
- Tipo sanguíneo e fator Rh;
- Glicemia em jejum;
- EAS + urocultura;
- Testes rápidos de HIV I e II, Sífilis e Hepatite B e Hepatite C;
- Toxoplasmose IgG e IgM.

2°

Trimestre

Se fator Rh negativo: Coombs indireto;

Teste oral de tolerância à glicose: jejum, 60 e 120 min após 75g de glicose anidra (se paciente não tiver

diagnóstico de DM ou DMG);

Toxoplasmose IgG e IgM se suscetível;

Teste rápido de Sífilis;

30

Trimestre

- Hemoglobina e hematócrito;
- Glicemia em jejum;
- EAS + Urocultura;
- Testes rápidos de HIV I e II e Sífilis;
- Toxoplasmose IgG e IgM *se suscetível.

Principais achados dos exames laboratoriais

Infecção do trato urinário (ITU)

| Sinais / sintomas | Exame | Conduta |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. | Realizar urinocultura para confirmar se há ITU, caso não estiver disponível, tratar empiricamente. |
| Assintomática | Cilindrúria. | Encaminhar para avaliação médica, e caso necessário, ao pré-natal de alto rico. |
| ou Disúria, urgência miccional, dor em baixo ventre | Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. | Sem ITU ou sangramento genital encaminhar para avaliação médica, e caso necessário, ao pré-natal de alto risco. |
| | Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. | Proteinúria maciça ou 2 exames seguidos, com intervalo de 15 dias, de traços encaminhar a gestante ao pré -natal de alto risco. |

Fonte: adaptado de BRASIL, 2016.

Anemia

| Sinais / sintomas | Exame | Conduta | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Fadiga, pele e mucosas hipocoradas, vertigem | Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada. | 200 mg/dia de sulfato ferroso, uma hora antes das refeições (dois cp. antes do café, dois cp. antes do almoço e um cp. antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas. Manter tratamento até hemoglobina > 11 g/dl, depois manter dose profilática. | |
| | Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave. | Encaminhar ao pré natal de alto risco. | |

Fonte: adaptado de BRASIL, 2016.

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG)

| Sinais / Sintomas | Exame | Conduta |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Na maioria dos casos é assintomático | Glicemia de jejum: - > 126 mg/dL Diabetes Mellitus; - 92 a 125mg/dL Diabetes Mellitus Gestacional; - <92mg/dL Normal, realizar TOTG entre 24 a 28 semanas. | Se diagnóstico de diabetes mellitus ou diagnóstico de DMG a gestante deve ser encaminhada para o pré natal de alto risco. |
| | Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG). Diagnóstico de DMG: • Jejum: ≥ 92 mg/dL; • 1 hora: ≥180 mg/dL; • 2 horas: ≥153 mg/dL; | Referenciar gestante ao pré-natal de alto risco. |

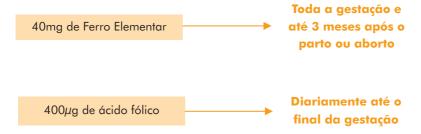
Fonte: adaptado de SBD, 2019 - 2020.

Exames de Imagem

Ultrassonografia obstétrica

- Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde na Portaria MS/SAS n^{ϱ} 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante.
- OMS recomenda a realização da ultrassonografia antes da 24º semana de gestação para estimar a idade gestacional, detectar anomalias fetais e gestações múltiplas, reduzir a indução do trabalho de parto para gestantes pós-termo e melhorar a experiência gestacional da mulher.

Suplementação



Principais queixas e condutas

Lombalgia

Orientações: Corrigir a postura ao se sentar e andar; Uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; Aplicação de calor local e massagens especializadas; Recomendar acupuntura; Indicar atividades de alongamento e orientação postural.

Medicamentos: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.

Fonte: adaptado BRASIL, 2016.

Náuseas/vômitos e tontura

Orientações: Dieta fracionada; Evitar jejum prolongado; Ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, comer bolacha de água e sal.

Medicamentos: Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas; Dimenidrato 50 mg + cloridrato de piridoxina 10 mg, de 6/6 horas (não exceder 400 mg/dia).

Sinais de Alarme: Queda do estado geral; sinais de desidratação; sinais de distúrbios metabólicos.

Fonte: adaptado BRASIL, 2016.

Cefaléia

Orientações: Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores; Se dor recorrente, agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade.

Medicamentos: Paracetamol (500-750mg), de 6/6 horas; Dipirona (500 -1.000 mg), de 6/6 horas.

Fonte: adaptado BRASIL, 2016.

Obstipação/constipação intestinal/flatulências

Orientações: Ingerir legumes, verduras e frutas cítricas; Ingesta hídrica adequada; Evitar alimentos que causem muita fermentação; Fazer caminhadas leves (se não forem contraindicadas);

Medicamentos: Dimeticona (40-80mg), de 6/6 horas, para flatulência; Hioscina (10mg), de 8/8 horas, para dor abdominal.

Fonte: adaptado BRASIL, 2016.

Pirose

Orientações: Fazer alimentação fracionada (3 refeições ao dia e dois lanches); Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições; Elevar a cabeceira da cama ao dormir; Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes.

Medicamentos: Hidróxido de alumínio ou magnésio, dois a quatro comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se; Bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons.

Fonte: adaptado BRASIL, 2016.

Dor abdominal/cólicas

Orientações: Orientar quanto ao caráter fisiológico do sintoma.

Medicamentos: Hioscina 10mg, de 8/8 horas.

Sinais de Alarme: Dor em baixo ventre de intensidade, duração e ritmo aumentados, sugerindo contrações uterinas; sangramento vaginal; sintomas sistêmicos; sinais de abdome agudo.



ENCAMINHAR AO MÉDICO

Fonte: adaptado BRASIL, 2016.

Sintomas de infecção do trato urinário (ITU)

Apresenta sintomas sistêmicos

Febre; taquicardia; calafrios; náuseas; vômitos; dor lombar, com sinal de Giordano positivo; dor abdominal

Encaminhar ao

SIM

ITU não complicada: Iniciar uso de antibiótico de forma empírica Nitrofurantoína (100mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36^a semana de gestação);

NÃO

- Cefalexina (500mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias;
- Amoxicilina-clavulanato (500mg), uma cáp., de 8/8 horas, por 7 a 10 dias;
- Repetir urinocultura sete a dez dias após o término do tratamento;
- Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição;
- Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico.

Fonte: adaptado BRASIL, 2016.

Edema

Orientações: Evitar ortostatismo prolongado; evitar permanecer sentada por longo período, como em viagens demoradas; fazer repouso periódico em decúbito lateral e/ou com os membros inferiores elevados; usar meia elástica; evitar diuréticos e dieta hipossódica.

Medicamentos: Não é indicado tratamento medicamentoso para correção do edema fisiológico na gravidez.

Sinais de Alarme: Edema limitado aos MMII, porém associado à hipertensão ou ao ganho de peso; edema generalizado; edema unilateral de MMII com dor e/ou sinais flogísticos.

• ENCAMINHAR AO MÉDICO

Fonte: adaptado BRASIL, 2016.

Corrimento Vaginal

Orientações

O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido.



Sinais e sintomas de infecção (candidíase / vaginose bacteriana) vide capítulo de Infecção Sexualmente Transmissível

Imunização

| Vacinas Histórico vacinal | | Conduta |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tríplice | Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico. | Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação. |
| bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) — | Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico. | Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestac <mark>c</mark> io. Respeitar intervalo mínimo de um mes entre elas. |
| dTpa ou dTpa- VIP Dupla adulto (difteria e tétano) – dT | Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico. | Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação. |
| | Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido. | Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas. |
| Hepatite B Três doses, no esquema 0 - 1 - aplicada en anteriormente | | A vacina hepatite B deve ser aplicada em gestantes não anteriormente vacinadas e suscetíveis à infecção. |
| Influenza (gripe) Dose única anual. complicações da vírus influenza. recomendada resazonalidade do s | | A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza. A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação. |

Fonte: adaptado de Sbim 2021 - 2022.



Fique atento!

- A dTpa está recomendada em todas as gestações.
- Mulheres não vacinadas na gestação devem ser vacinadas no puerpério, o mais precocemente possível.
- Na indisponibilidade de dTpa, pode-se substituí-la pela dTpa-VIP, ficando a critério médico o uso off label em gestantes.

Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao PNAR



Fique atento!

Para saber mais acesse o protocolo de atenção básica: saúde da mulher no portal da biblioteca virtual de saúde (bvsms).

Sinais de Alarme

Sangramento Vaginal

Cefaléia

Escotomas visuais

Epigastralgia

Edema excessivo

Contrações regulares

Perda de líquido

Diminuição da movimentação fetal

Febre

Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

Síndromes hemorrágicas

Suspeita de pré-eclâmpsia

Eclâmpsia

Suspeita de TVP em gestantes

Crise hipertensiva (PA> 160/110)

Trabalho de parto prematuro

IG a partir de 41 semanas

Oligodrâmnio

Óbito fetal

Suspeita ou diagnóstico de abdome agudo

Investigação de prurido gestacional/icterícia

Aminiorrexe prematura: Perda de líquido vaginal

Hipertermia (Tax ≥ 37,8 °C ausência de sinais ou sintomas

Restrição de crescimento intrauterino

Fonte: adaptado BRASIL, 2016.

Sinais premonitórios de eclâmpsia

Escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.

Suspeita ou diagnóstico de:

Pielonefrite, infecção ovular ou corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.

Necessitam avaliação hospitalar:

Cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.

Vômitos, nos seguintes casos:

incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas ou vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.

Referências Bibliográficas

Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa - Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: II. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde / Angelita Hermann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa - Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: II.

Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2016.

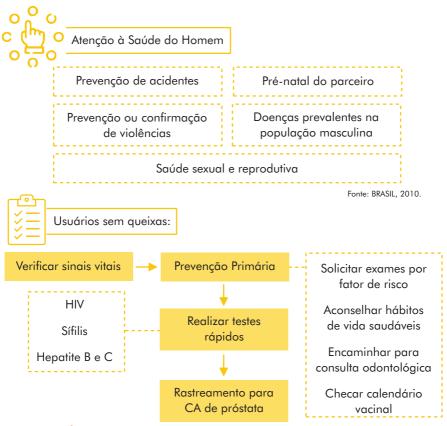
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.24p.:II.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Genebra, Suíca: OMS; 2016.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm GESTANTE Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) - 2021/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, 2005.

Saúde do Homem





Figue atento!

A sorologia de Antígeno Prostático Específico (PSA) e do toque retal deverá ser realizado após ampla discussão de risco e potenciais benefícios, em decisão compartilhada com o paciente, bem como para os homens sem histórico familiar de câncer de próstata ou sintomas sugestivos de afecções da próstata, com idade entre 55 e 69 anos, sejam apresentados os riscos e os benefícios do rastreamento de rotina, para que assim seja tomada a decisão.

É necessário avaliação médica a fim de diagnóstico diferencial e discussão de solicitação de exames de rotina de CA de próstata.

Fonte: SBU, 2018.



Manifestações Clínicas mais comuns de câncer de próstata:

Dificuldade de urinar

Diminuição do jato urinário

Presença de sangue na urina

Demora em iniciar ou finalizar o jato urinário

Necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou a noite

Fonte: INCA, 2021.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Caderno de Atenção Primária n. 29 — Rastreamento . Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Detecção precoce do câncer. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

SBU. Sociedade Brasileira de Urologia. Orientação: Saúde do Homem. 2018. Disponível em: http://www.sbu.org.br/escritoria -de-brasilia. Acesso em: 08/09/2021.

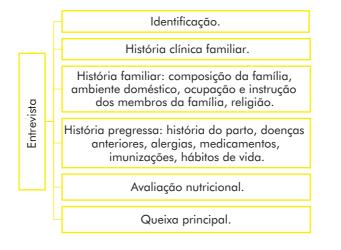
Saúde da Criança

Rotina das Consultas



As consultas devem seguir a periodicidade corretamente, intercalando as consultas com o Enfermeiro e o Médico da equipe.

Histórico de Enfermagem



Exame Físico

| | | Completo e Cefalopodal |
|--------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Avaliação Focal |
| | | Sinais Vitais |
| • | | Avaliação dos reflexos primitivos |
| Exame Físico | | Dados Antropométricos: Perímetro Cefálico (PC), estatura, peso, Índice de Massa Corpórea (IMC) e ganho de peso. |
| | | Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil |
| | | Rastreamento para displasia evolutiva do quadril (manobras de Barlow e Ortolani - 15 dias, 30 dias e 2 meses) |
| | | TRV (teste do reflexo do olho vermelho) - Ao nascer e 2 a 3 vezes ao ano até os 10 anos |
| | | Fontanelas |

Fontanela anterior

- Mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular
- Fecha-se do 9º ao 18º mês

Fontanela posterior

- Mede cerca de 0,5cm, tem forma triangular
- Fecha-se até o segundo mês



Ganho de peso, de comprimento/estatura e de perímetro cefálico por faixa etária.

| Idade | Peso | Estatura | PC |
|------------------|----------------------------|-----------|------------|
| 0 a 3 meses | 700g/mês (25 a 30g/dia) | 3,5cm/mês | 2cm/mês |
| 4 a 6 meses | 600g/mês (20g/dia) | 2cm/mês | 1cm/mês |
| 7 a 9 meses | 500g/mês (15g/dia) | 1,5cm/mês | 0,5cm/mês |
| 10 a 12 meses | 300g/mês (10g/dia) | 1cm/mês | 0,25cm/mês |
| 1 a 3 anos | 240g/mês (8g/dia) | 1cm/mês | 0,25cm/mês |
| 4 a 9 anos | 180g/mês (6g/dia) | 4cm/ano | 1cm/ano |

Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021.



Frequência Cardíaca

| Idade | Valor em |
|------------|----------|
| | bpm |
| Recém-nato | 70 a 170 |
| 11 meses | 80 a 160 |
| 2 anos | 80 a 130 |
| 4 anos | 80 a 120 |
| 6 anos | 75 a 115 |
| 8 anos | 70 a 110 |
| 10 anos | 70 a 110 |

Frequência Respiratória

| Idade | Valor em irpm |
|----------------------|---------------|
| 0 a 2 meses | Até 60 |
| 2 a 11 meses | Até 50 |
| 12 meses a 5 anos | Até 40 |
| 6 a 8 anos | Até 30 |
| Acima de 8 anos | Até 20 |

Temperatura

| • | |
|------------|----------|
| | Valor em |
| | °C |
| Febre | ≥ 37,8 |
| Hipotermia | ≤ 35,5 |

Ministério da saúde, 2012.



É importante saber! Avaliação dos reflexos:

Reflexos

Desaparecimento

| Preensão palmar | Entre 4 e 6 meses |
|----------------------------------|-----------------------------|
| Preensão plantar | Aos 15 meses |
| Reflexo cutâneo plantar | Até 18 meses |
| Reflexo de Moro | Após 5 meses |
| Reflexo tônico-cervical | Até 3 meses |
| Reflexo da marcha reflexa | Entre 4 e 8 semanas de vida |
| Reflexo da procura ou voracidade | Até 4 meses |

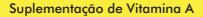
[·] Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.

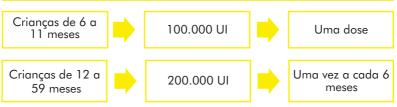
Condutas e Orientações



Figue atento!

O preenchimento da caderneta DEVE ser realizado em toda consulta a fim de avaliar os gráficos de crescimento e os marcos de desenvolvimento.





[·] Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2013.

Suplementação de Sulfato Ferroso

Crianças de seis a 24 meses



1mg de ferro elementar/kg Diariamente



Até completar 24 meses

Prevenção de Acidentes



Fique atento!

É importante orientar o responsável sobre a prevenção de acidentes de acordo com a caderneta da criança.

Sinais de Perigo

Crianças < 2 meses

- Astenia
- Febre
- Sonolência excessiva
- Convulsão ou perda da consciência
- Dispneia ou taquidispneia
- Não conseque mamar
- Hipotermia
- Otorreia
- Manchas hiperemiadas ou do tipo hematoma na pele
- Colúria
- Melena ou hematoquesia

Crianças

- > 2 meses
- Vômitos excessivos
- Sonolência excessiva
- Dispneia ou taquidispneia
- Não consegue mamar ou ingerir líquidos
- Convulsão ou perda da consciência
- Otorreia
- Manchas hiperemiadas ou do tipo hematoma na pele

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2020.

[·] Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2013.

Alimentação



Fique atento!

É importante orientar o responsável sobre a alimentação adequada para cada faixa etária de acordo com a caderneta da criança.

Higiene Oral

Escovação

Fio dental

Quantidade de creme dental

Supervisão ou complementação

Ao aparecer os dentes

Com creme

dental

fluoretado

Ao ter erupção dos dentes

Equivalente
a um grão
de arroz
para
crianças <
de 3 anos

Dos pais até a adolescência

Escova com cerdas macias, extremidad es arredonda das e tamanho adequado Equivalente
a um grão
de ervilha
para
criança
entre 3 e 6
anos

Fonte: Sociedade Paranaense de Pediatria, 2018.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento . Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais . Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO. Caderneta da Criança. Brasília, 2020.

HOCKENBERRY, M. J; WILSON, D. Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA. Manual De Avaliação Nutricional. 2. ed. – Atualizada – São Paulo: SBP, 2021.

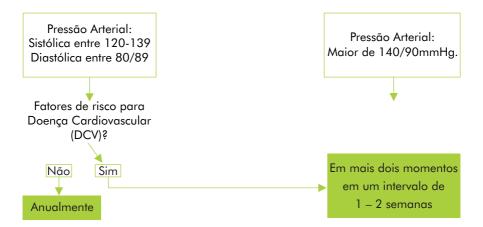
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE PEDIATRIA DO COMPORTAMENTO E DESENVOLVIMENTO. Caderneta de Saúde da Criança - Instrumento e Promoção do Desenvolvimento: como avaliar e intervir em crianças. n. 4, v.1. São Paulo : SBP, 2017.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. GRUPO DE TRABALHO SAÚDE ORAL. DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA. Aspiração/i ngestão de corpos estranhos: recomendações atualização de condutas em pediatria. n.76. São Paulo: SBP, 2016.

SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA. CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO PARANÁ. Guia de orientação para saúde bucal nos primeiros anos de vida. 2. ed. Paraná: 2018.

Assistência ao adulto com hipertensão arterial sistêmica (HAS)

Rastreamento



Fatores de risco de doença cardiovascular

- Histórico familiar de HAS e/ou DCV prematura (Mulheres < 65 anos e homens < 55 anos), histórico de eclâmpsia ou pré-eclâmpsia;
- Idade (mulher > 65 anos e homem > 55 anos);
- Sexo masculino;
- Sedentarismo;
- Obesidade (IMC>30 Kg/m²);
- Etilismo, tabagismo e consumo de drogas ilícitas;
- Baixa renda familiar;
- Consumo excessivo de sódio (>2g de sódio = 5g de sal de cozinha);
- Consumo diminuído de potássio;
- Dislipidemia: triglicerídeos (TG) > 150 mg/dL em jejum: LDL > 100 mg/dL; HDL-c < 40 mg/dL.

Diagnóstico

Métodos de diagnóstico

Medidas no consultório

3 medidas com intervalo de 1-2 min Média das 2 últimas medidas

Em mais de 1 consulta

Monitonização Residencial de Pressão Arterial (MRPA) Medir 3 vezes de manhã e 3 ao entardecer Durante 5 dias

Automedida da Pressão Arterial (AMPA)

7 medidas no período de 16 a 72hs

Classificação de risco

Classificação dos estágios de hipertensão arterial de acordo com o nível de PA, presença de FRCV, LOA ou comorbidades

| PA (mmHg) | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|------------|--|
| FR, presença de LOA ou doença | Pré - hipertensão | Estágio 1 | Estágio 2 | Estágio 3 | |
| Sem FR | Sem risco adicional | Risco baixo | Risco moderado | Risco alto | |
| 1 ou 2 FR | Risco baixo | Risco moderado | Risco alto | Risco alto | |
| ≥ 3 FR | Risco moderado | Risco alto | Risco alto | Risco alto | |
| LOA, DRC estágio 3, DM, DCV | Risco alto | Risco alto | Risco alto | Risco alto | |

FR: Fatores de Risco; LOA: Lesão de Orgão Alvo; DRC: Doença Renal Crônica DCV: Doença Cardiovascular DM: Diabetes Mellitus

Fonte: Barroso et al, 2020.

Coleta de dados

Identificação

Queixas atuais

Fatores de risco

Percepção da doença

Tempo de diagnóstico de HAS

Uso de medicação

Histórico familiar

Perfil psicossocial

Hábitos de vida

Comorbidades

Exame físico

Completo e cefalopodal

Antropometria:

-Altura -Peso

-IMC

-Circunferência abdominal

Acompanhamento

Para periodicidade do acompanhamento é sugerido o escore de Framinghan que determina o risco de um evento vascular em 10 anos.

Aplicativo gratuito para calcular escore: Calculadora ER 2017

| Categoria | Risco de evento cardiovascular | Consulta médica | Consulta de enfermagem | Consulta odontológica |
|-----------|--------------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|
| Baixa | <10% | Anual | Anual | Anual |
| Moderado | 10% - 20% | Semestral | Semestral | Anual |
| Alto | 20% | Quadrimestral | Quadrimestral | Anual |

Exames

No diagnóstico e anualmente

- Hemograma;
- Análise de urina;
- Potássio plasmático;
- Creatinina plasmática;
- Glicemia de jejum e HbA1c;
- Estimativa de ritmo de filtração glomerular;
- Lipidograma;
- Ácido úrico plasmático;
- Eletrocardiograma.

Tratamento

Tratamento não farmacológico: Mudança no Estilo de Vida (MEV)

Cessação do tabagismo

Redução do estresse

Atividade e exercícios físicos regulares: 150 min de aeróbico por semana e 2 a 3 dias de exercícios resistidos (musculação) em dias não consecutivos OBS: não ficar mais de 2 dias sem atividade.

Alcançar e manter IMC saudável (redução de 1 mmHg por cada kg perdido).

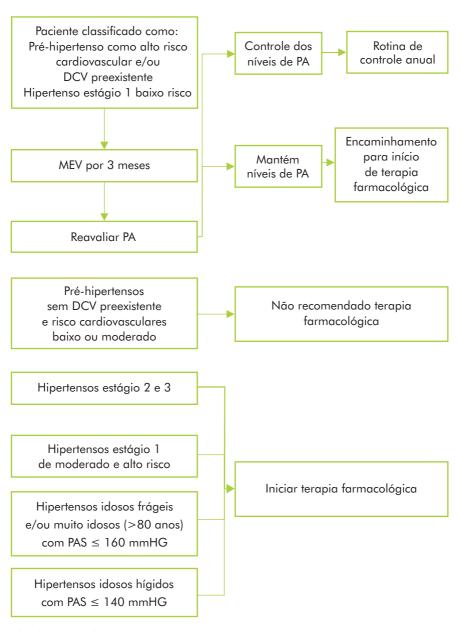
Melhora do padrão alimentar:

- Redução de doces, gorduras, bebidas com açucares e carnes vermelhas;
- Aumento do consumo de frutas e hortaliças;
- Laticínios com baixo teor de gorduras;
- Dieta rica em potássio;
- Redução do consumo de sódio (2g/dia de sódio ou 5g/dia de sal).

Redução do consumo de álcool (2 taças de vinho, 60 ml de destlado ou 600 ml de cerveja/ por dia).

Exercícios de respiração lenta 1x ao dia (6 -10 irpm durante 15 - 20 min) para redução na PA casual.

Tratamento farmacológico



Adaptado: Barroso et al. 2020

Fique atento! Mudança no estilo de vida (tratamento não farmacológico) vale para todos os pacientes com diagnóstico de HAS independente do estágio

Listas de medicamentos anti-hipertensivos

| Lista de medicamentos anti-hipertensivos disponíveis no Brasil | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Classe | Medicamento | Dose diária habitual (mg) | Freq* | Comentários e recomendações | | |
| | Hidroclorotiazida | 25-50 | 1 | Danas mais alaundas | | |
| Diuréticos | Clortalidona | 12,5-25 | 1 | Doses mais elevadas dos tiazídicos e | | |
| tiazídicos e similares | Indapamida | 1,5 | 1 | similares aumentam o efeito diurético sem adicionar ação anti-hipertensiva | | |
| | Furosemida | 20-240 | 1-3 | 11.00 | | |
| Diuréticos de alça | Bumetanida | 1-4 | 1-3 | Utilizada em insuficiência renal crônica (IRC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e estados de retenção de líquidos (edema) | | |
| D: (): | Espironolactona | 25-100 | 1-2 | | | |
| Diuréticos poupadores de potássio | Amilorida | 2,5-5 | 1 | Pode provocar hiperpotassemia | | |

| | | | | particularmente na IRC |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | e quando associada a inibidores da ECA ou BRA. |
| | Anlodipino | 2,5-10 | 1 | |
| S | Felodipino | 2,5-10 | 1 | Evite o uso em pacientes com |
| de Ode | Nifedipino | 10-60 | 1-3 | insuficiência cardíaca com |
| do SS Signification | Nitrendipino | 10-30 | 1 | fração de ejeção reduzida. |
| and and o (1 | Manidipino | 10-30 | 1 | Pode provocar edema |
| oqu sici alci dro | Lacidipino | 2-6 | 1 | de membros inferiores |
| Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) dihidropiridínicos | Lercanidipino | 10-20 | 1 | relacionado com a |
| 0 | Levanlodipino | 2,5-5 | 1 | dose utilizada. |
| | Verapamila | 120-360 | 1-2 | E. ita |
| Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) não dihidropiridínicos | Diltiazem | 80-240 | 1-2 | Evite o uso em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Evite a associação com betabloqueadores e em pacientes com bradicardia. |
| | Captoprila | 25-150 | 2-3 | |
| | Enalaprila | 5-40 | 1-2 | |
| | Benazeprila | 10-40 | 1-2 | Evite o uso em |
| | Lisinoprila | 10-40 | 1 | mulheres em idade fértil, pois há grande |
| (A) | Fosinoprila | 10-40 | 1 | risco de malformações |
| (E | Ramiprila | 2,5-20 | 1-2 | fetais e outras |
| Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) | Perindoprila | 2,5-10 | 1 | complicações na gestação. Contraindicada em associação a outros inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, exceto espironolactona na ICC. Risco de hiperpotassemia em pacientes com insuficiência renal ou que estejam recebendo suplementação de potássio. |
| es es "es | Losartana | 50-100 | 1-2 | |
| Bloqueadores dos receptores At 1 da Angiotensina II (BRA) | Valsartana | 80-320 | 1 | Mesmas |
| queador recepto At1 da giotensin (BRA) | Irbesartana | 150-300 | 1 | mesmas recomendações feitas |
| qu At At (B) | Candesartana | 8-32 | 1 | aos IECA. |
| Blo dos | Olmesartana Telmisartana | 20-40 | 1 | |
| _ ` ` | ieimisarrand | 20-80 | 1 | |

| | | 1 | | |
|-----------------------------------------------|-------------|--------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| sox | Propranolol | 80-320 | 2-3 | A retirada abrupta do propanolol deve |
| adores | Nadolol | 40-160 | 1 | ser evitada, pois pode provocar taquicardia reflexa e mal-estar. |
| Betabloqueadores (BB) não cardiosseletivos | Pindolol | 10-60 | 1 | O Pindolol possui atividade simpatomimética intrínseca que proporciona menor bradicardia. |
| S | Atenolol | 50-100 | 1-2 | O Nebivolol possui |
| ore /os | Metoprolol | 50-200 | 1 | ação vasodilatadora |
| e ji | Bisoprolol | 5-20 | 1 | via óxido nítrico. |
| due sel | Nebivolol | 2,5-10 | 1 | O Carvedilol possui |
| 00 <u>100</u> | 1400140101 | 2,3-10 | | efeito alfabloqueador |
| Betabloqueadores cardiosseletivos | Carvedilol | 12,5-50 | 1-2 | produz menor bradicardia. |
| e _ | Metildopa | 500- 2000 | 2 | A retirada abrupta da clonidina pode |
| ing S | Clonidina | 0,2-0,9 | 2 | provocar hipertensão |
| Simpatolíticos de ação central | Rilmenidina | 1-2 | 1-2 | rebote (crise hipertensiva) por liberação de catecolaminas na terminação sináptica. |
| | Prazosina | 1-20 | 2-3 | Iniciar com dose baixa |
| Alfabloqueadores | Doxazosina | 1-16 | 1 | antes de deitar-se, pois pode provocar hipotensão ortostática. Aumentar progressivamente a cada 2 dias. Há outros alfabloqueadores no mercado indicados exclusivamente para a hipertrofia benigna de próstata (tansulosina, alfuzosina, silodosina). |
| Vasodilatadores diretos | Hidralazina | 50-200 | 2-3 | Pode provocar retenção de sódio e água, hipervolemia e taquicardia reflexa. Deve ser usada em associação com diuréticos de alça. |

| | | | | Síndrome lupus-like em dose alta. |
|---------------------------------|-------------|---------|---|---------------------------------------------------|
| Inibidores diretos de renina | Alisquireno | 150-300 | 1 | Mesmas recomendações feitas aos IECA e BRA. |

Fonte: Barroso et al, 2020

Metas de Controle Pressórico

| METAS | Risco Car | diovascular | Idosos | | |
|----------------------|----------------------|-------------|---------|----------------|--|
| METAS | Baixo ou Moderado | Alto | Hígidos | ldosos frágeis | |
| PA sistólica (mmHg) | <140 | 120-129 | 130-139 | 140-149 | |
| PA diastólica (mmHg) | 90 | 70 79 | 70 79 | 70-79 | |

Fonte: Barroso et al, 2020

Complicações

| Doenças de apresentação precoce e tardia |
|--------------------------------------------------------|
| Acidente Vascular Encefálico |
| Doença Cardíaca Coronária |
| Insuficiência Cardíaca |
| Morte Cardiovascular |
| Doenças de apresentação tardia |
| Cardiomiopatia hipertensiva |
| Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada |
| Fibrilação atrial |
| Cardiopatia valvar |
| Síndromes aórticas |
| Doença arterial periférica |
| Doença renal crônica |
| Demências |
| Diabetes mellitus |
| Disfunção erétil |

Fonte: Barroso et al. 2020

Referências

Barroso, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 116, n.

Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128 p.

Assistência à pessoa com Diabetes Mellitus (DM)

Rastreamento

Paciente sintomático

Sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento) Indivíduos com sobrepeso ou obesidade + um fator de risco para DM

Idade >45 anos

- História familiar de DM2 em parente de primeiro grau
- Etnias de alto risco (afro descendentes, hispânicos ou indígenas)
- História de doença cardiovascular
- Hipertensão arterial
- HDL menor que 35mg/dL
- Triglicérides maior que 250mg/dL
- · Síndrome dos ovários policísticos
- Sedentarismo
- Presença de acantose nigricans
- · Pacientes com pré-diabetes
- · História de diabetes gestacional
- Indivíduos com HIV

SBD, 2011.

Periodicidade

| Intervalos trienais | Pacientes com baixo risco de desenvolver DM que tiveram resultado prévio normal |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Intervalos anuais | Paciente com mais de um fator de risco para DM |



Fique atento!

Intervalos mais curtos podem ser adotados caso ocorra ganho de peso acelerado ou mudança em fatores de risco.

Diagnóstico

| Critérios | Normal | Pré-DM | DM2 |
|-------------------------------|--------|-----------|-------|
| Glicemia de jejum (mg/dl) | < 100 | 100 a 125 | > 125 |
| Glicemia 2h após TOTG (mg/dl) | < 140 | 140 a 199 | > 199 |
| HbA1c | < 5,7 | 5,7 a 6,4 | > 6,4 |

SBD. 2011.

É necessários dois exames alterados como critério de DM. Se somente um exame estiver alterado, este deverá ser repetido para confirmação.

Risco cardiovascular em pacientes com DM

| Categorias | Taxa anual de DCV (Doença | Idade | | Condições |
|---------------|------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| de risco | cardiovascular) | DM2 | DM1 | necessária |
| Baixo | <1% | Homem: <38 Mulher<46 | Usar | Sem EAR |
| Intermediário | 1%-2% | Homem: 38 - 49 Mulher: 46 - 56 | calculadora Steno se DM1 < 20 | Sem EMAR |
| Alto | 2%-3% | Homem: 50 anos ou mais Mulher: 56 ou mais | anos de duração | 1 EAR ou 2 EAR sem EMAR |
| | | DM1 e DM2: Qualquer idade sem EAR | | |
| Muito alto | >3% | Qualquer idade | , se EMAR | EMAR ou >3 EAR |

Fonte: adaptado de Bertoluci MC et al., 2017. Apud SBD, 2021.

Estratificadores de alto risco (EAR)

Tradicionais

- DM2 há mais de 10 anos
- História familiar de doença arterial coronária prematura
- Síndrome metabólica definida pelo IDF
- Hipertensão arterial tratada ou não
- Tabagismo ativo
- Neuropatia autonómica cardiovascular incipiente (1 teste TAC alterado)
- Retinopatia diabética não proliferativa leve

Renais

Doença renal estratificada como risco alto (EAR)

DASC (Doença aterosclerótica subclínica)

- Placa carótida (espessura intima média > 1,5mm)
- Indice tornozelo braquial < 0,9

Fonte: adaptado de Bertoluci MC et al., 2017. Apud SBD, 2021.

Estratificadores de muito alto risco (EMAR)

Prevenção primária de muito alto risco - (EMAR-1)

- Três ou mais EAR
- DM1 com duração maior que 20 anos, diagnosticado após os 18 anos de idade
- Estenose maior do que 50% em qualquer território vascular
- EMAR renal
- Hipercolesterolemia grave: CT > 310 mg/dL ou LDL-c > 190 mg/Dl
- Neuropatia autonômica cardiovascular instalada: dois testes autonômicos cardiovasculares (TAC) alterados para NAC.
 - Retinopatia diabética não proliferativa moderada-severa ou severa, proliferativa, ou evidência de progressão.

Prevenção secundária - (EMAR-2)

- Síndrome coronariana aguda: infarto agudo do miocárdio ou angina instável
- · Infarto agudo do miocárdio antigo ou angina estável
- Acidente vascular cerebral aterotrombótico ou ataque isquêmico transitório (AIT)
- Revascularização coronariana, carotidea, renal ou periférica
- Insuficiência vascular periférica ou amputação de membros

Fonte: adaptado de Bertoluci MC et al., 2017. Apud SBD, 2021.

| | Estratificadores renais (EAR e EMAR) | | | | | | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------|---------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|----------|--|--|--|
| | | | | Categorias de albuminúria | | | | |
| Estágios da DRD (Doença Renal do Diabetes) | | Normal | Moderadamente aumentada (microalbuminúria) | Muito aumentada (macroalbuminúria) | | | | |
| | | | <30mg /g | 30 - 299mg/g | ≥300mg/g | | | |
| G 1 | Normal ou alta | ≥90 | Ver idade, | | | | | |
| G 2 | Levemente reduzida | 89-60 | EAS e EMAR | | | | | |
| G 3 a | Leve a moderadamente reduzida | 59-45 | | | | | | |
| G 3 b | Moderadamente reduzida | 44 - 30 | | | | | | |
| G 4 | Muito reduzida | 29 - 15 | | | | | | |
| G 5 | Falência renal | < 15 | | | | | | |

Fonte: adaptado de KDIGO 2020, Cosentino et al., 2019; Bertoluci, M.C. et al., 2017. Apud SBD, 2021.

Coleta de Dados

Identificação

Queixas atuais

Hábitos de vida

Fatores de risco

Perfil psicossocial

Histórico de doenças

Medicações em uso

Percepção da doença

Histórico familiar

Exame físico

Completo e cefalopodal

Avaliação focal:

Antropometria:

- -Altura
- -Peso
- -IMC
- -Circunferência abdominal
- Pressão arterial
- Alteração visual
- Alterações da Pele
- Alterações de membros inferiores (veja mais à frente)

Rotina de acompanhamento

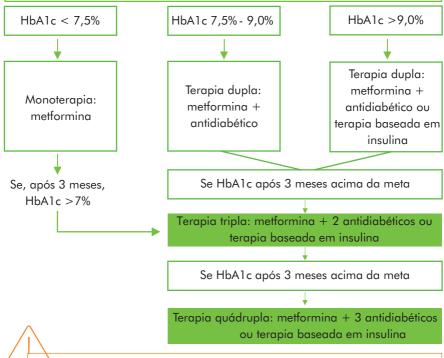
| Baixo Risco | 2 consultas ao ano 1Enf + 1Med | 2Enf + 1Med |
|------------------|--------------------------------|---------------------|
| Médio Risco | 3 consultas ao ano | 2Enf + 1 Med |
| Alto Risco | 6 consultas ao ano | Pelo menos 1 médica |
| Muito Alto Risco | 6 consultas ao ano | Pelo menos 1 médica |

Exames

| HbA1c (%) | Glicemia média estimada (mg/dL) IC 95% | |
|-----------|----------------------------------------|--|
| 5 | 97 (76-120) | |
| 6 | 126(100-152) | |
| 7 | 154(123-185) | |
| 8 | 183(147-217) | |
| 9 | 212(170-249) | |
| 10 | 240(193-282) | |
| 11 | 269(217-314) | |
| 12 | 298(240-347) | |

Tratamento

Tratamento de DM2 sem complicações cardiovasculares ou renais



Fique atento!

Paciente sintomático apresentando HbA1c >9,0% →Terapia baseada em insulina (com ou sem metformina), quando clinicamente estável, terapia dupla com metformina + antidiabético deve ser considerada.

Tratamento não farmacológico

Mudança do estilo de vida (MEV)

Atividade Física:

Exercícios aeróbicos: >150 min por semana de moderada

ou vigorosa intensidade

Exercícios resistidos: 2-3 sessões/semana em dias não consecutivos

Obs: não ficar mais do que 2 dias sem atividade



Pesos livres, aparelhos de musculação, bandas elásticas ou uso do próprio peso corporal

Redução da ingestão de bebidas alcoólica

Suspensão do tabagismo

Redução de peso

Mudança de hábitos alimentares



- Livre de açucar, sódio, gorduras saturadas e trans;
- Evitar alimentos ultra processados;
- Preferir Alimentos in natura;
- Fracionar alimentação em 6 refeições (3 principais e 3 lanches).

Farmacológico

| | Nomes científicos | Hipoglicemiante | Injetável | Efeitos adversos |
|----------------|------------------------------------------------|-----------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metformina | Metformina | NÃO | NÃO | Diarreia, náuseas, deficiência de vita mina B12, acidose láctica em pacientes com IR C |
| Sulfonilureias | Glicazida MR; Glimepirida; Glibenclamida | SIM | NÃO | Ganho de peso e hipoglicemia. Gliclazida MR tem menor risco de hipoglicemia |
| Insulina | - | SIM | SIM | Ganho de peso e hipoglicemia |

Metas terapêuticas

| | DM1 ou DM2 | ldoso saudável | Idoso comprometido | Idoso muito comprometido | Criança e adolescente |
|----------------------------------------|------------------|-------------------|-----------------------|------------------------------------------------|--------------------------|
| HbA1c % | <7,0 | | <8,5 | Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia | <7,0 |
| Glicemia de jejum e pré-prandial | 80 - 130 | 80- 130 | 90-150 | 100-180 | 70-130 |
| Glicemia 2h - prandial | < 180 | <180 | <180 | - | <180 |
| Glicemia ao deitar | 90 - 150 | 90- 150 | 100-180 | 110 – 200 | 90-150 |
| TIR* 70-180 mg/dL | >70% | >70% | >50% | - | >70% |

Insulinoterapia

| ٦ | , | ۰ | | |
|-----|----|---|---|--|
| ١. | ./ | п | | |
| - 1 | ٧. | п | u | |

Uso dos insumos

Preparo em seringa

Subcutânea

- Seringa e lanceta podem ser reutilizados até 6 vezes
- Agulha para caneta dura 24 h para cada caneta independente do número de aplicações
- Descarte em recipiente rígido e quando cheio levar até a UBS

-Higienização das mãos
-Homogeneização: 20 movimentos de
rolamento entre as palmas das mãos
-Assepsia do frasco
-Aspirar o ar equivalente a quantidade de
insulina e injetar no frasco
-Aspirar dose
-Em combinação de insulinas aspirar
regular antes da NPH

| Preparo em caneta | Higienização das mãos Homogeneização: 20 movimentos em 180° Girar o seletor de dose para 2 unidades Segurar com a agulha apontada para cima e bater levemente com o dedo no carpule Manter a agulha para cima e pressionar o botão injetor completamente Observar se uma gota de insulina aparece, caso não, tentar no máximo até 6 vezes |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aplicação | Realizar prega com dedos polegar e indicador Administrar em ângulo de 90° Manter agulha no tecido por 5 segundos se seringa e 10 segundos se caneta |
| Locais de Aplicação | - Abdome, braços nádegas e coxas |
| Rodízio dos locais | Dividir local em 4 quadrantes dando espaço de 1 cm de uma aplicação para outra Após usar todos os espaços trocar de quadrante; após usar todos os quadrantes trocar de região Retornar para local já aplicado após 14 dias |
| Armazenamento e transporte | - Anotar dia de abertura da insulina - Armazenar frasco e caneta lacrados entre 2°e 8°C, de 2 a 3 anos a partir da data de fabricação - Armazenar em geladeira nas prateleiras do meio, inferior ou gaveta, dentro de um recipiente com tampa; - Armazenar frasco em uso em geladeira ou em temperatura ambiente até 30°C, até 30 dias após sua abertura; - Armazenar caneta em uso em geladeira ou em temperatura ambiente até 30°C, até 28 dias após sua abertura - Se congelar, deve-se descartar - Retirar de 15 a 30 minutos antes da aplicação - Transportar em bolsa térmica e sem exposição ao so |
| | Complicações |
| Agudas | - Síndrome Metabólica -Descompensação hiperglicêmica -Cetoacidose Diabética - Hipoglicemia |
| | |

Rastreamento de pé diabético

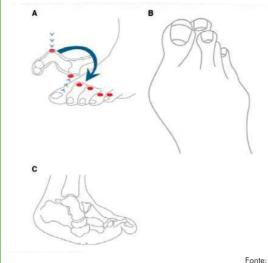
Coleta de dados

- Tempo de doença do Diabetes Mellitus e controle glicêmico;
- História de complicações micro e macrovasculares;
- História de úlceras, de amputações ou by-pass em membros inferiores;
- História de tabagismo;
- Dor ou desconforto em membros inferiores pode-se utilizar escalas visuais analógicas (como a Escala de Faces ou escalas numéricas);
- Certificar a respeito do conhecimento dos cuidados diários com os pés;
- Certificar a qualidade da acuidade visual.

Exame

Inspeção

Anatomia do pé: Avaliar possíveis deformidades nos pés como o aumento das proeminências dos metatarsos, dedos em garra (Figura A), dedos em martelo, joanetes (Figura B) e perda do arco plantar, também chamada de Artropatia de Charcot (Figura C).



Fonte: Boulton et al., 2008. apud BRASIL, 2016.

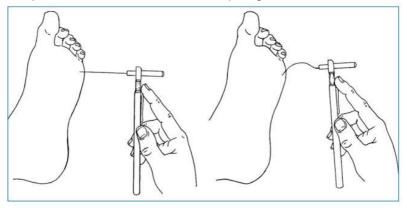
- Hidratação dos pés;
- Coloração, temperatura, distribuição dos pelos;
- Integridade de unhas e pele:
 - Atrofia de pele e/ou unhas (pele e/ou unhas quebradiças);
 - Lesões esfoliativas, úmidas indicativas de dermatofitose nos espaços interdigitais e pés;
 - Distrofias ungueais (alterações do aspecto, da forma, da cor e/ou da espessura da unha, com ou sem perda da integridade) caso suspeito de onicomicose;
 - Avaliação da técnica do corte das unhas.
- Calosidades.

Avaliação neurológica

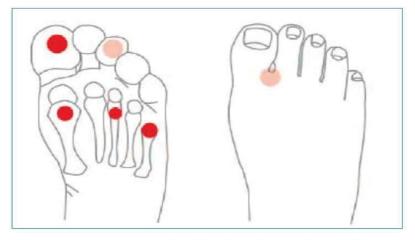
- Avaliação da sensibilidade tátil com monofilamento de 10 gramas (5,07U) Semmes-Weinstem:
- 1. Esclarecer o paciente sobre o teste. Solicitar ao mesmo que diga "sim" cada vez que perceber o contato com o monofilamento;
- 2. Aplicar o monofilamento adequado (10 gramas) perpendicular à superfície da pele, sem que a pessoa examinada veja o momento do toque;
- 3. Pressionar com força suficiente apenas para encurvar o monofilamento, sem que ele deslize sobre a pele;
- 4. O tempo total entre o toque para encurvar o monofilamento e sua remoção não deve exceder 2 segundos;
- Perguntar, aleatoriamente, se o paciente sentiu ou não a pressão/toque (SIM ou NÃO) e onde está sendo tocado (Pé Direito ou Esquerdo);
- Serão pesquisados quatro pontos (pontos vermelhos escuro), em ambos os pés;
- Aplicar duas vezes no mesmo local, alternando com pelo menos uma vez simulada (não tocar), contabilizando no mínimo três perguntas por aplicação;
- 8. A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações;

Fonte: Boulton et al., 2008 apud BRASIL, 2016.

9. A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações;



Fonte: Adaptado de Boulton et al., 2008. ; BRASIL, 2013. Apud BRASIL, 2016.



Fonte: Adaptado de Boulton et al., 2008; Brasil, 2013. Apud BRASIL, 2016.

Fonte: Ochoa-Vigo & Pace, 2005; Apelqvist et al., 2008 Apud BRASIL, 2016.

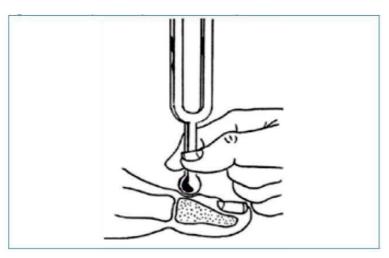
- Avaliação da sensibilidade vibratória com diapasão de 128Hz: •

O teste é positivo (alterado) se o paciente responde de forma incorreta (pessoa perde a sensação da vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapasão vibrando), em pelo menos duas de três aplicações, e negativo (normal) com duas das três respostas corretas. •

Caso alterado, recomenda-se a repetição do teste em local mais proximal (maléolo ou tuberosidade tibial).

- 1. Esclarecer o paciente sobre o teste. Solicitá-lo que informe quando começar e quando deixar de sentir a vibração.
- Segurar o cabo do diapasão com uma mão e aplicar sobre a palma da outra mão um golpe suficiente para produzir a vibração das hastes superiores.
- Aplicar a ponta do cabo do diapasão perpendicularmente e com pressão constante sobre a falange distal do hálux. A pessoa examinada não deve ser capaz de ver se ou onde o examinador aplica o diapasão.
- Manter o cabo do diapasão até que a pessoa informe não sentir mais a vibração.
- Repetir a aplicação mais duas vezes, em ambos os pés, mas alternando-as com pelo menos uma aplicação "simulada" em que o diapasão não esteja vibrando.
- O teste é considerado anormal quando a pessoa perde a sensação da vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapasão vibrando.
- 7. A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.
- 8. A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.

Fonte: Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético, 2001 apud. BRASIL, 2016.



Fonte: Adaptado de Boulton et al., 2008; Brasil, 2013 apud BRASIL, 2016.

- Avaliação do reflexo tendíneo Aquileu:

- 1. Esclarecer o paciente sobre o teste. O paciente deve estar sentado, com o pé pendente, ou ajoelhado sobre uma cadeira;
- 2. O pé da pessoa examinada deve ser mantido relaxado, passivamente em discreta dorsoflexão;
- 3. Aplicar um golpe suave com martelo de reflexos ou com digitopercussão sobre o tendão Aquileu;
- 4. A resposta esperada é a flexão plantar reflexa do pé, consequente à percussão do tendão;
- 5. O teste está alterado quando o reflexo está ausente ou diminuído;

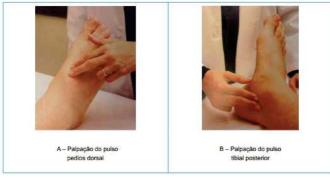
Fonte: Hoppenfeld, 1980 apud BRASIL, 2016.



Fonte: Adaptado de Boulton et al., 2008; Brasil, 2013 apud BRASIL, 2016

Avaliação Vascular

- Técnica de palpacão de pulsos periféricos:



Fonte: Makadisse, 2004 apud BRASIL, 2016.

Referências

A CANETA DA SAÚDE. **Caneta da saúde**, 2022. Disponível em: < https://www.canetadasaude.com.br/a-caneta.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade Brasileira de Diabetes** 2019-2020. São Paulo: SBD, 2019.
SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade Brasileira de Diabetes** – Versão Preliminar 2021.

Assistência à pessoa com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)

Coleta de dados

- Faz uso de preservativos?
- Possui parceria sexual fixa?
- Quando foi a última relação sexual? Usou proteção? Se sim, de quais tipos?
- Faz sexo com homens, mulheres ou ambos?
- Nos últimos 3 meses que tipo de sexo você fez?
- Já realizou testes rápidos antes? Se sim, quando foi a última vez?
- Possui histórico de tratamento anterior para IST's? Completo? Sua parceria também tratou?
- Já apresentou anteriormente alguma lesão ou verruga em região anogenital?

Aconselhamento pré-teste

- Acolhimento do paciente em ambiente confortável;
- Reafirmar caráter confidencial e o sigilo das informações;
- Explicação sobre IST's (formas de transmissão, prevenção, janela imunológica e tratamento);
- Avaliação de vulnerabilidades e de riscos individuais para IST's;
- Trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste e o impacto na vida de cada usuário;
- Considerar as possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste e reforçar medidas de prevenção neste período;
- Informação sobre o passo a passo do exame.

Periodicidade de rastreamento de IST's

| | Quando? | | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|--------------------|
| Quem? | HIV | Sífilis | Clamídia e Gonorréia | Hepatites B e C |
| Adolescentes e Jovens (< 30 anos) | Ver frequência conforn outros subgrupos populacionais ou prátic sexuais. | | ogrupos ou práticas | |

| Gestantes | -Primeira consulta de pré- natal (ideal no 1º trimestre); -Início do 3º trimestre (28º semanas); -Parto: independente de exames anteriores; -Aborto/natimorto, testar para sífilis, independente de testes anteriores. | | 1º consulta do pré-natal (gestantes ≤ 30 anos) | Hepatite B: 1º consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro 1º trimestre) Hepatite C: ver histórico de exposição de risco para HCV. |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gays e HSH* | | | Ver frequência | |
| Trabalhadores (as) do sexo Travestis/Transexuais Pessoas que usam álcool e outras drogas | Semestral | | conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais | Semestral |
| Pessoas com IST | No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico | | Momento do diagnóstico | Momento do diagnóstico |
| Pessoas com hepatites virais | Momento do diagnóstico | - | - | - |
| Pessoas com tuberculose | Momento do diagnóstico | - | - | - |
| PVHIV** | - Semestral | | Momento do diagnóstico | Anual |
| Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos | | Seme | stral | |
| Pessoas privadas de liberdade | Anual | Semestral | - | Semestral |
| Violência sexual | Atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição | No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição exposição | | Atendimento inicial e aos 3 e 6 meses após a exposição. |
| Pessoas em uso de PrEP | A cada visita ao serviço | Trimestral | Semestral | Trimestral |
| Pessoas com indicação de PEP | Atendimento inicial; 4 a 6 | | Atendimento inicial; 4 a 6 semanas após | Atendimento inicial e 6 |
| Pessoas em uso de PrEP Pessoas com | semanas após exposição e 3 meses após exposição A cada visita ao serviço Atendimento | semanas após exposição Trimestral Semestral Atendimento inicial; 4 a 6 | | inicial e ac 3 e 6 mese após a exposição Trimestral |

após exposição e 3 meses após exposição

após exposição exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)

meses após exposição

Fatores de risco para IST´s

Idade menor que 30 anos

História prévia/presença de outra IST

Novas ou múltiplas parcerias sexuais

Parcerias com IST

Uso irregular de preservativo

Ferramentas de gestão de risco

Prevenção combinada

Definição

Diferentes ações de prevenção as IST's, ao HIV e as hepatites virais e seus fatores associados. combinação de 3 intervenções: biomédica, comportamental e estrutural (âmbito individual e coletivo)

- Oferta de PEP e PrEP, quando indicados;
- Prevenção de transmissão vertical;
- Imunizar para HPV e HBV;
- Redução de danos;
- Diagnosticar e tratar as pessoas com IST's;
- Estimular uso de preservativo vaginal, peniano e lubrificantes;
- Tratar todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Sexo seguro

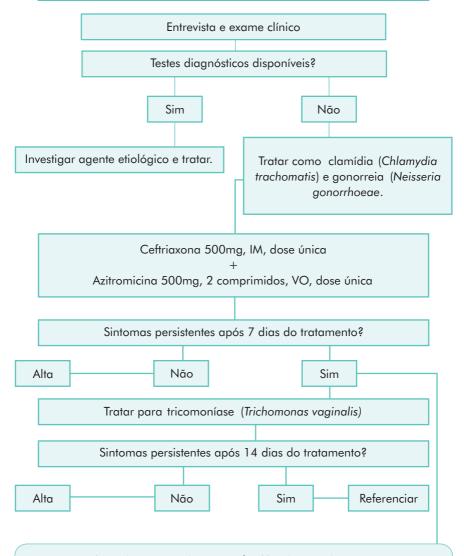
Definição

Medida de prevenção complementares ao uso do preservativo que garantem pratica sexual segura

- Imunizar para HAV, HBV e HPV;
- Conhecer o status sorológico para HIV da(s) parceria(s) sexual(is);
- Testar regularmente para HIV e outras IST;
- Tratar todas as pessoas vivendo com HIV – PVHIV;
- Realizar exame preventivo de câncer de colo do útero;
- Realizar PrEP, quando indicado;
- Conhecer e ter acesso a anticoncepção e concepção.

^{*}HSH (homens que fazer sexo com outros homens) - **PVHIV (pessoas vivendo com HIV).

Corrimento uretral

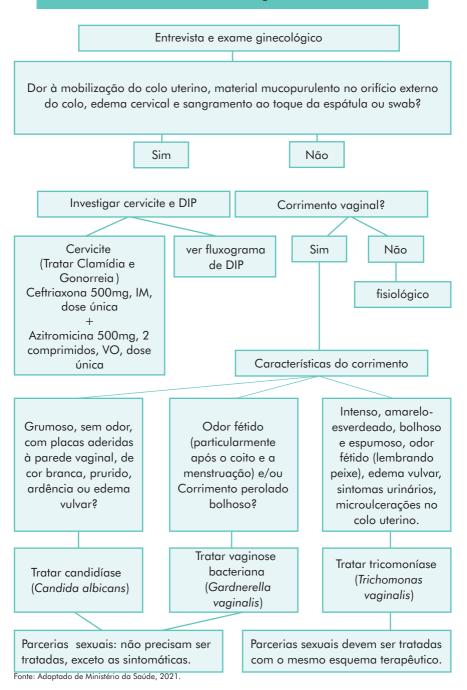


Investigar possíveis causas de Uretrites persistentes

- Reexposição a parceria sexual não tratada.
- Infecção adquirida de outra parceria sexual.
- Medicamentos não tomados corretamente ou esquemas não completados.
- Infecção por outros patógenos.
- Presença de organismos resistentes.
- Outras causas: trauma (ordenha continuada), piercings, infecção do trato urinário, prostatite, fimose, irritação química, estenoses.

[·] Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

Corrimento vaginal



Tratamento

Candidíase

| Condição clínica | Primeira opção | Segunda opção | |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Candidíase vulvovaginal (CVV) | 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. | Fluconazol 150mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia por 1 dia | |
| Candidíase vulvovaginal recorrente e complicada | Indução: fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 ou itraconazol 100mg, 2 cp, VO, 2x/dia po 1 dia ou miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. Manutenção: fluconazol 150 mg, VO, 1x/semana, por 6 meses ou miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana ou miconazol óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses | | |

- -Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal.
- CVV recorrente: paciente reporta 4 ou mais episódios sintomáticos

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Vaginose bacteriana

| Condição clínica | Primeira opção | Segunda opção | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|
| Vaginose bacteriana (incluindo gestantes e lactantes) | 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. | Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias. | |
| Vaginose bacteriana Recorrente | Metronidazol 250mg, 2 cp VO, 2x/dia, por 10-14 dias OU metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600 mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 10mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses. | | |

- Gestante, lactantes e puérperas: recomenda-se o mesmo tratamento de primeira opção.
- A recorrência de Vaginose bacteriana após o tratamento é comum.

·Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Tricomoníase

Tricomoníase (incluindo gestantes e lactantes)

Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) OU

Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Úlcera genital Entrevista e exame clínico Característica da úlcera genital - Múltiplas; - Única, ocorre no local - Vesículas com de entrada da bactéria; - Dolorosas; conteúdo citrino; - Borda irregular, - Indolor; - Muito dolorosas. contornos eritemato-- Borda bem edematosos e fundo definida e regular; heteroaêneo. - Exsudato necrótico. - Base endurecida Tratar herpes (HSV) amarelado, com odor e fundo limpo. fétido, que, quando removido, há tecido Primeiro episódio de granulação com Aciclovir 200mg, 2 Tratar sífilis sangramento fácil. (Treponema pallidum) comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias Tratar cancroide -Recidiva (cancro mole) Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, (Haemophilus ducreyi) 3x/dia, por 5 dias Azitromicina 500mg, 2 - Tratamento local: compressas de solução comprimidos, VO, dose fisiológica ou degermante em solução única aquosa, para higienização das lesões;

- É recomendado retorno em uma semana.



necessário:

Figue atento!

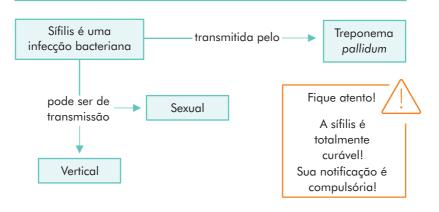
- Analgésicos orais podem ser utilizados, se

Caso os sinais e sintomas persistam após 14 dias encaminhar para referência.

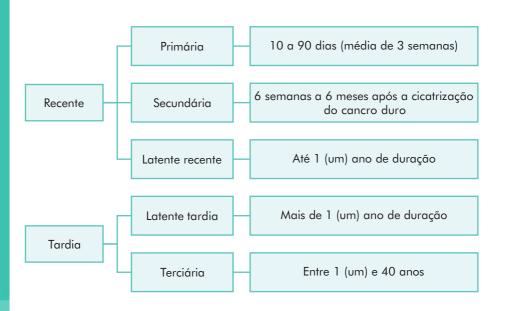
· Fonte: adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

Sífilis

Principais Características



Classificação Clínica



Sinais e Sintomas

| Primária | - Cancro duro (úlcera genital); -Linfonodos regionais. |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secundária | Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sifílides papulosas, sifílides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão); Micropoliadenopatia; Linfadenopatia generalizada; Sinais constitucionais; Quadros neurológicos, oculares, hepáticos; |
| Latente recente | Assintomática |
| Latente tardia | Assintomática |
| Terciária | Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Osseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justaarticulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais, como o da paralisia geral; |

Adaptado de: DCCI / SVS / MS 2021.

É importante saber sobre a neurossífilis!

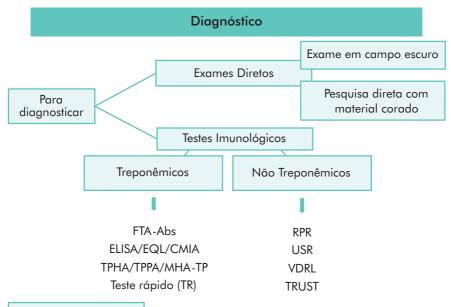
Identificar <u>sinais e sintomas</u> — Encaminhar para atenção secundária

Epilepsia
Tabes dorsalis
Goma sifilítica
Confusão mental
Meningite sifilítica
Deficiência cognitiva
Envolvimento ocular e auditivo
Psicose + alucinações visuais
ou auditivas

Fique atento!

Toda erupção cutânea sem causa determinada deve ser investigada com testes para sífilis





É importante saber!

Características dos treponêmicos

Que é o primeiro teste a ficar reagente

Importantes para o diagnóstico

Permanecem reagentes após o tratamento

Não são indicados para monitoramento de resposta ao

tratamento

Características dos não treponêmicos

Quantificáveis

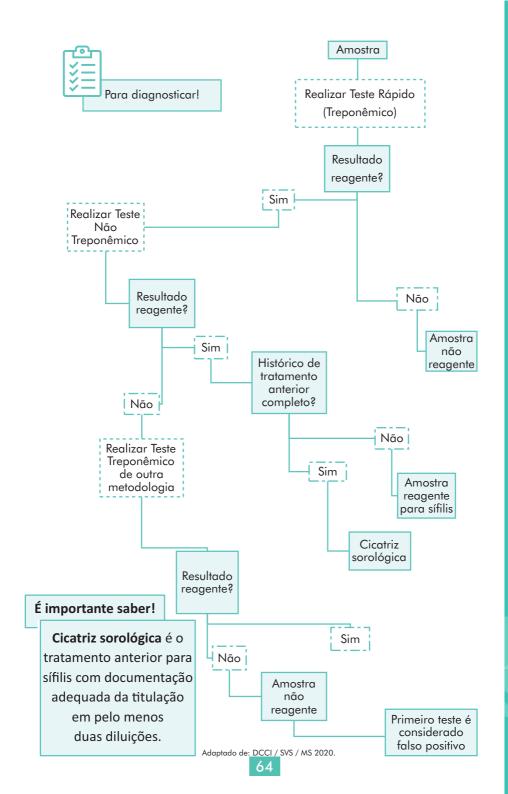
Importantes para o diagnóstico

Indicados para monitoramento de resposta ao tratamento

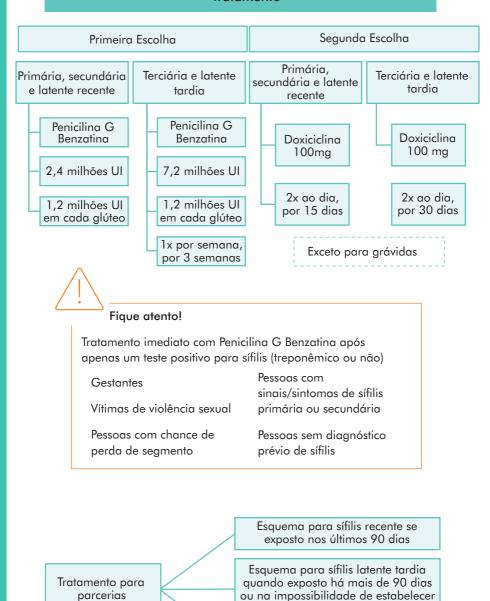


Figue atento!

Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, recomenda-se iniciar a investigação pelo teste treponêmico, que é o primeiro teste a ficar reagente.

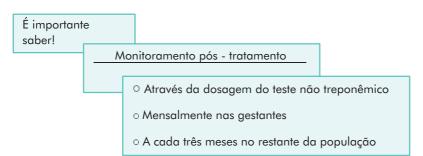


Tratamento

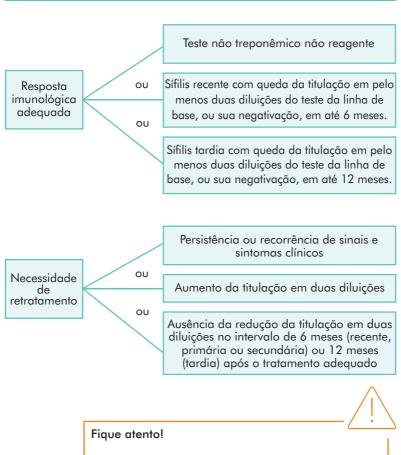


data da infecção

Realizar testes imunológicos

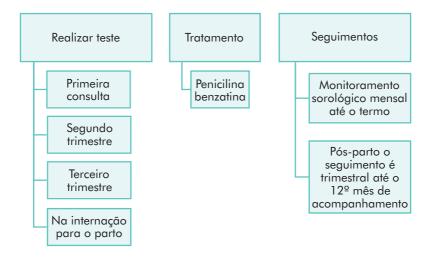


Resposta ao Tratamento



Excluindo-se a hipótese de reinfecção, recomenda-se investigação de Neurossífilis.

Sífilis na Gestação





Fique atento!

Na ausência de tratamento adequado, recente e documentado, deverão ser tratadas no momento da consulta e ser solicitado e/ou colhido o teste não treponêmico.

Adaptado de: DCCI / SVS / MS 2020.

Sífilis Congênita



Definição!

RN de mulher diagnosticada com sífilis no pré-natal, parto ou puerpério NÃO tratada ou tratada de FORMA INADEQUADA.

É importante saber!

Sintomas mais frequentes:

Hepatomegalia Rash cutâneo

Icterícia Linfadenopatia generalizada Rinite sifilítica Anormalidades esqueléticas

Baixo peso Prematuridade



Cuidados na APS

Realizar exames complementares para investigação de Neurossífilis e registrar em prontuário

- VDRL Teste rápido Hemograma com contagem de plaquetas
- ALT Bilirrubina Albumina Elétrólitos Punção liquórica
- AST RX de tórax e ossos longos

Ações importantes

- Registrar em prontuário se a criança foi notificada na maternidade
- Registrar se a criança foi adequadamente tratada durante a internação na maternidade.

Rotina de CD

- Segmento habitual
- Retorno para checagem de exames complementares, se necessário

Monitoramento laboratorial

- VDRL em 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade
- Interromper o seguimento laboratorial após 2 testes não treponêmicos não reagentes consecutivos
- Aos 18 meses realizar teste treponêmico (rápido) e encerrar o caso com o resultado no formulário de notificação

Monitoramento de sinais e sintomas

Observar o Desenvolvimento Neuropsicomotor

Periodicidade de consultas

- Monitorar se criança foi encaminhada para consultas oftalmológica, audiológica e neurológica
- Semestrais por 2 anos

Criança Exposta à Sífilis

Definição

RN assintomático de mulher diagnosticada com sífilis durante o pré-natal e tratada adequadamente.





CUIDADOS NA APS

Solicitar:

• Teste não treponêmico para o RN, se necessário

Avaliar:

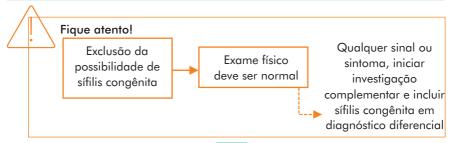
- Se titulação do teste for superior em até 2 diluições do materno -> Encaminhar como Sífilis Congênita e notificar
- Se RN possui teste não treponêmico não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno

Rotina de CD

- Segmento habitual
- Retorno para checagem de exames complementares, se necessário

Monitoramento laboratorial

- VDRL em 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade
- Declínio do teste não treponêmico aos 3 meses de idade -> não reagente aos 6 meses -> manter investigação, caso não, investigar sífilis congênita
- Interromper o seguimento laboratorial após 2 testes não treponêmicos não reagentes consecutivos ou queda do título em duas diluições
- Aos 18 meses realizar teste treponêmico (rápido), não obrigatório



Condilomas de HPV

Coleta de dados



A coleta de dados encontra-se no início do capítulo de IST.

Diagnóstico

Características das lesões de HPV:

- Lesões pontiagudas: condiloma acuminado.
- Únicas ou múltiplas.
- Achatadas ou papulosas, mas sempre papilomatosas.
- Superfície fosca.
- Da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas.
- Assintomáticas.
- Podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes.

Tratamento

Tratamento ambulatorial

Ácido tricloroacético (ATA) 80% a 90% em solução OU

Podofilina 10%-25% solução (contraindicado na gestação)

A frequência e número de sessões deve variar conforme a resposta, sendo adequado iniciar com aplicações semanais

Tratamento domiciliar

Imiquimode 50mg/g creme (contraindicado na gestação) Aplicar em dias alternados (3x/semana). Usar até as verrugas desaparecerem ou até 16 semanas a cada episódio de verruga

Podofilotoxina 1,5mg/g creme

Aplicar 2x/dia, pela manhã e à noite, por 3 dias consecutivos, seguida por um período de 4 dias sem aplicação (um ciclo de tratamento)

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.



Considerar a mudança terapêutica quando não houver mudança significativa após 3 sessões ou se as verrugas não desaparecerem após 6 sessões de tratamento.

Fique atento!

Parcerias sexuais devem ser orientadas e examinadas

Pacientes com lesões anais, devem ter um exame proctológico com anuscopia e toque retal.

Mulheres com verrugas anogenitais necessitam realizar exame preventivo de câncer de colo do útero e, quando indicada, colposcopia, acompanhada ou não de biópsia.

Prevenção Vacina HPV

Crianças e adolescentes

- -2 doses (0 e 6 meses)
- -Meninas de 9 a 14 anos
- -Meninos de 11 a 14 anos

PVHIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos

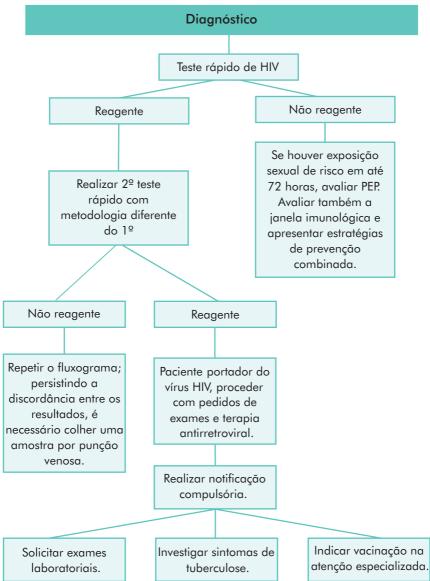
- -3 doses (0, 2 e 6 meses)
- -Mulheres de 9 a 26 anos
- -Homens de 9 a 26 anos

Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

Coleta de dados



A coleta de dados encontra-se no início do capítulo de IST.



Fonte: BRASIL, 2021.



Fique atento!

- O teste pode ser realizado por qualquer profissional treinado, emissão do laudo somente por profissional de nível superior;
- Em crianças menores de 12 anos o teste de HIV só deve ser realizado com a presença de um responsável.

Prescrição de TARV (terapia antirretroviral)

Tenovir (TDF) 300mg + lamivudina (3TC) 300mg + dolutegravir (DTG) 50mg 1 vez ao dia , via oral, uso contínuo

Exames

Específicos:

- Contagem de CD4
- Carga viral

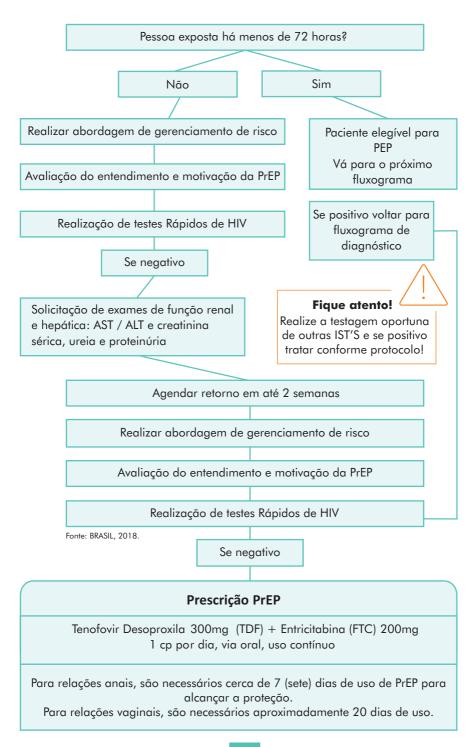
Gerais:

- Hemograma completo;
- Glicemia em jejum;
- Lipidograma;
- AST; ALT; FA;
- BT e frações;
- Creatinina;
- EAS:
- Teste imunológico para sífilis;
- Anti-HAV;

- Anti-HCV;
- HBsAg;
- Anti-HBc total;
- Anti-HBs:
- IGG toxoplasmose;
- -Sorologia para HTLV I e II e Chagas (regiões endêmicas);
- Prova tuberculínica;
- Radiografia de tórax.

Profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV

População prioritária: gays, HSH, pessoas trans; profissionais do sexo; parcerias sorodiscordantes para o HIV





Figue atento!

Pessoas com história de fratura patológica devem ser avaliadas por especialista antes da prescrição da PrEP!

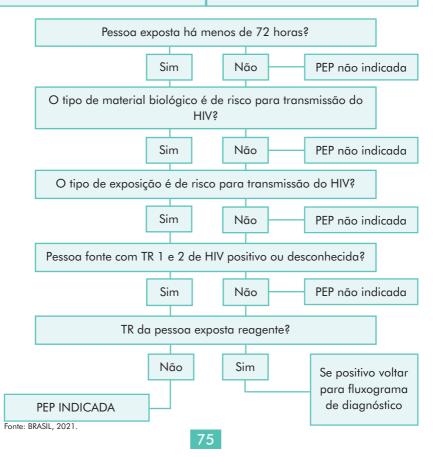
Profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV

Materiais biológico risco com contaminação:

- Sangue;
- Sêmen;
- Fluidos vaginais;
- Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, Membranas mucosas; pericárdico);
- Líquido amniótico e Líquor.

de Tipo de exposição com risco de transmissão do hiv:

- Percutânea; (lesões com instrumentos perfurantes e/ou cortantes);
- Cutâneas em pele não íntegra;
- Mordedura com presença de sangue.



Prescrição PEP

Tenofovir (TDF) 300mg) + lamivudina (3TC) 300mg + dolutegravir (DTG) 50mg 1 cp por dia, via oral, por 28 dias

Retorno entre 7 a 15 dias do início da TARV para fortalecimento de vínculo e avaliação de efeitos adversos



Fique atento!

EM TODOS OS ATENDIMENTOS DE PEP

Investigar sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV; investigar sinais e sintomas de IST; avaliar todo paciente com exposição sexual anal de risco para infecção aguda por hepatite A; investigar possível gravidez e oferecer anticoncepção; vacinar toda pessoa susceptível a hepatite B.



Fique atento!

NOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Preencher a ficha de notificação de violência; Oferecer anticoncepção de emergência; Verificar esquema vacinal de hepatite B; Orientar a vítima sobre a realização de BO; Se menor de 14 anos, comunicar ao Conselho Tutelar de forma mais rápida possível.

Hepatite C

Coleta de Dados

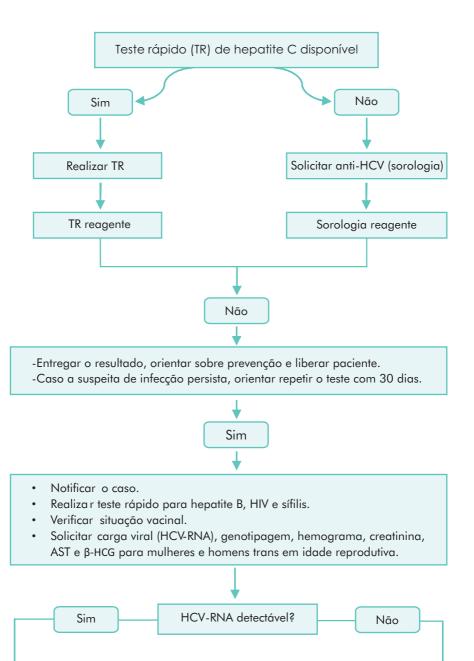


A coleta de dados encontra-se no início do capítulo de IST.

Público Alvo

| O TR deve ser realizado ao menos 1 vez na vida em pessoas com ≥40 anos e em pessoas (independentemente da idade) com fatores como: | Diabetes. Doenças cardiovasculares e/ou hipertensão. Antecedentes de uso de álcool e outras drogas. Transfusão de sangue e hemoderivados antes de 1993. Transplantes de órgãos e tecidos. Exposição percutânea/parenteral a materiais biológicos que não obedeçam às normas de vigilância sanitária. Crianças nascidas de mães que vivem com hepatite C. Parcerias sexuais com pessoa que tem/teve hepatite C. Coabitação com alguém que tem/teve hepatite C. Privação de liberdade. Antecedentes psiquiátricos, doença renal ou imunodepressão. Doença hepática sem diagnóstico, elevação de ALT e/ou AST. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A cada ano | Profissionais da saúde. Pessoas: Vivendo com HIV. Com histórico de IST. Com vida sexualmente ativa e uso irregular de preservativo. Trans, gays e HSH. Trabalhadores(as) do sexo. Em situação de rua. Usuárias de álcool e outras drogas. |
| A cada 3 meses | Pessoas em uso de PrEP. |
| A cada 6 meses | Pessoas em hemodiálise. |
| 2021 مادكيمة عالم مادكيمة | |

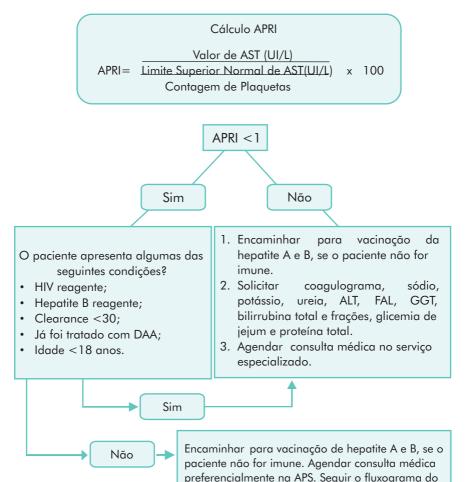
·Ministério da Saúde, 2021.



- Orientar testagem de parcerias sexuais e contatos domiciliares.
- Realizar gerenciamento de risco e redução de danos, se for o caso.
- Orientar sobre concepção e prescrever contracepção eficaz para todas as mulheres e homens trans em idade fértil, durante todo o tratamento.
- · Calcular o APRI.

Sem infecção ativa.

- Orientar quanto a prevenção.
- Realizar gerenciamento de risco e redução de danos, se for o caso.



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

tratamento da hepatite C.

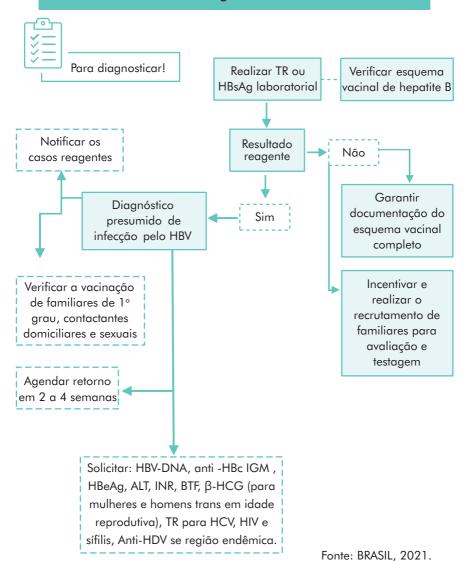
Hepatite B

Coleta de Dados

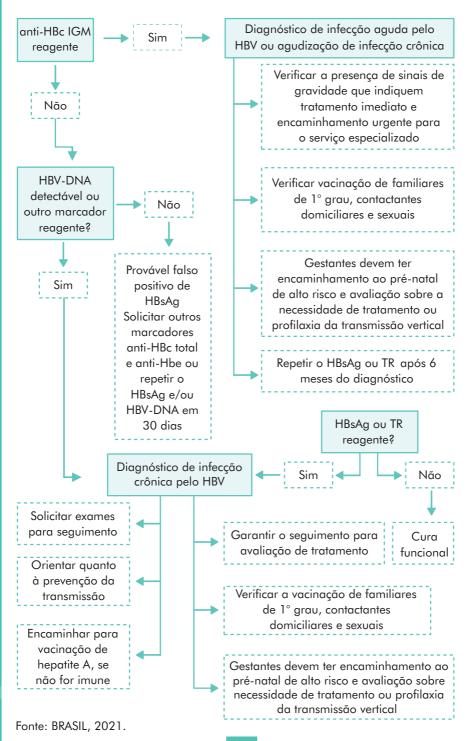


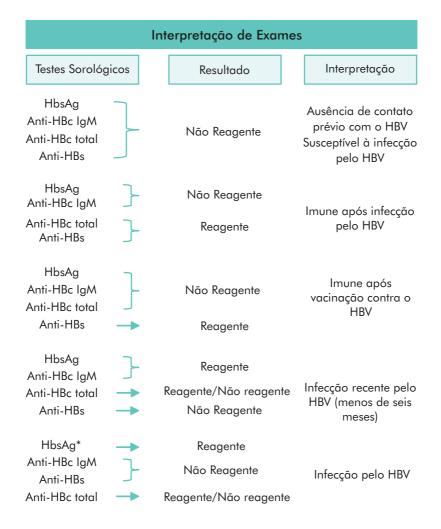
A coleta de dados encontra-se no início do capítulo de IST.

Diagnóstico



80





Fonte: DA CONCEIÇÃO; SICILIANO; FOCACCIA, 2013.



Fique atento!

A hepatite B crônica é definida pela presença continuada do HBsAg no sangue por um período superior a seis meses.

| Marcadores | Interpretação |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HBsAg | Primeiro marcador sorológico a aparecer na infecção aguda, em torno de 4 semanas após a exposição ao vírus, declinando a níveis indetectáveis em até 24 horas. |
| Anti- HBC total | Utilizado na triagem para Hepatite B por detectar tanto o anticorpo IgG quanto o IgM. |
| Anti- Hbc IgM | Marcador de infecção recente, encontrado no soro até 32 semanas após a infecção. Pode estar presente na fase crônica quando ocorre reagudização da infecção. |
| Anti Hbc IgG | Marcador de infecção passada que caracteriza contato prévio com o vírus, permanecendo por toda a vida nos indivíduos que tiveram infecção pelo vírus da hepatite B. |
| HBeAg | Fase de replicação viral. Indica alta infecciosidade. |
| Anti -HBe | Surge após o desaparecimento do HbeAg e indica o fim da fase de replicação viral. |
| Anti -HBs | Único anticorpo que confere imunidade contra o VHB. Marcador presente geralmente entre a 1º e a 10º semana após o desaparecimento do HBsAg, e indica imunidade ativa (contato prévio com o vírus ou resposta vacinal). Também é detectado na imunidade passiva (uso de imunoglobulina anti-hepatite B ou transferência de anticorpos maternos durante a gravidez). |

Prevenção da Transmissão



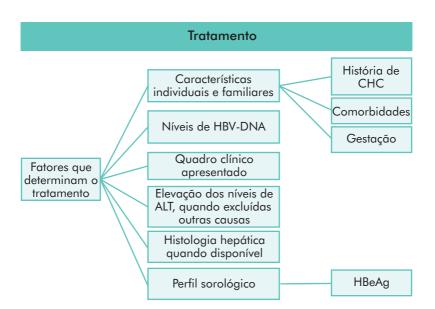
É importante orientar as formas de prevenção!

Utilizar métodos de barreira nas relações sexuais se a parceria não for imune ao HBV;

Não compartilhar escova de dentes, lâminas (barbear/depilar, alicates, cortadores de unha), perfurocortantes;

Cobrir ferimentos e cortes abertos com curativo;

Não realizar doação de sangue ou esperma.



Doença inflamatória pélvica - DIP

Coleta de Dados

Condições socioeconômicas desfavoráveis

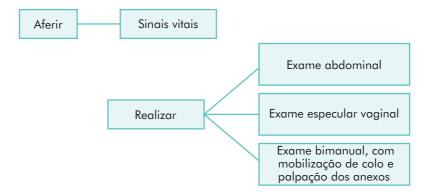
Uso de tampões e duchas vaginais

Vaginites e vaginoses recorrentes

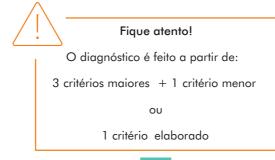
Inserção de DIU, biópsia de endométrio ou curetagem

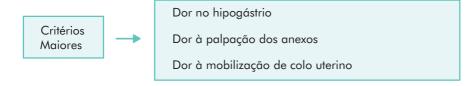
Fatores de risco para IST

Exame Físico



Diagnóstico





Temperatura axilar > 37,5°C ou temperatura oral > 38,3°C

Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal

Massa pélvica

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

Leucocitose em sangue periférico

Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada

Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasmas

Critérios Menores

Critérios Elaborados Evidência histopatológica de endometrite

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

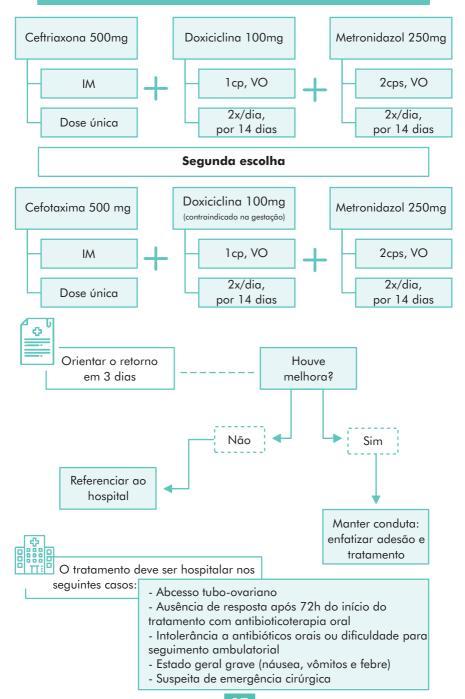
Laparoscopia com evidência de DIP

Tratamento



Realizar coleta de material para investigação de gonococo, clamídia, tricomoníase e vaginose bacteriana. Se parcerias sexuais de 2 meses anteriores ao diagnóstico, sintomáticas ou não, realizar tratamento para *Neisseria gonohrroeae* e Chlamydia trachomatis.

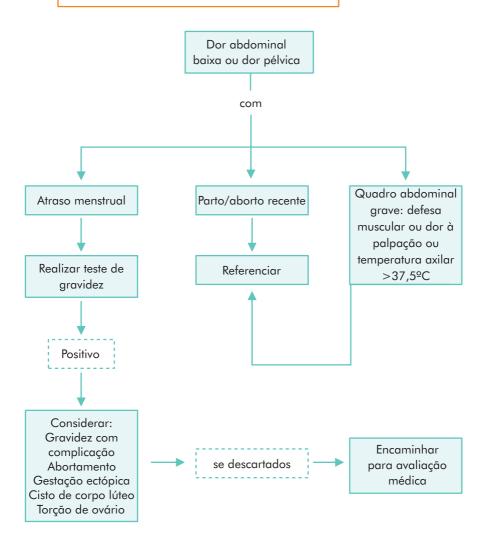
Primeira escolha





Fique atento!

Nem toda queixa de dor abdominal baixa ou dor pélvica é DIP.



Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Tra nsmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGIL ÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexu almente Transmissíveis . Brasília: Ministério da Saúde, 2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis . Brasília Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Vir ais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

DA CONCEIÇÃO, O. J. G.; SICILIANO, R. F.; FOCACCIA, R. Hepatite A: Patogenia. In: FOCACCIA, R. (Ed.) Tratado de Hepatites Virais e Doenças Associadas . 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 245-247. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. ABCDE do diagnóstico para as hepatites virais . Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis . Brasília Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis . Brasília Ministério da Saúde. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Vir ais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Hanseníase

Definição de caso suspeito

Lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade ao calor, dor e / ou tato,do tipo mancha hipocrômica, acastanhada ou avermelhadas.

Formigamentos, choques, câimbras e dormência nos braços e pernas.

Pele infiltrada, com diminuição ou ausência de suor local.

Pápulas, tubérculos e nódulos

Madarose

Classificação Operacional

Paucibacilar

Até 5 lesões

Lesão de pele geralmente única, de cor mais clara que a pele ao redor, sem alteração de relevo, bordas mal delimitadas com distúrbio de sensibilidade térmica e/ou dolorosa, mas a tátil geralmente é preservada.

Indeterminada

Manifesta-se por mancha elevada em relação à pele adjacente, totalmente anestésica ou por placa com bordas elevadas, bem delimitadas e centro claro. Pode-se apresentar como um único nervo espessado com perda total de sensibilidade no seu território de inervação.

Tuberculóide

Multibacilar

> 5 lesões

Manchas de pele
avermelhadas ou
esbranquiçadas, com bordas
elevadas, mal delimitadas
na periferia, ou por múltiplas
lesões bem delimitadas
semelhantes à lesão
tuberculóide, porém a borda
externa é indefinida. Há perda
parcial a total dasensibilidade,
com diminuição de funções
autonômicas
(sudorese e vasorreflexia
à histamina).

Dimorfa

Exame Físico

Inspeção e palpação dos nervos cutâneos.

Inspeção de toda pele: comece pela face, depois exame tronco, membros superiores, nádegas e membros inferiores.



Fonte: (BRASIL, 2011)

Dermatoneurológico

Teste de sensibilidade Térmica Utiliza-se dois tubos de ensaio de vidro de 5ml, com a tampa de borracha, uma garrafa térmica para água quente e um copo com água e gelo. Faça o teste de sensibilidade térmica nas áreas suspeitas. Se houver diferença na percepção da temperatura nas lesões (hipo ou anestesia) circundada por áreas periféricas de sensibilidade normals iénal de alteração da sensibilidade térmica.

Confirma-se o diagnóstico não necessitando fazer os testes de sensibilidade dolorosa ou tátil.

Teste de sensibilidade Dolorosa Utiliza-se uma agulha de insulina estéril.

Encoste a ponta da agulha, sem furar, nas lesões de pele com uma leve pressão. Faça isso alternando a área interna e externa à lesão, observando expressão facial e queixa de respostas à dor.

Teste de sensibilidade tátil Utiliza-se o dental sem sabor para avaliação da sensibilidade dos olhos e/ou monofilamento verde (0.05g) do kit estesiométrico buscando as diferenças de sensibilidade da região suspeita e a região normal circunvizinha. Com o conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein de 6 filamentos avalia-se a sensibilidade das mãos e dos pés.

| Moure | Local / técnica | Função | Consequências |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nervo | Local / Techica | | _ |
| Trigêmeo | Fio dental/tocar sobre quadrante inferior lateral da íris e nariz | quadrante inferior lateral da íris e nariz Sensibilidade corneana e nariz | Irritabilidade, triquíase, ulceração corneana, diminuição acuidade visual |
| Facial | Mímica, elevação de sobrancelhas e abertura/fechamento dos olhos; inspeção nasal | Expressão facial, proteção ocular, função autonômica glândulas lacrimais, salivares e nasais | Paresia ocular – lagoftalmo, irritação, ressecamento ocular e nasal (ulcerações), diminuição da acuidade visual |
| Auricular | Lateralização da cabeça, hiperextensão do esternocleiomastóide | Desconhecida | Espessamento e dor do nervo |
| Radial | Póstero-inferior à região de inserção do músculo deltoide | Sensibilidade dorso lateral da mão até metade lateral do 4º dedo, exceto falanges distais, região anterior braço; motor: extensão dos dedos, flexão punho. | Hipoestesia/anestesia, mão caída |
| Ulnar | Braço em flexão, palpação na goteira epitroclear seguindo trajeto do nervo superior até 6 cm | Sensibilidade e autonômica em toda face medial do antebraço, 5º e metade medial do 4º dedos; adução e abdução dos dedos, adução do polegar | Hipoestesia/anestesia, amiotrofia, garra ulnar, diminuição força da função de pinça, atrofia hipotênar |
| Mediano | Região do punho sob tendões flexores, percussão para avaliar dor | Sensibilidade e autonômica em toda face lateral do antebraço, região palmar, polegar, 2º, 3º e metade lateral do 4º dedos. Oponência e abdução do polegar | Hipoestesia/anestesia, amiotrofia de interrósseos, garra mediana, atrofia tenar |
| Fibular comum | Joelho em flexão, palpação 2 cm abaixo da cabeça da fíbula | Sensibilidade e função da parte lateral da perna e dorso do pé. Motor: inervação de parte da musculatura da perna | Hipoestesia/anestesia acima do 1º espaço metatarsiano e alteração dos movimentos de extensão do hálux, dedos e dorsiflexão do pé. Lesão do |

| | | | fibular superficial altera eversão do pé |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tibial posterior | Pés sob o chão, palpação na metade ac terço anterior da linha imaginária entre inserção do tendão calcanear e o maléolo medial | Sensibilidade e autonômica da região plantar. Motor – inervação dos músculos intrínsecos do pé | Hipoestesia/anestesia, alteração na abdução e adução do hálux e artelhos, flexão dos metatarsianos (garra de artelhos) |

FONTE: BRASIL, 2017^a, p.19, Apud EAD Hanseníase UMA-SUS.

Diagnóstico

Baseado na história de evolução da lesão, epidemiologia e no exame físico.

Em algumas situações, os exames subsidiários (baciloscopia e biópsia de pele) podem ser necessários para auxiliar o diagnóstico.

Notificação compulsória

Exames Subsidiários

Baciloscopia

Materiais

• Capote • Gorro • Máscara • Óculos de proteção • Luva estéril • 1 pinça Kelly curva ou reta (de preferência com pontas emborrachadas) • Lâmina de bisturi nº 15 • Gaze estéril • Álcool 70% • Micropore ou esparadrapo • 1 lâmina de vidro para microscopia com ponta fosca (26x76 mm) • 1 lápis comum • 1 isqueiro ou lamparina a álcool • 1 tubete de plástico transparente • Recipiente para descarte de materiais utilizados • Bandeja de procedimento • Papel toalha • Ficha de pedido de exame (SADT)

Procedimento

Explicar o procedimento ao paciente.

Lavar as mãos.

Paramentar-se com os EPIs (capote, gorro e máscara cirúrgica).

Identificar a lâmina com as iniciais do nome do paciente, data de nascimento e identificação da unidade.

Higienizar a lâmina com álcool 70% e papel toalha e manuseá-la evitando tocas no local onde a amostra será distribuída.

Abrir o campo estéril da luva e distribuir os materiais (gaze estéril, pinça e lâmina de bisturi).

Calçar as luvas estéreis.

Realizar antissepsia do sítio onde será realizada a coleta utilizando gaze estéril e ácool 70% (solicitar auxílio de outro profissional para não contaminar as luvas).

Com o auxílio da pinça Kelly, fazer uma prega no sítio de coleta pressionando o suficiente para obter isquemia, evitando o sangramento. Importante: evitar pinçar muito na ponta pois a pinça pode escorregar durante a coleta.

Caso não haja isquemia completa com a pinça, utilizar uma gaze estéril para comprimir o local pinçado e favorecer a isquemia do local. Importante: Observar que para a isquemia completa o local deverá ficar esbranquiçado.

Manter a pressão até o final da coleta tomando o cuidado de não travar a pinça.

Posicionar a lâmina em ângulo reto (90°) e fazer um corte aproximadamente 3mm de profundidade e 5mm de extensão.

Colocar o lado não cortante da lâmina do bisturi em ângulo reto em relação ao corte e realizar o raspado intradérmico das bordas e do fundo da incisão, retirando quantidade suficiente e visível do material. Importante: O material a ser coletado deve ter consistência grumosa e mais densa. Se ao realizar a coleta observar que o material tem consistência líquida e sem grumos (o que indica que estará mais rico em linfa, sendo, portanto, inadequado) limpe o local com gaze estéril e realize o raspado novamente.

Se fluir sangue no momento do procedimento (o que não deverá acontecer se a compressão da pele estiver adequado) enxugar com gaze estéril.

Distribuir o material coletando na lâmina, fazendo movimentos circulares do centro para a borda numa área aproximadamente de 5-7 mm de diâmetro, mantendo uma camada final e uniforme.

O primeiro esfregaço deverá ser colocado na extremidade mais próxima da identificação do paciente (parte fosca) e o segundo próximo ao primeiro observando uma distância de pelo menos 0,5cm entre cada amostra e assim sucessivamente. Os esfregaços devem estar no mesmo lado da ponta fosca da lâmina. Cada círculo na lâmina deverá corresponder a um sítio de coleta. Importante: Não depositar material de um sítio de coleta em outro, pois isso poderá prejudicar a contagem de bacilos.

Entre um sítio e outro de coleta, limpar a lâmina do bisturi e a pinça utilizada com algodão ou gaze embebido em álcool 70% ou 70°GL para que não ocorra contaminação entre eles.

Realizar curativo compressivo com gaze estéril e micropore ou esparadrapo no local da incisão. Importante: Nunca liberar o paciente se estiver sangrando.

Repetir o procedimento do passo 10 ao 22 até finalizar a coleta em todos os sítios.

Após finalizar a coleta em todos os sítios, descartar as luvas e os materiais utilizados durante o procedimento em local adequado.

As lâminas contendo os raspados intradérmicos devem permanecer em superfície plana e a temperatura ambiente, durante cinco a dez minutos até estarem completamente secas.

Após essa etapa os esfregaços devem ser fixados passando-se a chama do isqueiro ou lamparina, duas a três vezes, rapidamente na lâmina, com os esfregaços voltados para cima. Importante: o movimento deve ser feito com firmeza e rapidez para evitar cozimento da amostra.

Remover a sujidade deixada pela fumaça na parte inferior da lâmina com uma folha de papel toalha. Importante: sempre manusear a lâmina contendo a amostra sobre uma superfície a fim de evitar quebra em caso de queda.

Colocar a lâmina já fixada dentro do tubete. Importante: o tubete deve estar vazio, não preencher com nenhum produto químico, pois a fixação da lâmina já foi realizada no passo anterior com a chama do isqueiro.

Após finalizar a coleta, preencher a ficha e pedido de exame para baciloscopia do raspado intradérmico (SADT).

Os porta-lâminas deverão ser acondicionados em caixas resistentes, devidamente fechadas, conforme normas de biossegurança e indentificadas, contendo a unidade de origem, o endereço de destino e o remetente, para serem transportadas à unidade laboratorial, no prazo máximo de vinte e quatro horas junto com as guias de SADT devidamente preenchidas.

Índice Baciloscópico (IB): Método de avaliação quantitativa na leitura da baciloscopia em hanseníase - Escala Logarítmica de Ridley

- (0) Ausência de bacilos em 100 campos examinados.
- (1+) Presença de 1 a 10 bacilos, em 100 campos examinados.
- (2+) Presença de 1 a 10 bacilos, em cada 10 campos examinados.
- (3+) Presença de 1 a 10 bacilos, em média, em cada campo examinado.
- (4+) Presença de 10 a 100 bacilos, em média, em cada campo examinado.
- (5+) Presença de 100 a 1.000 bacilos, em média, em cada campo examinado.
- (6+) Presença de mais de 1.000 bacilos, em média, em cada campo examinado.



Índice morfológico (IM): Descreve o aspecto morfológico do M. leprae nos esfregaços.

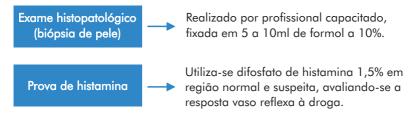
Bacilos íntegros: viáveis ou vivos. Frequentemente vistos em esfregaços de pacientes que ainda não receberam o tratamento (diagnóstico) ou nos casos de recidiva da doença.

Bacilos fragmentados: apresentam pequenas falhas em sua parede celular. São considerados inviáveis ou mortos e são frequentemente observados em esfregaço de pacientes após término do tratamento.

Bacilos Granulosos: apresentam grandes falhas em sua parede celular. considerados inviáveis ou mortos e também são frequentemente observados em esfregaço de pacientes após término do tratamento.



No paciente paucibacilar (PB) a baciloscopia é negativa. Caso seja positiva, reclassificar o doente como MB. No paciente MB, a baciloscopia normalmente é positiva. Caso seja negativa, levar em consideração o quadro clínico para o diagnóstico e classificação desse doente (manter a classificação MB se o quadro clínico for de hanseníase dimorfa ou virchowiana).



Avaliação neurológica simplificada

Avaliação da integridade da função neural

Entrevista

- Ocupação e Atividades Diárias;
- Queixas do paciente;

Exame

- Inspeção;
- Palpação dos Nervos;
- •Teste de Força Muscular;
- Teste de Sensibilidade;.

Periodicidade

• Realizado no momento do diagnóstico, a cada 3 meses durante o tratamento, se não houver queixas, sempre que houver queixas, no controle periódico de paciente que usam corticoides, na alta do tratamento, no acompanhamento pós-operatório de descompressão neural com 15 (quinze), 45 (quarenta e cinco), 90 (noventa) e 180 (cento e oitenta) dias.

Teste de sensibilidade

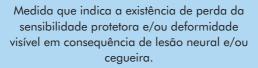
Recomenda-se a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0,05g, 0,02g, 2g, 4g, 10g e 300g) nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos.

Teste de força muscular

Teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico.

| Força | Descrição | |
|------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Forte | 5 Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência. | |
| 5: | 4 | Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistên à a parcial. |
| Diminuída | 3 | Realiza o movimento completo contra a gravidade sem resistência. |
| | 2 | Realiza o movimento parcial. |
| Paralisada | 1 | Contração muscular sem movimento. |
| raralisada | 0 | Paralisia (nenhum movimento). |

Avaliação neurológica simplificada



| Grau | Características |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | Olhos: Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas, conta dedos a 6 metros, ou acuidade visual ≥ 0,1 ou 6:60. Mãos: Força muscular das mãos preservada e sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou sente o mais leve toque da ponta de caneta esferográfica. Pés: Força muscular dos pés preservada e sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou sente o toque da ponta de caneta esferográfica. |
| 1 | Olhos: Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis e/ou diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar. Mãos: Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou não sente o toque da ponta de caneta esferográfica. Pés: Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica. |
| 2 | Olhos: Deficiência(s) visível(eis) causada pela hanseníase, como lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquíase; opacidade corneana central, iridociclite¹ e/ou não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual < 0,1 ou 6:60, excluídas outras causas. Mãos: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras. reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas² tróficas e/ou traumáticas. Pés: eficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas² tróficas e/ou traumáticas. |

Fonte: (BRASIL, 2016). ¹ Iridociclite: olho com hiperemia pericorneana, dor, lacrimejamento, diminuição da acuidade visual, pupila irregular. Esse quadro configura -se como uma situação de urgência devendo ser encaminhado imediatamente ao Oftalmologista.

²Feridas: consideradas feridas em áreas com alteração de sensibilidade (não sente 2g ou o toque leve da ponta de caneta esferográfica).

Escore omp *

*OMP= Olhos, mãos e pés

Instrumento complementar de avaliação do GIF. Proporciona maior detalhamento sobre cada incapacidade

isoladamente, possibilitando uma

melhor qualidade do cuidado.

Soma dos graus de incapacidades atribuídos a cada segmento direito e esquerdo (Olhos, Mãos e Pés), determinando a soma máxima que varia de 0 a 12, representando assim, uma medida mais precisa ao classificar o comprometimento em diferentes seguimentos.

Periodicidade: No momento do diagnóstico e da cura, comparando as duas classificações e no pós-alta, a fim de comparar a avaliação com a classificação no momento da alta da PQT.

Tratamento

Esquema único de tratamento da hanseníase Rifampicina: dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada. Clofazimina: dose mensal de 300mg (3 cápsulas de Adulto 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg autoadministrada. Dapsona: dose mensal de 100mg (1 comprimido de 100mg) supervisionada e uma dose diária de 100mg autoadministrada.

Classificação Paucibacilar: duração de 6 meses

Classificação Multibacilar: duração 12 meses

Fonte: BRASIL, 2020.





Fonte: Guidelines for the Diagnosis, Treatment and Prevention of Leprosy, WHO, 2018 apud FOUNDATION, 2019.



- •D1 Medicamentos destacáveis nas duas linhas superiores:
- Clofazimina 300mg (três cápsulas de 100mg)
- (duas cápsulas de 300mg)



- Tratamento diário não supervisionado •DIAS 2 - 28 Clofazimina 50mg (uma cápsula de 50mg)
 - •Dapsona 100mg (um comprimido de 100mg)



- Quantidade x Tempo •MB - 12 cartelas as serem tomadas dentro de 18 meses.
 - •PB 6 cartelas a serem tomadas dentro de 9 meses

Modelo de prescrição do tratamento de adultos de hanseníase

PQT-U adulto (Poliquimioterapia Única Adulto)

1 cartela a cada 28 dias

Via oral

 1° dia: tomar a DOSE SUPERVISIONADA contendo: 2 cápsulas rifampicina 300 mg + 3 cápsulas clofazimina 100 mg + 1 comprimido dapsona 100 mg, na presença do profissional de saúde.

2º ao 28º dia: tomar a DOSE DIÁRIA contendo 1 comprimido Dapsona 100mg + 1 comprimido Clofazimina 50mg 2 horas após o almoço.

Classificação Operacional:

MULTIBACILAR, duração do tratamento 12 meses

PAUCIBACILAR, duração do tratamento 6 meses

Observação: a dispensação das cartelas será realizada mensalmente.

Fonte: GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021.

Esquema único de tratamento da hanseníase

Rifampicina: dose mensal de 450mg (1 cápsula de 150mg e 1 cápsula de 300mg) com administração supervisionada

Criança

Clofazimina: dose mensal de 150mg (3 cápsulas de 50mg) com administração supervisionada e uma dose de 50mg autoadministrada em dias alternados

Dapsona: dose mensal de 50mg (1 comprimido de 50mg) supervisionada e uma dose diária de 50mg autoadministrada

Classificação Paucibacilar: duração de 6 meses

Classificação Multibacilar: duração 12 meses

Fonte: BRASIL, 2020.







Dose supervisionada mensal

- •D1 Medicamentos destacáveis nas duas linhas superiores:
- Clofazimina 150mg (três cápsulas, cada uma com 50mg), Rifampicina 450mg (duas cápsulas, uma de 300mg, a outra de 150mg)
- •Dapsona 50mg (um comprimido de 50mg)



- Tratamento diário não supervisionado • DIAS 2-28
 - Clofazimina 50mg (uma cápsula de 50mg) EM DIAS **ALTERNADOS**
 - Dapsona 50mg (um comprimido de 50mg) TODOS OS DIAS



Quantidade x Tempo

- •MB 12 cartelas a serem tomadas dentro de 18 meses
- •PB 6 cartelas a serem tomadas dentro de 9 meses

Modelo de prescrição do tratamento de crianças com hanseníase

| PQT-U infantil (Poliquimioterapia Única Infantil) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 cartela a cada 28 dias |
| Via oral |
| $1^{\rm o}$ dia: tomar a DOSE SUPERVISIONADA contendo: 1 cápsula rifampicina $300{\rm mg}+1$ cápsula rifampicina $150{\rm mg}+3$ comprimidos clofazimina $50{\rm mg}+1$ comprimido dapsona $50{\rm mg}$, na presença do profissional de saúde. |
| 2º ao 28º dia: tomar a DOSE DIÁRIA contendo 1 comprimido dapsona 50mg + 1 comprimido clofazimina 50mg em dias alternados - 2 horas após o almoço. |
| Classificação Operacional: |
| MULTIBACILAR, duração do tratamento 12 meses |
| PAUCIBACILAR, duração do tratamento 6 meses |
| Observação: a dispensação das cartelas será realizada mensalmente. |
| |

Fonte: GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021.

Manejo dos Contatos

Contatos domiciliares de até 5 anos anteriores ao diagnóstico e contatos sociais

Acolher e aconselhar sobre sinais e sintomas de hanseníase, diagnóstico tardio,

estigma e preconceito

Avaliação dermatoneurológica 1 vez ao ano, por pelo menos 5 anos

Vacinação BCG

< 1 ano

- Não vacinados: Administrar 1 dose de BCG
- Comprovadamente vacinados: Não administrar outra dose de BCG
- •Comprovadamente vacinados sem cicatriz vacinal: Administrar uma dose de BCG 6 meses após a última dose

> 1 ano

- •Sem cicatriz: Administrar 1 dose de
- Vacinados com 1 dose: Administrar uma dose de BCG 6 meses após a última dose
- Vacinados com 2 doses/cicatrizes: Não administrar outra dose de BCG

Gestante

• Adiar administração da BCG para depois do parto.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Circular n.º 8/2021-SES/SAIS/CATES/DIASF/GCBAF. Brasília -DF, 30 de junho de 2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. NOTA TÉCNICA № 4/2020-CGDE/.DCCI/SVS/MS. Brasília – DF. 27 de fevereiro de 2020.

NOVO Atlas de Hanseníase (Revisado e Atualizado): Um manual ilustrado para auxiliar os agentes de saúde e voluntários na detecção, diagnóstico e tratamento dos casos de hanseníase. Tóquio, Japão: SASAKAWA HEALTH FOUNDATION, 2019.

Tuberculose

Definição de caso suspeito de tuberculose (TB)

Tuberculose pulmonar

Principais sintomas:

Tosse persistente seca ou produtiva; Perda de peso ponderal (> 10% ou baixo índice de massa corporal (IMC). Febre ao entardecer; Sudorese noturna.

Tuberculose extrapulmonar

Tuberculose pleural, Empiema pleural tuberculoso, TB ganglionar periférica, TB meningoencefálica, TB pericárdica, TB óssea. Os sintomas variam de acordo com o órgão acometido.

Populações de mais vulnerabilidade e de alto risco

Pessoas vivendo com HIV

Indígenas

População Privada de Liberdade Pessoas em situação de rua

Estratégia de Busca Ativa do Sintomático Respiratório (SR) nas diferentes populações

| População | Tempo/ duração da tosse | Periodicidade da busca ativa | Exame de escarro solicitado | RX de Tórax |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|
| População geral adscrita ao território da ESF | 3 semanas | Em todas as visitas do ACS ou outro profissional da equipe | Baciloscopia ou TRM-TB | Não |
| População geral que procura o serviço de saúde (ESF, UBS ou Hospitais) | 2 semanas | Em todas as visitas do usuário ao serviço de saúde | Baciloscopia ou TRM-TB | Não |
| Contato de TB pulmonar | Qualquer duração | Qualquer Na identificação duração do caso índice | | Sim |
| PVHIV | Qualquer duração. Acrescida da investigação de febre ou emagrecimento ou sudorese noturna | Sempre que visitar o serviço de saúde | Baciloscopia ou TRM-TB e cultura com TS | Sim |
| População Privada de Liberdade (PPL) | Qualquer duração | No momento da admissão no sistema prisional. Pelo menos uma vez ao ano ou, idealmente, a cada 6 meses (em campanha) | Baciloscopia ou TRM-TB e cultura com TS | Sim |
| Pessoas em situação de rua | Qualquer duração | Em todas as oportunidades de contato com profissionais da saúde | Baciloscopia ou TRM-TB e cultura com TS | Pode ser considerado |
| Albergues, Comunidades terapêuticas de dependentes químicos ou instituições | Qualquer duração | Na entrada e repetir com a periodicidade avaliada localmente | Baciloscopia ou TRM-TB e cultura com TS | Pode ser considerado |

| de longa permanência | | | | |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|
| Indígenas | Qualquer duração | Em todas as oportunidades de contato com profissionais da saúde e nas visitas do agente de saúde indígena | Baciloscopia ou TRM-TB e cultura com TS | Pode ser considerado |
| Profissionais de saúde | Qualquer duração | Admissão e exame médico anual | Baciloscopia ou TRM-TB e cultura com TS | Sim |
| Imigrantes | Qualquer duração em situações de maior vulnerabilidade | Planejar estratégias de busca de acordo com a realidade local | Baciloscopia ou TRM-TB e cultura com TS | Pode ser considerado |
| Diabetes mellitus | 2 semanas | Sempre que visitar o serviço de saúde | Baciloscopia ou TRM-TB | Sim |

FONTE: CGPNCT/SVS/MS apud BRASIL 2019.

Diagnóstico

TRM- TB (Teste rápido Molecular para Tuberculose), GeneXpert

Indicações:

- Diagnóstico de casos novos de TB pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes;
- Diagnóstico de casos novos de TB pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes de populações de maior vulnerabilidade;
- Diagnóstico de TB extrapulmonar nos materiais biológicos já validados;
- Triagem de resistência à rifampicina nos casos de retratamento;
- •Triagem de resistência à rifampicina nos casos com suspeita de falência.

Exame microscópico direto, baciloscopia direta, Bacilo Álcool- Ácido Resistente (BAAR)

Indicações:

- Nos sintomáticos respiratórios, durante estratégia de busca ativa;
- Em caso de suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse;
- Para acompanhamento e controle de cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial.

Cultura para micobacteriose, identificação e teste de sensibilidade

O resultado da cultura confirma o diagnóstico de micobacteriose, sendo necessária a identificação de espécie para caracterizar se é um caso de TB ou outra micobactéria.

Indicações:

- Todo caso com diagnóstico de TB por meio de TRM-TB deverá realizar cultura e TS, independentemente de apresentar ou não resistência à rifampicina;
- Todo caso com suspeita de TB com TRM-TB negativo, com persistência do quadroclínico, deverá realizar cultura e TS.

COLETA, ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE ESCARRO

- Qualidade da amostra: Uma boa amostra de escarro é a que provém da árvore brônquica, obtida após esforço de tosse, com volume entre 5ml a 10ml.
- Momento da coleta e número de amostras: Para o TRM-TB uma amostra na 1º consulta ou na visita domiciliar. Para a Baciloscopia duas amostras, 1º amostra na 1º consulta ou visita domiciliar e a 2º amostra na manhã do dia seguinte à consulta ou visita.
- Local da coleta: as amostras devem ser coletadas em local aberto, de preferência ao ar livre ou em locais que apresentem condições adequadas de biossegurança.
- Coleta no domicílio: orientar quanto a importância de coletar ao acordar e após lavar bem a boca, manter frasco com amostra protegido da luz solar, em saco plástico, pode ser mantido na geladeira até o momento de levar a unidade.

Leitura e interpretação de resultados de baciloscopia

| Leitura | Resultado |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Não são encontrados BAAR em 100 campos observados | Negativo |
| 1 a 9 BAAR em 100 campos observados | Relata-se a quantidade de bacilos encontrados |
| 10 a 99 BAAR em 100 campos observados | Positivo + |
| 1 a 10 BAAR por campo em 50 campos observados | Positivo ++ |
| Em média mais de 10 BAAR por campo em 20 campos observados | Positivo +++ |

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2008 apud BRASIL, 2019.

Resultados de TRM - TB

| População | Resultado | Interpretação |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Todas | "MTB não detectado" | Negativo |
| PVHIV, crianças (<10 anos) e pessoas com suspeita de TB extrapulmonar | "MTB detectados traços", resistência à rifapicina não avaliada | Positivo para TB. Resistência à rifampicina não avaliada por falta de material genético |
| População geral, profissionais de saúde, PPL, população em situação de rua, população indígena e contatos de tuberculose, droga resistente (TB DR) | "MTB detectados traços", resistência à rifapicina não avaliada | Inconclusivo, continuar a investigação |
| Todas | MTB detectado, resistência à rifampicina indeterminada | Positivo para TB. Resistência à rifampicina inconclusiva |
| Todas | MTB detectado, resistência à rifampicina não detectada | Positivo para TB, com resistência à rifampicina |
| Todas | MTB detectado, resistência à rifampicina detectada | Positivo para TB, com resistência à rifampicina |
| Todas | Sem resultado / inválido / erro | Inconclusivo |

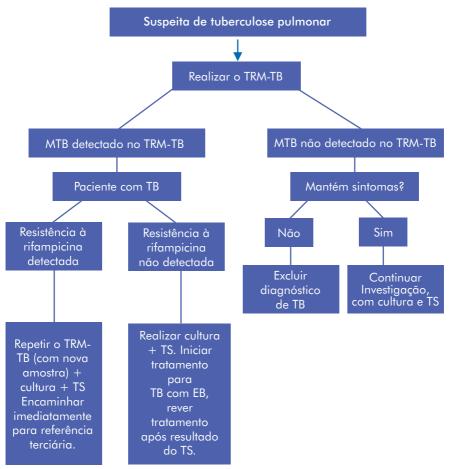
Fonte: BRASIL, 2016 apud BRASIL, 2019.

Exames complementares

Raio-X de Tórax Deve ser solicitada para toda pessoa com suspeita clínica de TB pulmonar, de forma complementar aos exames laboratoriais.

Tomografia Computadorizada Indicada na suspeita de TB pulmonar quando a radiografia inicial é normal, e na diferenciação com outras doenças torácicas, especialmente em pacientes imunossuprimidos.

Algoritmo para o diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes, baseado no TRM-TB



Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS apud BRASIL, 2021.

Legenda: EB= esquema básico; MTB= Mycobacterium tuberculosis; TB= tuberculose; TRM-TB= Teste Rápido Molecular para Tuberculose; TS= Teste de sensibilidade.

Diagnóstico de TB em crianças

Critérios clínicos e epidemiológicos, associados a teste imunológico não específico de infecção pelo M. tuberculosis e à radiografia de tórax.

Escore clínico para diagnóstico da tuberculose pulmonar em crianças e adolescentes com baciloscopia negativa ou TRM-TB não detectado

| Quadro clínic | o-radiológico | Contato de adultos com tuberculose | Prova tuberculínica | Estado nutricional |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento e sudorese, por 2 semanas ou mais | Adenomegalia hilar ou padrão miliar e/ou Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado por 2 semanas ou mais e/ou Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) por 2 semanas ou mais, evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns | Próximo, nos últimos 2 anos | PT entre 5-9mm 5 PONTOS | Desnutrição grave (peso < percentil 10) 5 PONTOS |
| | 15 PONTOS | | 10 PONTOS | |

| Quadro clínio | co-radiológico | Contato de adultos com tuberculose | Prova tuberculínica | Estado nutricional |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Assintomático ou com sintomas há menos de 2 semanas | Condensação ou infiltrado de qualquer tipo por menos de 2 semanas | | | |
| 0 PONTO | 5 PONTOS | Ocasional ou negativo | PT < 5mm | Peso ≥ percentil 10 |
| Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos | Radiografia normal | 0 PONTO | 0 PONTO | 0 PONTO |
| - 10 PONTOS | | | | |

Interpretação:

≥40 pontos (diagnóstico muito provável) → recomenda-se iniciar o tratamento da tuberculose.

30 a 35 pontos (diagnóstico possível) → indicativo de tuberculose; orienta-se iniciar o tratamento, a critério médico.

≤25 pontos (diagnóstico pouco provável) → deve prosseguir com a investigação na criança. Deverá ser feito diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares, podem ser empregados métodos complementares de diagnóstico, com baciloscopias e cultura de escarro induzido ou de lavado gástrico, broncoscopia, histopatológico de punções e outros exames de métodos rápidos.

Fonte: BRASIL, 2019 apud BRASIL, 2021.



Figue atento!

A tuberculose é uma doença de notificação compulsória.

Tratamento

Esquema básico: É indicado em casos novos de tuberculose ou retratamento (recidiva e reingresso após abandono que apresentem doença ativa), em todas as apresentações clínicas (pulmonares e extrapulmonares), exceto a forma meningoencefálica e ostearticular.

Esquema básico para o tratamento de tuberculose em adultos e adolescentes (>10 anos de idade)

| Esquema | Faixas de peso | Unidade / dose | Duração |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| | 20 a 35 Kg | 2 comprimidos | |
| RHZE | 36 a 50 Kg | 3 comprimidos | |
| R:Rifampicina | 51 a 70 Kg | 4 comprimidos | |
| H: Isioniazida P: Pirazinamida E: Etambutol. 150/75/450/275mg comprimidos em doses fixas combinadas | Acima de 70 Kg | 5 comprimidos | 2 meses (fase intensiva) |
| RH | 20 a 35 Kg | 1 comp 300/150mg ou 2 comp 150/75mg | |
| R:Rifampicina H: Isioniazida 300/150mg ou | 36 a 50 Kg | 1 comp 300/150mg + 1 comp de 150/75 ou 3 comp de 150/75 | 4 meses (fase de |
| 150/75mg comprimidos em | 51 a 70 Kg | 2 comp 300/150mg ou 4 comp 150/75mg | manutenção) |
| doses fixas combinadas | Acima de 70 Kg | 2 comp de 300/150mg + 1 comp 150/75 ou 5 comp 150/75 | |

Esquema básico para o tratamento de tuberculose pulmonar em crianças (<10 anos de idade) e com peso inferior a 25 kg

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

FONTE: Brasil, 2021.

Esquema básico para o tratamento de TB pulmonar em crianças (<10 anos de idade) e com peso igual ou superior a 25kg

| | | Pes | o da cria | nça | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------|--------------------------|
| Fármacos | ≥25kg a 30kg | ≥31kg a 35kg | ≥36kg a 40kg | ≥40kg a 45kg | ≥45kg | Duração do Tratamento |
| | mg/dia | mg/dia | mg/dia | mg/dia | mg/dia | |
| Rifampicina | 450 | 500 | 600 | 600 | 600 | 2 meses (fase |
| Isoniazida | 300 | 300 | 300 | 300 | 300 | intensiva) |
| Pirazinamida (Na faixa de peso de 25 a 35kg, usar os comprimidos dispersíveis de pirazinamida 150 mg) | 900 a | 1.000 | 1.500 | 1.500 | 2.000 | |
| Rifampicina | 450 | 500 | 600 | 600 | 600 | 4 meses (fase |
| Isoniazida | 300 | 300 | 300 | 300 | 300 | de manutenção) |

FONTE: Brasil, 2021.

Tratamento Diretamente Observado (TDO)

Observação da ingestão dos medicamentos. Deve ser realizada, idealmente, em todos os dias úteis da semana.

Só será considerada TDO a observação da tomada dos medicamentos no mínimo três vezes por semana durante todo tratamento, ou seja, 24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção, em casos de tratamento padronizado por seis meses.

Observações

Abandono de tratamento: Considera-se situação de abandono de tratamento quando o paciente deixa de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para o seu retorno. Nos casos de tratamento diretamente observado, o prazo de 30 dias é contado a partir da última tomada do medicamento.

Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB em adultos

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

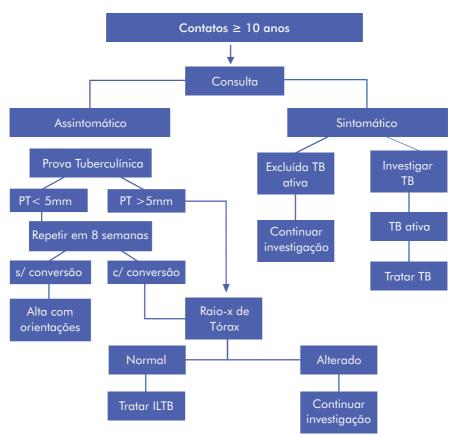
Fonte: BRASIL, 2019 apud BRASIL, 2021.

Controle de contatos

Avaliação de indivíduos que foram expostas a pessoas com tuberculose pulmonar ou laríngea, com objetivo de identificar possíveis casos de TB ativa e também estratégias de prevenção aos indivíduos recém-infectados pelo M. tuberculosis.

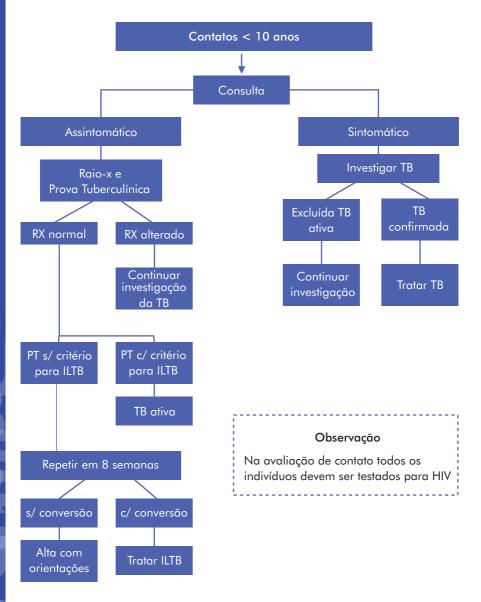
Contato: toda pessoa que convivem o mesmo ambiente como caso índice, no momento do diagnóstico da TB (casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola).

Fluxograma para investigação de contatos de TB em adultos e adolescentes



FONTE: adaptado de BRASIL, 2021

Fluxograma para investigação de contatos de TB em crianças (<10 anos)



FONTE: Brasil, 2021

Infecção Latente pelo Micobacterium Tuberculosis (ILTB)

Populações com indicação de investigação de ILTB

Contatos (nos últimos 2 anos) adultos e crianças de TB pulmonar e laríngea;

PVHIV com CD4>350 cel/m³;

Pessoas em uso de inibidores de TNF alfa ou corticosteróides (>15mg/dia de Predinisona por mais de um mês);

Pessoas com alterações radiográficas fibróticas sugestivas de sequela de TB;

Pré- transplante que irão fazer terapia imunossupressora;

Pessoas com silicose;

Neoplasia de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas;

Neoplasias em terapia imunossupressora;

Insuficiência renal em diálise;

Diabetes Mellitus;

Baixo Peso (<85% do peso ideal);

Tabagistas (≥ 1 maço por dia)

Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax;

Profissionais da saúde, pessoas que vivem ou trabalham no sistema prisional ou em instituição de longa permanência.

Fonte: adaptado de BRASIL, 2018 apud BRASIL 2019.

Prova tuberculínica

Consiste na inoculação intradérmica de um derivado protéico purificado do M. tuberculosis para medir a resposta imune celular a esses antígenos.

Indicações:

Utilizada para diagnóstico de ILTB e pode também auxiliar o diagnóstico de tuberculose ativa em crianças.

Leitura da PT: Deve -se medir o maior diâmetro transverso da área do endurado palpável, com régua milimetrada transparente.

IGRA

O exame quantifica por meio de um ensaio imunoenzimático (ELISA) os níveis de interferon gama liberado pelas células T de memória após estimulação de sangue total com os antígenos específicos do MTB.

Indicações:

Identificar casos de ILTB em adultos e criancas;

Auxiliar no diagnóstico de tuberculose ativa em crianças.

Indicações de tratamento de ILTB

| | Sem PT e sem IGRA realizados | | | | | | | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| (1) | Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial. | | | | | | | | |
| (2) | Pessoas vivendo com HIV contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial. | | | | | | | | |
| (3) | Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cel/ μ l. | | | | | | | | |
| (4) | Pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião. | | | | | | | | |
| (5) | Pessoas vivendo com HIV com Radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB. | | | | | | | | |
| | PT ≥ 5mm ou IGRA positivo | | | | | | | | |
| (6) | Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCO | | | | | | | | |
| (7) | Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 cel/ μ l ou não realizado. | | | | | | | | |
| (8) | Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB. | | | | | | | | |
| (9) | Indivíduos em uso de inibidores do TNF-α ou corticosteroides (>15mg de Prednisona por mais de um mês). | | | | | | | | |
| (10) | Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora. | | | | | | | | |
| | PT ≥ 10mm ou IGRA positivo | | | | | | | | |
| (11) | Silicose | | | | | | | | |
| (12) | Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas. | | | | | | | | |
| (13) | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | | | |
| (14) | | | | | | | | | |
| (15) | | | | | | | | | |
| (16) | Indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal). | | | | | | | | |
| (17) | Indivíduos tabagistas (>1 maço/dia). | | | | | | | | |
| (18) | Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia. | | | | | | | | |
| Cor | nversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT) | | | | | | | | |
| (19) | Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial. | | | | | | | | |
| (20) | Profissionais de saúde. | | | | | | | | |
| (21) | Trabalhadores de instituições de longa permanência | | | | | | | | |

Fonte: CGPNCT/DEVIT/SVS/MS apud BRASIL, 2018.

Observações

Recomenda-se o tratamento da infecção latente pelo M. tuberculosis (ILTB) para pessoas infectadas, identificadas por meio da prova tuberculínica (PT) ou Interferon- Gamma Release Assays (IGRA), quando apresentam risco de desenvolver TB.

Esquema de tratamento de ILTB

| Esquema de tratamento da ILTB | | | | | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Esquema de Tratamento | Posologia | Doses diárias | Tempo de Tratamento | Indicação | | |
| Isoniazida (H) | 5 a 10mg/kg de peso até a dose máxima de 300mg/dia | 270 doses | 9 meses | Esquema preferencial | | |
| | | 180 doses | 6 meses | (exceto efeitos adversos graves com H, contatos de resistentes à H ou hepatopatas). | | |
| Rifampicina (R) | Em adultos (≥ de 10 anos): 10mg/kg de peso, até a dose máxima de 600mg/dia; Em crianças (<10 anos): 15 (10-20) mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600 mg/dia. | 120 doses | 4 meses | Indivíduos com mais de 50 anos; Hepatopatias; - Contato de pessoa com TB monorresistente à H e intolerância à H; - A R está contraindicada nas PVHIV em uso de inibidores de protease e integrasse. | | |
| <u>Rifapentina +</u> isoniazida (3HP) | Em adultos (>14 anos): Isoniazida: 900mg /semana -Rifapentina: 900mg /semana Em crianças (≤ 14 anos): -Isoniazida: -10 a 15kg: 300mg /semana; -16 a 23kg: 500mg /semana; | 12 doses semanais | 3 meses | Todas as indicações da ILTB, incluindo PVHIV, sempre sob tratamento diretamente observado (TDO) em todas as doses. Não utilizar em pessoas com monorresistente | | |

| - Rifapentina: -10 a 15kg: 300 mg/semana; -16 a 23kg: 450 mg/semana; - 24 a 30kg: 600 mg/semana; - ≥ 31kg: 750 mg/semana. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Kitapentina: |

O esquema de 270 doses protege mais do que o de 180 doses, por isso deve ser considerado, salvo em caso de problemas com a adesão ao tratamento. O mais importante é o número de doses tomadas e não somente o tempo de tratamento.

FONTE: Adaptado de Brasil, 2019a; World Health Organization, 2020; Brasil, 2021

Referências Bibliográficas

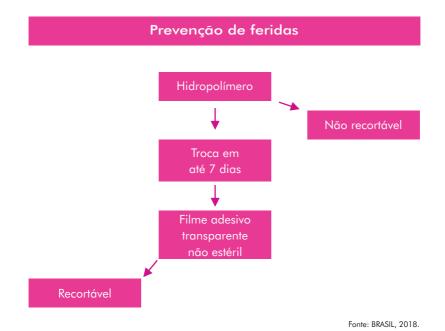
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Recomendações para controle da tuberculose : Guia rápido para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. — 2. ed. — Brasília : Ministério da Saúde, 2021

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Linha de cuidado da tuberculose : orientações para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. — Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento d Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Assistência à pessoa com feridas



Tratamento de feridas

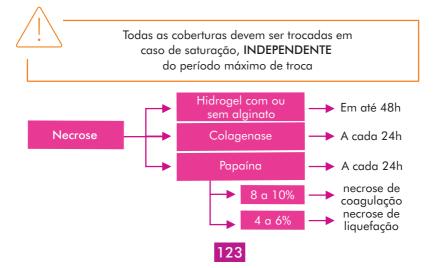
| 1 | 2 | 2 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avaliação da Ferida Avaliar quanto ao local, exsudato, odor, tamanho, grau/classificação e pele peri-lesional | Limpeza da Ferida Realizar limpeza da ferida com soluções estéreis | Aplicação de Cobertura Aplicar cobertura adequada para cada ferida a partir de suas características |

Limpeza da ferida

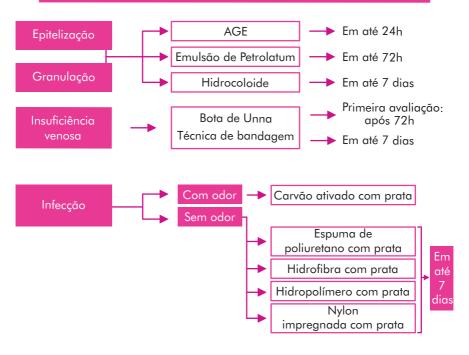
| Solução | Indicação | Modo de usar | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Pielsana Polihexanida Solução Aquosa (PHMB) | Descontaminação e umidificação do leito da ferida | Aplicar gaze com solução no leito da ferida; aguardar 10 a 15 minutos; remover gaze e fechar ferida com cobertura | |
| Soro Fisiológico 0.9 | Todas as lesões | Irrigação em jatos | |
| Clorexidina Degermante | Degermação da pele, mucosas íntegras ou de lesões com sujidades visíveis | Aplicar em região com gaze estéril e retirar com SF0.9% | |

(MASUKAWA, I; et al, 2016)

Aplicação de cobertura quanto ao tecido da lesão e tempo de troca



Característica da ferida



(BRASIL, 2011. BRASIL, 2019. CUNHA, J. B, 2015; CURATEC, 2015. SOF-BE-BVS, 2015)

Característica da ferida



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Indicação dos curativos baseado nos produtos padronizados pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Secretaria Municipal da Saúde Presidente Prudente. **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas.** 2ª versão. São Paulo, 2018.

CUNHA, J.B. Desenvolvimento de algoritmo e aplicativo para avaliação e plano de tratamento de feridas. Porto Alegre, 2015. CURATEC. Bula SilverCoat. p.2, 2015.

MASUKAWA, I;et al. Elaboração do Procedimento Operacional Padrão para produtos para antissepsia de pele e mucosas do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Tiago. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

Segunda Opinião Formativa-SOF-SE-BVS. 29 de janeiro de 2015. **Qual o mecanismo** de ação da Papaína e a concentração ideal para uso em uma escara com necrose? Disponível em: https://aps.bvs.br/aps/qual-o-mecanismo-de-acao-da-papaina-e-a-concentracao-ideal-para-uso-em-uma-escara-com-necrose/.

Índice Remissivo

В Prevenção ou confirmação Baciloscopia: 93, 95, 96, Feridas: 98, 122 de violências: 22 106, 107, 108, 111, 115 Prevenção primária: 6, 22, G \mathcal{C} Granulação: 60, 124 R Câncer de colo de útero: Gravidez: 9, 17, 76, 83, RCOP (Registro Clínico 3, 4, 11, 56, 71 88 Orientado por Câncer de mama: 3, 5, 8 Н Problema): 1 Coberturas: 123 Hanseníase: 90, 96, 98, Reflexos Primitivos: 25 Colposcopia: 7, 71 100, 101, 102, 103 Controle pressórico: 38 ς HAS (Hipertensão Corrimento: 18, 57, 58 Saúde da Criança: 24 Arterial Sistêmica): 30 Saúde sexual e D Hepatites Virais: 55, 56 reprodutiva: 22 Dermatoneurológico: 91 Higiene Oral: 28 Sinais de Alarme: 15, 16, Diabetes gestacional: 40 Hipoglicemia: 45, 46, 47, 17, 19, Diabetes Mellitus: 14, 38, Sinais Vitais: 22, 25, 85 40, 48, 107, 118, 119 Sintomático respiratório: Infecção latente: 118, 119 Doença cardiovascular: 105 Infecção Sexualmente 30, 40, 41 SOAP (Subjetivo, Objetivo Transmissível: 3, 54 Doença Inflamatória , Avaliação e Plano): 1 Insulinoterapia: 46 Pélvica: 85 Suplementação: 15, 27, Doenças prevalentes na M 36 população masculina: 22 Marcos do SUS: 1 desenvolvimento infantil: 25 MEV (Mudança no Estilo Dermatoneurológico: 91 Teste de sensibilidade: 91, de Vida): 33, 45 Diabetes gestacional: 40 97, 108 Multibacilar: 92 Diabetes Mellitus: 14, 38, Teste Rápido Molecular: 40, 48, 107, 118, 119 Doença cardiovascular: Necrose: 123 Tuberculose: 55, 72, 107, 30, 40, 41 109, 110, 111, 112, 113, Doença Inflamatória 114, 116, 118 Paucibacilar: 90, 96, 100, Pélvica: 85 101, 102 Doenças prevalentes na PE (Processo de Úlcera genital: 60 população masculina: 22 Enfermagem): 1 PEC (Prontuário Eletrônico Epitelização: 124 do Cidadão): 1 Pé diabético: 48 Escore de Framinghan: 32 Pré natal de baixo risco: 10 Exame Citopatológico: 4

Pré-natal do parceiro: 22

Prevenção de acidentes:

22, 27

Exame físico Gineco-

obstétrico: 11

Realização

SindEnfermeiro-DF