

CENTRO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL  
EM SAÚDE



**A  
U  
X  
I  
L  
I  
A  
R  
D  
E  
E  
N  
F  
E  
R  
M  
A  
G  
E  
M**

**ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA**



## HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, realizado em caráter universal, e à assistência médica hospitalar para poucas doenças: servia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional da Previdência social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíssem com a Previdência Social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimento próprio, mas a maior parte do atendimento era realizada pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 70 como formas de oposição técnica e políticas ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Em meados da década de 70 ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussão no INAMPS. Em 1979 o general João Batista Figueiredo assumiu a presidência com promessa de abertura política, e de fato a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro de 1979 o I simpósio sobre Políticas Nacional de Saúde, que contou com a participação de muitos dos integrantes do movimento e chegou a conclusão altamente favoráveis ao mesmo; ao longo da década de 80 o INAMPS passou por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, já numa transição com o SUS.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um marco na história do SUS. Foi aberto em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta a sociedade; além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado a base para a seção da saúde da Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988. A constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois a incorporação do INAPMS ao Ministério da Saúde e por fim a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou



o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu a SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários na gestão de serviços. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

**Lei nº 8.080:** esta lei regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isoladamente ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direitos público ou privado.

**Lei nº 8.142:** dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área e dá outra providencia.

### PRINCÍPIOS IDEOLÓGICOS E DOUTRINÁRIOS DO SUS

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:



- **Universalidade:** acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de complexidade do sistema.
- **Equidade:** assistência à saúde igualitária, livre de preconceitos ou qualquer tipo de privilégio.
- **Integralidade:** a atenção a saúde inclui tanto os meios curativos quanto preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas ( ou grupo) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

### PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS

- **Descentralização político-administrativo:** o SUS existe em três níveis , também chamado de esfera: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias.
- **Hierarquização e regionalização:** os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados quando necessário. Cada serviço tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população.
- **Participação da Comunidade:** o controle social, como também é chamado esse principio, foi melhor regulado pela Lei 8.142. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferencias de Saúde, que ocorre a cada quatro anos em todos os níveis, e através de Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados também em todos os níveis.



***A Lei orgânica de Saúde estabelece ainda os seguintes princípios:***

- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática;
- Integração em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviço de assistência à saúde da população;
- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

**OBJETIVOS DO SUS**

- Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e da saúde;
- Formulação de políticas de saúde destinada a promover, a redução do risco de doenças e outros agravos, e o estabelecimento de condições que garantam acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação;
- Assistência as pessoas por intermédio das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

**AREAS DE ATUAÇÃO.**

- Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- Controle e fiscalização de alimentos, água e bebidas para o consumo humano;
- Orientação familiar;
- Participação na área de saneamento;
- Participação na preparação de recursos humanos;
- Saúde do trabalhador;





- Vigilância epidemiológica;
- Vigilância nutricional;
- Vigilância nutricional.

## PACTO PELA VIDA

O pacto pela vida reforça o movimento de gestão pública por resultados. É o compromisso entre gestores em relação ao estabelecimento de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As prioridades são expressas em metas inseridas no termo de compromisso de gestão.

PRIORIDADES-PACTO PELA VIDA		OBJETIVOS
1	<i>Saúde do Idoso</i>	Implantar a política nacional de saúde da pessoa idosa, buscando a atenção integral.
2	<i>Câncer de colo de útero e de mama</i>	Contribuir para redução da mortalidade por câncer de colo de útero e de mama.
3	<i>Mortalidade infantil e materna</i>	Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doenças diarreicas e por pneumonias.
4	<i>Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza</i>	Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias
5	<i>Promoção da saúde</i>	Elaborar e implantar a política nacional de promoção da saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.
6	<i>Atenção básica a saúde</i>	Consolidar e qualificar a estratégia da saúde da família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

## EPIDEMIOLOGIA

É a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividade humana, pela análise da distribuição de fatores determinantes das enfermidades, dos danos à saúde e ventos associados à saúde coletiva, para propor medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecer indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e à avaliação das ações de saúde.



Vigilância epidemiológica: responde pelo controle de doenças, particularmente das doenças transmissíveis.

Vigilância sanitária: responde pela fiscalização de portos, aeroportos, fronteiras, medicamentos, alimentos, cosméticos e bens.

**A prevenção é classificada em três tipos:**

<b>Prevenção primária</b>	<b>Prevenção secundária</b>	<b>Prevenção terciária</b>
Faz-se por meio de interceptação dos fatores pré-patogênicos e está relacionada a promoção à saúde (moradia, escola, lazer, alimentação e educação que satisfaça as necessidades da população) e a proteção específica (imunização, saúde ocupacional, higiene pessoal e do lar, proteção contra acidentes, aconselhamento genético e controle de vetores)	É realizada no indivíduo já sobre a ação do agente patogênico, no nível do estado de doença, e inclui: diagnóstico precoce (inquérito para descoberta de casos na comunidade, exames periódicos) isolamento para evitar a propagação da doença, e limitação da incapacidade (evitar futuras complicações e seqüelas).	É a prevenção da incapacidade por meio de medidas de reabilitação, como a fisioterapia, terapia ocupacional, e a reinserção do reabilitado no mercado de trabalho.

### **PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

A saúde da família é uma estratégia que o MS escolheu para reorientar o modelo assistencial do SUS a partir da atenção básica; teve início em 1994.

Segundo o MS, uma unidade de saúde da família se destina a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, característico do nível primário de atenção.

#### **OBJETIVOS GERAIS DO PSF.**

- Prestar assistencial integral à família na unidade de saúde e no domicílio;
- Eleger a família como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar a prática em saúde;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio de ações intersetoriais;



- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença de organização de serviços e da produção social de saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida para efeito de controle social;



## COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Equipe multiprofissional: cada equipe é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais como dentistas, assistentes sociais e psicólogos, podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio.

Cada equipe é responsável por uma área onde residam entre 600 a 1.000 famílias, com um limite Máximo de 4.500 habitantes.

As equipes deverão realizar o cadastramento das famílias através das visitas aos domicílios, de acordo com a área territorial.

Médico: o médico da família deve ter sólida formação geral vista ter por função atender a todos os componentes da família, independente do sexo ou idade. Atribuições:

- Prestar assistência integral aos indivíduos;
- Valorizar a relação medica/paciente e medico/família como parte do processo terapêutico;
- Aproveitar os contatos com a comunidade para abordar aspectos de educação em saúde;
- Empenhar-se em manter as pessoas saudáveis;
- Executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em seu território;
- Executar ações de assistência, inclusive primeiro atendimentos nas urgências e pequenas cirurgias;
- Promover a qualidade de vida; ajudar a desenvolver junto à equipe e à comunidade o conceito de cidadania;
- Participar do processo de programação e planejamento das ações e das organizações do processo de trabalho da unidade.



## **ENFERMEIRO**

- No nível de sua competência, responsabilizar pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- Capacitar os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem;
- Aproveitar os contatos com a comunidade para promover ações de educação em saúde;
- Promover a qualidade de vida e contribuir para tornar o meio ambiente mais saudável;
- Discutir junto à equipe da unidade com os indivíduos e famílias de sua área de atuação as relações existentes entre cidadania e saúde;
- Programar e planejar as ações e organizações do trabalho da unidade, em conjunto com os demais profissionais da equipe.

## **AUXILIAR DE ENFERMAGEM**

- Junto com os ACS, atuar na identificação das famílias de risco;
- Auxiliar os ACS nas visitas domiciliares;
- Acompanhar as consultas de enfermagem;
- Executar, segundo sua qualificação profissional, procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica;
- Participar das discussões e organização do processo de trabalho da unidade de saúde.

## **AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

- Elo entre comunidade e equipe;
- Mapear sua área de atuação;
- Cadastrar família de sua área, mantendo o cadastro sempre atualizado;
- Identificar indivíduos e familiar exposta a situação de risco;
- Realizar visitas domiciliares mensais;
- Colher dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
- Desenvolver ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida;
- Incentivar a formação de conselho locais de saúde;
- Informar a equipe da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;



## CADEIA DE TRANSMISSÃO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Doenças transmissíveis são doenças infecciosas cujo agente pode passar de um indivíduo para o outro ou de um animal para um indivíduo ou ainda de um indivíduo para um animal. A cadeia de transmissão é composta dos seguintes elos:

### Modo de transmissão das doenças pode ser:

- Transmissão horizontal: o agente etiológico é transmitido de uma pessoa à outra de forma direta, imediata ou indireta;
- Transmissão direta imediata: o agente etiológico é transmitido de um indivíduo a outra durante a relação íntima com o indivíduo suscetível, sem que haja passagem pelo meio ambiente;
- Transmissão direta mediata: o agente etiológico é eliminado no meio ambiente pelo indivíduo infectado, e transmitido para o suscetível que entra em contato com o meio. Ex: tuberculose, sarampo dentre outras;
- Transmissão indireta: o agente etiológico quando eliminado pelo indivíduo infectado, necessita de um veículo ou hospedeiro intermediário até que chegue ao indivíduo suscetível. Ex: esquistossomose entre outras;
- Transmissão vertical: transmissão que ocorre da mãe para o feto, pode ser transplacentária ou durante o parto. Ex: AIDS, sífilis congênita, rubéola entre outras.
- Agente: organismo vivo capaz de causar uma infecção. Ex: vírus, bactéria, fungos helmintos e protozoário. São características do agente:
- Reservatório: é todo organismo vivo ou matéria inanimada que abriga o agente e lhe oferece condições para sobrevivência e reprodução;
- Porta de saída ou via de eliminação: é o meio por onde o agente deixa o reservatório para continuar a cadeia de transmissão;
- Modo de transmissão: é a forma como é transmitido o agente;
- Porta de entrada: é o modo pela qual o agente penetra no novo hospedeiro;
- Hospedeiro suscetível: é o indivíduo ou animal passível de adquirir a infecção.

### CARACTERÍSTICAS DOS MICRORGANISMOS NA PRODUÇÃO DE DOENÇAS.

- ✓ Infectividade: capacidade de o agente provocar uma infecção;
- ✓ Patogenicidade: capacidade de o agente causar sinais e sintomas;
- ✓ Virulência: capacidade de o agente provocar casos graves ( seqüelas ou casos fatais).



## PERIODOS DE UMA DOENÇA INFECCIOSA

- Período de incubação: é o intervalo de tempo que decorre entre a exposição a um agente infeccioso e o aparecimento dos sinais e sintomas;
- Período prodromico: é o período inicial das manifestações clínicas, com sinais e sintomas inespecíficos como febre, coriza, mal-estar;
- Período de estado: é o período em que as manifestações clínicas são características daquela doença;
- Período de convalescença: é o período de remissão das manifestações clínicas em direção a cura;
- Período de transmissibilidade: é o período em que o agente é eliminado, possibilitando a infecção de suscetível.

## CARACTERÍSTICAS DO HOSPEDEIRO DE RESISTÊNCIA À DOENÇA

Fatores genéticos, estresse, estado nutricional, consumo de álcool, narcóticos e fumo, integridade da pele e mucosa, estado atual de saúde, imunidade específica, capacidade de reação e adaptação aos estímulos do meio.

Muitas doenças podem ser evitadas através de imunização em dose único e múltiplas doses.

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Imunização (PNI) para controle, erradicação e eliminação de algumas doenças preveníveis por vacinação.

O objetivo fundamental de um programa de vacinação é causar impacto dos índices de morbidade e mortalidade das doenças alvo. O Ministério da Saúde preconiza três calendários básicos nacional obrigatórios: calendário da criança, adolescente e adulto.

## AGENTES IMUNIZANTES

- Natureza: a vacina pode ser isolada ou combinada, constituída por diversas formas biológicas, quais sejam: bactérias ou vírus vivos atenuados; vírus inativados e bactérias mortas; componentes purificados ou modificados dos agentes causadores;
- Composição: agente imunizante; liquido em suspensão ( água destilada ou solução salina); conservantes/estabilizadores/antibióticos e adjuvantes ( composto de alumínio ou outros para aumentar o poder imunogênico).



## TIPOS DE IMUNIDADE

A imunidade pode ser ativa ou passiva, ambas naturais ou artificiais.

- Imunidade ativa natural: adquirida através da doença que acaba gerando a imunidade específica e memória imunológica àquela doença;
- Imunidade ativa artificialmente adquirida: adquirida através do uso de vacina, que visa proteger contra microorganismo específico;
- Imunidade passiva naturalmente adquirida: se dá quando a criança recebe as imunoglobulinas específicas via transplacentária (IgG) ou aleitamento materno (IgA), as quais têm um período curto de existência;
- Imunidade passiva artificialmente adquirida: adquirida através das imunoglobulinas, como exemplo o soro antitetânico, antidiftéricos, entre outros.

## FALSAS CONTRAINDICAÇÕES DA VACINA

- Doenças infecciosas ou alérgicas do trato respiratório superior;
- Doenças diarreicas leves ou moderadas;
- Doenças da pele ( impetigo, escabiose);
- Historia pregressa de doença sem comprovação sorológica ou diagnostica;
- Desnutrição;
- Doença neurológica estável ou antecedente familiar de convulsão;
- Tratamento com corticóide de curta duração (< 2 semanas) e doses baixas;
- Alergia não relacionada a componentes da vacina;
- Prematuridade ou baixo peso ( exceção da vacina BCG);
- Internação hospitalar.

## CONTRAINDICAÇÕES GERAIS

Os imunobiológicos vivos atenuados não devem ser administrados em pessoas:

- Com imunodeficiência congênita adquirida;
- Acometidas por neoplasias malignas;



- Em tratamento com altas doses de corticosteróides ( dose em criança de 2 mg/kg/dia ou doses em adulto de 20 mg/dia ou mais). Deve ser adiada a imunização até três meses após o término do tratamento;
- Submetidos a tratamentos quimioterápicos, antineoplásicos, radioterapia, etc.;
- Gravidez, entretanto a vacinação inadvertida durante a gravidez não constitui indicação para a sua interrupção.

**Calendário básico de vacinação da criança até 4 anos de idade - 2016.**

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
<b>Ao nascer</b>	BCG- ID	Única	Formas graves de tuberculose
	Hepatite B	1ª dose	Hepatite B
<b>2 meses</b>	Pentavalente (DTP+HIB+HB)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por Haemophilus influenza tipo b + Hepatite B.
	Vacina injetável da poliomielite (VIP)		Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina oral da Rotavírus Humano (VORH)		Diarréia por rotavírus
	Vacina Pneumocócica 10 (conjugada)		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo.
<b>3 meses</b>	Vacina Meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doenças invasivas causadas por Neisseria meningitidis do subgrupo C
<b>4 meses</b>	Pentavalente (DTP+HIB+HB)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por Haemophilus influenza tipo b + Hepatite B.
	Vacina injetável da poliomielite (VIP)		Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina oral da Rotavírus Humano (VORH)		Diarréia por rotavírus
	Vacina Pneumocócica 10 (conjugada)		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo.
<b>5 meses</b>	Vacina Meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doenças invasivas causadas por Neisseria meningitidis do subgrupo C
<b>6 meses</b>	Pentavalente (DTP+HIB+HB)	3 dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por Haemophilus influenza tipo b + Hepatite B.
	Vacina injetável da poliomielite (VIP)		Poliomielite ou paralisia infantil

	Vacina Pneumocócica 10 (conjugada)	3 dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo.
<b>9 meses</b>	Febre amarela	Única	Febre amarela
<b>12 meses</b>	Tríplice viral (SCR)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola.
	Vacina Meningocócica C (conjugada)	Reforço	Doenças invasivas causadas por Neisseria meningitidis do subgrupo C
	Vacina Pneumocócica 10 (conjugada)	Reforço	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo.
<b>15 meses</b>	Tríplice bacteriana (DTP)	1º Reforço	Difteria, tétano e coqueluche.
	Vacina oral da poliomielite (VOP)	Reforço	Poliomielite ou paralisia infantil
	Hepatite A		Hepatite A
	SCR-Varicela (Tetraviral)		Sarampo, caxumba e rubéola + varicela
<b>4 anos</b>	Tríplice bacteriana (DTP)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche.
	Vacina oral da poliomielite (VOP)	Reforço	Poliomielite ou paralisia infantil

### Cardeneta do Menino e Menina



**Calendário nacional de vacinação do adolescente ( não vacinado ou com esquema vacinal desconhecido)**

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
De 11 a19A (na 1ª visita ao serviço)	Hepatite B	1ª dose	Hepatite pelo vírus B
	Dt (dupla tipo adulto)	1ª dose	Difteria e tétano
	Febre amarela	Dose única	Febre amarela
	SCR	Dose única	Sarampo, caxumba e rubéola
1 mês após 1ª dose da hepatite B	Hepatite B	2ª dose	Hepatite B
6 meses após a 1ª dose da hepatite B	Hepatite B	3ª dose	Hepatite B
2 meses após a 1ª dose da dt	dt ( dupla tipo adulto)	2ª dose	Difteria e tétano
2 meses após a 2ª dose da dt	dt ( dupla tipo adulto)	3ª dose	Difteria e tétano
A cada 10 anos por toda vida	dt ( dupla tipo adulto)	reforço	Difteria e tétano
	Febre amarela		Febre amarela

**Calendário do adulto e idoso**

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇA EVITADA
A partir de 20 anos	dt (dupla adulto)	1ª dose	Difteria e tétano
	Febre amarela	Única	Febre amarela
	SRC (tríplice viral)	Única	Sarampo, caxumba e rubéola
2 meses após a 1ª dose da dt	dt	2ª dose	Difteria e tétano
2 meses após a 2ª dose da dt	dt	3ª dose	Difteria e tétano
A cada 10 anos por toda a vida	dt	Reforço	Difteria e tétano
	Febre amarela		Febre amarela
60 anos	Influenza	Anual	Influenza (gripe)
	Pneumocócica	Única	Infecção causada por pneumococo

**VACINAÇÃO DA CONTRA DIFETERIA E TÉTANO (DUPLA ADULTO) NO PERÍODO GESTACIONAL**

	DURANTE A GESTAÇÃO	REFORÇO DA VACINA
Gestante nunca vacinada contra a dt	2 doses com intervalo de 30-60 dias	1 reforço 6-12 meses após a 2ª dose
Gestante com uma ou duas doses	Completar esquema de três doses	Reforço a cada 10anos
Gestante com serie primaria incompleta	Uma dose se transcorridos mais de 5 anos da última	Reforço a cada 10 anos.

- É aconselhável mais não obrigatório, aguardar o 2º trimestre de gestação para início da gestação.

**Características específicas dos imunopreveníveis.**

<b>Vacina</b>	<b>Pentavalente: contém toxóide diftérico, toxóide tetânico e bordetella pertussis, Hib + Hepatite B</b>
Via de administração	IM profunda, no vasto lateral da coxa; em crianças > que 2 anos pode ser aplicada no deltóide ou glúteo.
Dose	0,5 ml
Conservação e validade	Conservada entre +2°C a +8°C; não pode ser congelada, o frasco poderá ser utilizada até o final, respeitando o prazo de validade.
Reações adversas	Dor, vermelhidão e endureção local; febre; mal estar geral e irritabilidade nas primeiras 24 a 48 hs. Com menor freqüência pode ocorrer sonolência, choro prolongado e incontrollável, convulsões, síndrome hipotônico-hiporresponsivo ( hipotonia, sudorese ria e diminuição de resposta a estímulo, choque anafilático.
Contra-indicação	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Encefalopatia nos primeiros sete dias após a dose anterior;</li><li>➤ Convulsão ou síndrome hipotônica-hiporresponsiva;</li><li>➤ Reação anafilática nas primeiras duas horas;</li><li>➤ Idade igual o maior de 7 anos.</li></ul>

<b>Vacina</b>	<b>Dt: dupla adulta contém toxóide diftérico e toxóide tetânico</b>
Via de administração	IM profundamente no deltóide ou região glútea.
Dose	0,5 mL
Conservação e validade	Conservada entre +2°C a +8°C; não pode ser congelada, o frasco poderá ser utilizada até o final, respeitando o prazo de validade
Reações adversas	Dor, rubor, endureção no local da aplicação. Em alguns casos pode ocorrer febre.
Contra-indicação	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Reação anafilática em dose anterior;</li><li>➤ Síndrome de Guillain-Barré.</li></ul>



<b>Vacina</b>	<b>BCG (Bacilo de Calmete Guérin). Bacilo vivo de Mycobacterium bovis e glutamato de sódio</b>
Via de administração	ID, na altura da inserção inferior do músculo deltóide do braço direito.
Dose	0,1 mL
Conservação e validade	Conservada entre +2°C a +8°C. Após a reconstituição deve ser utilizada por um período de 6 horas.
Reações adversas	Abscessos, ulceração > que 10 mm no local da aplicação e linfadenite regional
Contra-indicação	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Mulher grávida;</li><li>➤ Portador de HIV;</li><li>➤ Recomenda adiamento em RN com peso inferior a 2.000g ou com afecções dermatológicas em atividade.</li></ul>

<b>Vacina</b>	<b>Vacina contra a hepatite A: antígeno HBs, produzido por engenharia genética</b>
Via de administração	IM em vasto lateral da coxa em < de 2 anos, > de 2 anos deltóide.
Dose	0,5 mL em < de 20 anos e 1,0 mL em > de 20 anos
Conservação e validade	Conservada entre +2°C a +8°C; não pode ser congelada, o frasco poderá ser utilizada até o final, respeitando o prazo de validade.
Reações adversas	Local: dor. Sistêmica: febre baixa, mal-estar, cefaléia e fadiga.
Contra indicação	Reação anafilática em dose anterior.

<b>Vacina</b>	<b>Vacina contra a hepatite B: antígeno HBs, produzido por engenharia genética</b>
Via de administração	IM em vasto lateral da coxa em < de 2 anos, > de 2 anos deltóide.
Dose	0,5 mL em < de 20 anos e 1,0 mL em > de 20 anos
Conservação e validade	Conservada entre +2°C a +8°C; não pode ser congelada, o frasco poderá ser utilizada até o final, respeitando o prazo de validade.
Reações adversas	Local: dor. Sistêmica: febre baixa, mal-estar, cefaléia e fadiga.
Contra indicação	Reação anafilática em dose anterior.

<b>Vacina</b>	<b>Injetável contra poliomielite (VIP): agentes imunizantes (polivírus tipo 1, 2 e 3 vivos atenuados)</b>
Via de administração	IM em vasto lateral da coxa em < de 2 anos, > de 2 anos deltóide.
Dose	0,5 mL



Conservação e validade	Na instancia centra e regional a – 20°C e na local entre +2°C a +8°C.. Depois de aberto tem validade de uma semana.
Reações adversas	Paralisias flácidas após 4 a 10 dias do recebimento da vacina
Contra indicação	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ As mesmas indicadas para vacinas de microorganismos vivos;</li><li>➤ Deve ser adiada nos casos de ocorrências de diarreia e/ou vomito intensos e doenças febris graves.</li></ul>

<b>Vacina</b>	<b>Oral contra poliomielite (VOP): agentes imunizantes (polivirus tipo 1, 2 e 3 vivos atenuados</b>
Via de administração	VO
Dose	2 gotas
Conservação e validade	Na instancia centra e regional a – 20°C e na local entre +2°C a +8°C.. Depois de aberto tem validade de uma semana.
Reações adversas	Paralisias flácidas após 4 a 10 dias do recebimento da vacina
Contra indicação	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ As mesmas indicadas para vacinas de microorganismos vivos;</li><li>➤ Deve ser adiada nos casos de ocorrências de diarreia e/ou vomito intensos e doenças febris graves.</li></ul>

<b>Vacina</b>	<b>Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH): Rotavírus atenuados isolados de humanos monovalentes</b>
Via de administração	VO
dose	1,5 mL (todo o conteúdo do aplicador)
Conservação e validade	De + 2°C a + 8°C em todas as instancias da rede de frio. Não deve ser congelada.
Reações adversas	Febre, em geral inferior a 39°C, irritabilidade, indisposição, diminuição do apetite e diarreia.
Contra indicação	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Aletria grave, imunodeficiência; historia previa de invaginação intestinal; doença gastrointestinal crônica ou malformação congênita do trato digestório; terapêutica imunossupressora.</li></ul>

<b>Vacina</b>	<b>Contra Febre Amarela (Antimalárica): cepa atenuada de vírus vivo da febre amarela</b>
Via de administração	SC, na região posterior do braço (1ª escolha) ou região dorsoglúteo.
Dose	0,5 mL
Conservação e	Na instancia central -20°C e na regional e local de + 2°C a + 8°C. depois de diluído deve ser utilizado



validade	por um período de 4 hora.
Reações adversas	
Contraindicação	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Reação anafilática à ingestão de ovo;</li><li>➤ Crianças menores de seis anos;</li><li>➤ Contraindicações gerais de vírus vivos.</li></ul>

<b>Vacina</b>	<b>Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR)): é uma combinação dos vírus vivos atenuados do sarampo, da caxumba e da rubéola.</b>
Via de administração	SC, na região deltóide, na face externa superior do braço ou região glútea.
Dose	0,5 mL
Conservação e validade	Na instancia central e regional -20°C e local de + 2°C a + 8°C. Depois de diluído deve ser utilizado por um período de 8 horas.
Reações adversas	Quando ocorre, geralmente são benignos: febre, discreto exantema, parotidite, artralgia e artrite.
Contraindicação	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Mulheres grávidas e as mulheres vacinadas devem esperar 30 dias para engravidar;</li><li>➤ Contraindicações gerais recomendadas para vacinas de microorganismo vivas.</li></ul>

<b>Vacina</b>	<b>Influenza (gripe): diferentes cepas de Myxovirus influenzae inativados.</b>
Via de administração	IM em deltóide ou região dorsoglúteo.
Dose	De 6 meses a menos de 3 anos 0,25 mL; maior que 3 anos 0,5 mL
Conservação e validade	De +2°C a +8°C em todas as instancias. Depois de aberto por 7 dias.
Reações adversas	Local: dor, edema. Eritema e nódulo. Sistêmico: febre, mal-estar e mialgia.
Contraindicação	Reação anafilática a ovo ou à dose anterior da vacina.

<b>Vacina</b>	<b>Pneumocócica 10</b>
Via de administração	IM profundo no vasto lateral coxa.
Dose	0,5 ml
Conservação e validade	Entre + 2°C a + a 8°C. Não pode ser congelada
Reações adversas	Edema, eritema, sensibilidade aumentada no local da aplicação, diarreia, vomito, febre, entre outros.



Contraindicação	Anafilaxia a dose anterior
-----------------	----------------------------

<b>Vacina</b>	<b>Meningocócica C</b>
Via de administração	IM profundo. Vasto lateral da coxa direita.
Dose	0,5 ml
Conservação e validade	Entre + 2°C a + 8°C; após reconstituição deverá ser usada imediatamente.
Reações adversas	Dor, eritema, edema, endureção local de aplicação, febre baixa e anafilaxia é raro.
Contraindicação	Pessoas com hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da vacina.

## CONSERVAÇÃO DOS IMUNOBIOLOGICOS

Rede de frio é o processo de recebimento, armazenamento, conservação, distribuição e transporte de imunobiológicos do PNI.

Na instancia nacional ou central conservam os imunobiológicos em câmeras de frio em temperatura a - 20°C ou entre +2 a +8°C;

Na instancia estadual: alem das câmeras de frio, contam-se também com freezers para as vacinas que podem ser congeladas (-20°C) e geladeiras tipo comercial modelo 4,6 ou 8 portas para os produtos que não podem ser congelados (+2 a +8°C).

Na instancia regional ou municipal: são armazenados todos os imunobiologicos na rede de serviço de saúde do município pertencente a sua área de abrangência. Os produtos são armazenados em câmara de frio, geladeiras ou freezers de acordo coma necessidade. O descongelamento da vacina é feito na temperatura de +2 a+8°C. Essa instancia distribui vacinas para o nível local ( UBS, hospitais e ambulatórios);

Na instância local: são armazenados os imunobiologicos para a utilização na sala de vacina da unidade de saúde. Esses produtos e seus diluentes devem ser conservados entre +2 a + 8°C, em refrigerador tipo domestico com capacidade de 280 litros. Tal capacidade deve estar de acordo com as quantidades de vacinas necessárias às atividades de vacina.

## CUIDADOS GERAIS COM EQUIPAMENTOS DE REFRIGERAÇÃO DESTINADOS À CONSERVAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS

- Uso exclusivo para conservação de vacinas;
- Tomada elétrica exclusiva, uma para cada equipamento; instalada a 1,30m do piso;
- No quadro de energia elétrica da instituição, é importante identificar a chave específica do circuito da sala de vacinação e um aviso “não desligar”;
- Instalar o equipamento longe de fontes de calor e afastado da parede pelo menos 20 cm;
- Colocar termômetro para controle de temperatura em todos os equipamentos. No caso de utilizar termômetro analógico de máxima e mínima, colocá-lo em posição vertical, preso entre a 1ª e 2ª prateleiras; afixar n aporta, externamente, o mapa de controle diário de temperatura e proceder a leitura e registro de temperatura pelo menos início e final da jornada de trabalho; descongelar e limpar todos os equipamentos sempre que a camada de gelo exceder 0,5cm de espessura;
- A limpeza é de responsabilidade de enfermagem e deverá ser feita com sabão neutro;
- Transferir as vacinas para outro refrigerador ou caixa térmica com bobinas de gelo reutilizável com temperatura de +2; + 8°C;
- Desligar o equipamento da tomada elétrica e não mexer no termostato, abrir a porta e aguardar que a camada de gelo se desprenda naturalmente;
- Recolocar as vacinas no equipamento ao termino da limpeza, quando a temperatura interna alcançar a faixa de temperatura adequada/
- Certificar-se de que aporta está vedando adequadamente;
- A organização interna requer alguns cuidados como: vacinas com data de validade próxima deverão ser colocadas na frente de acordo com o tipo e lote; as vacinas devem ser guardadas em suas caixas próprias ou em sacos plásticos perfurados e identificadas; armazenar mantendo espaço entre as caixas e não colocar nas paredes do refrigerador; não colocar vacinas na porta.



### ORGANIZAÇÃO INTERNA NO REFRIGERADOR DE USO DOMÉSTICO

**Congelador:** bobinas de gelo reutilizável disposto na posição vertical;

**Primeira prateleira:** vacinas que podem ser submetidas a temperaturas negativas;

**Segunda prateleira:** termômetro de máxima e mínima, vacinas que não podem ser submetidas a temperaturas negativas;

**Terceira prateleira:** estoque de vacinas, soros, imunoglobulinas e diluentes;

**Prateleira inferior (gaveta):** garrafas com água e um corante.





**Termômetro digital:** equipamento eletrônico, com visor de cristal líquido e cabo extensor que mede as temperaturas do momento, a máxima e mínima, que deverá ser afixado na porta da geladeira na parte externa. Introduzir o cabo extensor da parte interna da geladeira através das dobradiças, fixando o bulbo próximo às vacinas dentro de uma das caixas na parte central da segunda prateleira, que permitirá medir a temperatura ao redor dos imunobiológicos.



**Termômetro analógico de cabo extensor:** é utilizado para verificar a temperatura no momento, no transporte, no uso diário da sala de vacina quando da impossibilidade de usar a geladeira própria para esse fim, ou no trabalho de vacinação fora da unidade de saúde. Colocar o sensor ou bulbo do termômetro de cabo extenso entre os imunobiológicos que estão na caixa térmica, fechar com o cabo extensor, passando entre a tampa e a borda da caixa, deixando o visor preso com fita adesiva do lado externo, aguardar meia hora para fazer a leitura.





## DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

As DST são causadas por diversos bioagentes que são transmitidos de uma pessoa infectada para outra, predominantemente, por contato sexual desprotegido outras por sangue contaminado ou compartilhamento de seringas e agulhas. Uma variedade de bioagentes como vírus, fungos, bactérias, protozoários e parasitas estão envolvidos na infecção por DST, gerando diferentes manifestações clínicas, como corrimento, feridas verrugas e bolhas entre outras.

As DST estão entre os problemas mais comuns de saúde pública em todo o mundo.

**CANDIDÍASE:** também chamada de monilíase ou micose por cândida, é uma doença mais freqüente de infecção genital (vulva e vagina).

- Agente: fungo cândida albicans (80 a 90%) e os demais por outras espécies não albicans ( C.tropicalis, C. glabrata, C krusei, C. parapsilosis) .
- Transmissão: a relação sexual não é considerada principal forma de transmissão, uma vez que esse fungo pode fazer parte da flora endógena. Alguns fatores que predis põem a candidíase vulvovaginal: gravidez, DM descompensada, obesidade de contraceptivos orais de altas dosagens: uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores; alguns hábitos de higiene e vestuário inadequado; contatos com substancias irritantes, como talco e perfume; alterações na resposta imunológica.
- Sinais e sintomas: na mulher depende do grau da infecção e da localização do tecido inflamado. Prurido vulvovaginal, dor ou ardor à micção; dispaurenia; corrimento de aspecto branco, grumoso, inodoro e caseoso, tipo leite coalhado, hiperemia, edema, fissuras e maceração da vulva; vagina e colo recoberto por placas brancas ou brancas acinzentadas aderidas à mucosa. No homem balanopostite que se caracteriza por hiperemia e, eventualmente, por leve edema e presença de lesões puntiformes avermelhadas e pruriginosas.
- Diagnostico: constatação dos sinais e sintomas e visualização de leveduras e pseudohifas no exame microscópico.
- Tratamento: miconazol, clotrimazol, tioconazol (creme vaginal); clotrimazol óvulos. Não há necessidade de tratamento do parceiro.

**TRICOMONÍASE:** doença infecto-contagiosa do sistema geniturinário do homem e da mulher.

- Agente: protozoário flagelado: tricomonas vaginalis.
- Transmissão: relação sexual desprotegida.
- Sinais e sintomas: a infecção pode apresentar-se de forma assintomática na maioria dos homens e em muitas mulheres, após a menopausa.



No homem pode ocorrer: uretrite.

Na mulher: leucorréia abundante, amarela ou amarela esverdeada, bolhosa ou com odor acentuado; prurido e/ou irritação vulvar, dispaurenia, dificuldade para urinar; hiperemia da mucosa com placar avermelhadas; e ocasionalmente, dor pélvica.

- Diagnóstico: através do exame de citologia oncótica.
- Tratamento na mulher: metronidazol tópico e oral; tinidazol e secnidazol oral. As gestantes após o primeiro trimestre de gestação, e as nutrizes devem ser tratadas por metronidazol por via oral.

Homem: metronidazol 2g em dose única.

### **GONORRÉIA**

- Agente: bactéria gram-negativa *Neisseria gonorrhoea*.
- Transmissão: contato sexual; oftalmia neonatal gonocócica durante a passagem do feto pelo canal vaginal; conjuntivite gonocócica por tocar os olhos com mão contaminada.
- Sinais e sintomas: muitas vezes assintomáticas; e sintomas locais como secreção vaginal aumentada, infecção do trato urinário; prurido. No homem uretrite e epididimite. Se não tratada pode ter serias complicações como Doença Inflamatória Pélvica (DIP); meningite; cegueira; dermatite, entre outras.
- Diagnóstico: citologia oncótica, cultura da secreção vaginal.
- Tratamento: ceftioxona, ciprofloxacina, azitromicina, entre outros

Oftalmia neonatal: uma conjuntivite do recém-nascido que apresenta secreção purulenta, contraída durante o nascimento através do contato com as secreções genitais maternas infectadas. A profilaxia da oftalmia gonocócica pode ser feita com uso de solução de nitrato de prata a 1% (método credê), aplicação única, na primeira hora após o nascimento ou com eritromicina 0,5% ou tetraciclina a 1%, aplicação única.

### **CANCRO MOLE (cancróide, cancro venéreo e cancro de Ducrey)**

- Agente: bacilo *haemophilus Ducrey*.
- Transmissão: exclusivamente sexual.
- Sinais e sintomas: lesões dolorosas, geralmente múltiplas. As lesões tipo ulcera apresentam borda irregular, com contorno eritemato-edematosos e fundo irregular, coberto por exudato necrótico, amarelado e de odor fétido. Nos homens, as lesões localizam-se, mais frequentemente, no frênulo e no sulco bálabo-prepucial. Em 30 a 50% dos homens, o bacilo pode atingir os linfonodos inguino-crurais, levando a infartamento ganglionar (bubão), geralmente unilateral.
- Diagnostico: é feito pelas manifestações clínica, exames laboratórios realizado pelo exame direto, com pesquisa em coloração pelo método Gram; esfregaço de secreção da base da ulcera, entre outros.



- Tratamento: azitromicina, ciprofloxacina, eritromicina, ceftriaxona.

## LINFOGRANULOMA VENÉREO

- Agente: bactéria *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3.
- Transmissão: exclusivamente sexual.
- Sinais e sintomas: primários: no local da penetração aparecem pápulas, pústulas ou ulceração indolor, que desaparecem sem deixar sequelas;

Secundária: linfadenopatia inguinal que ocorre entre uma a seis semanas após as lesões iniciais, geralmente unilateral, firme e pouco dolorosa (bubão), podendo acompanhar sintomas como febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, e artralgia;

Terciária: comprometimento ganglionar com fistulação por múltiplos orifícios no bubão, com ou sem sangramento, deixando cicatrizes retraídas e quinóides após sua evolução.

- Diagnóstico: é feito a partir de evidências clínicas; teste de sorologia; teste de fixação de complemento e a cultura celular com isolamento de clamídia.
- Tratamento: tiazefenicol; sulfametoxazol/trimetropim e doxiciclina.

## CONDILOMA ACUMINADO (crista de galo, figueira ou cavalo de crista)

- Agente: vírus HPV (papiloma vírus). Atualmente mais de 100 subtipos são reconhecidos, dos quais mais de 35 infectam a região anogenital. Estão subdivididos em três grupos, de acordo com o potencial de oncogenicidade e com o tipo de lesão que estão associados:

Grupo A: subtipos que apresentam alto risco para o desenvolvimento de câncer em colo uterino, vulva e ânus (16,18,45 e 56);

Grupo B: subtipos de risco intermediário (31, 33, 35, 39,51 e 52) e

Grupo C: subtipos que apresentam baixo risco para o desenvolvimento de câncer (6, 11, 41, 42, 43 e 44).

- Transmissão: sexual;
- Sinais e sintomas: depende da imunidade do indivíduo e do subtipo do vírus presente; geralmente assintomática, porém em 20% dos casos o quadro clínico é determinado por verrugas na região genital. Na forma condilomatosa as lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, em forma de pápulas, ásperas e indolores. Pode ser encontradas mais comumente na pele e mucosa dos genitais feminino (vulva, vagina, colo uterino e períneo) e masculino (pênis, escroto e períneo), na uretra e região anal. Cada tipo tem predileção por um determinado local sendo comum a presença dos subtipos 16 e 18 nas neoplasias cervicais intraepiteliais e dos subtipos 6 e 11 nos condiloma acuminados.
- Diagnóstico: pela história clínica, ou seja, presença de verrugas ou condilomas; peniscopia, citologia oncológica, colposcopia (teste de Schiller); exame histológico.



- Tratamento: o tratamento disponível e a escolha de um deles devem levar conta o tamanho, o numero e local da lesão, além de sua morfologia e outras questões com disponibilidade de recursos. Remoções das lesões condilomatosas; podofilina de 10 a 25% em solução alcoólica ou em tintura de Benjoim; podofilotoxina 0,15% crema; imiquimod 5% creme; interferon, eletrocauterização ou eletrocoagulação ou eletrofulguração; criocauterização; vaporização a laser e exérese cirúrgica.

**SÍFILIS** (cancro duro): doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeito a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada.

- Agente: *treponema pallidum*, bactéria do grupo dos espiroqueta.
- Transmissão: adquirida (sexual) e congênita.

Sífilis adquirida: é classificada de acordo com o tempo de evolução em sífilis recente e tardia. A recente tem menos de um ano de evolução e se divide em três estágios: primário, secundário e terciário.

- Sífilis primária: também chamada de cancro duro, manifesta-se após um período de 10 a 90 dias após o contato infectante (em média 21 dias) e caracteriza-se pela presença de lesão ulcerativa que varia de tamanho de vários mm a 2 cm, podendo ser única ou não, geralmente localizada na região genital e anorretal, superficial e geralmente indolor com bases definidas. Além das lesões ocorre linfadenopatia local e regional bilateral, não supurativa, móvel, indolor e múltiplas;
- Sífilis secundária: costuma iniciar cerca de seis a oito semanas após o surgimento da sífilis primária, mas pode desenvolver mais tardiamente, até seis meses após o contato infectante. Cefaléia, mal-estar, náusea, vômito, anorexia, perda de peso, febrícula, erupção cutânea possivelmente macular, papular, pustular ou nodular, lesões uniformes, bem definidas e generalizadas; máculas que tipicamente surgem sobre camadas de gorduras no tronco e na região proximal dos braços, nas regiões palmares, plantares, na face e no couro cabeludo; alopecia; unhas quebradiças e com depressão, linfadenopatia generalizada.  
  
\*sífilis latente: ausência de sinais e sintomas físicos, exceto pela possível recorrência de lesões mucocutâneas semelhantes às da sífilis secundária.
- **Sífilis terciária:** é uma manifestação tardia que surge após um período variável de latência quando não tratada ou tratada inadequadamente, em torno de 3 a 12 anos após a infecção, caracterizando pelas formas:
  - Cutânea- mucosa: com lesões gomosas e nodulares de caráter destrutivo Mem tecido cutâneo e mucoso;
  - Óssea: podendo ocorrer osteíte gomosa, periostite, osteíte esclerosante, artralgia, artrites, sinovites e nódulo justa-articulares;
  - Cardiovasculares: aortite sífilítica com insuficiência aórtica, aneurisma sacular aórtico e estenose de óstio coronário;



- Neurosífilis: podendo ocorrer a sífilis meningovascular, meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, crise epileptiforme, atrofia do nervo óptico, paralisia geral, perda da mielina das raízes dorsais entre outros.

Sífilis Congênita: as manifestações estão relacionadas a diversos fatores tais como, o tempo de duração da infecção materna, ao tratamento de infecção materna, à co-infecção materna pelo HIV ou outra doença imunodepressora, ao número de treponema infectante e ao momento em que se deu a infecção fetal.

#### **A sífilis congênita divide-se em dois estágios:**

- Sífilis congênita recente: quando as manifestações clínicas surgem dentro dos dois primeiros anos de vida ( mais comum nas cinco primeiras semanas de vida). Sintomas: prematuridade, baixo peso, rinite com coriza serossanguinolenta, obstrução nasal, hepatoesplenomegalia, anemia hemolítica, icterícia, pseudoparalisia entre outros, se não tratada evolui para fase tardia.
- Sífilis congênita tardia: evolui a partir de dois anos de vida; sinais e sintomas: extremidades inferiores encurvadas, tibia em lamina de sabre, fonte olímpica, nariz em sela, dentes deformados, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial com cegueira, neurolabirintite com surdes devido ao acometimento do nervo auditivo, dificuldade no aprendizado, hidrocefalia, retardo mental entre outros.
- Diagnóstico: tanto a adquirida quanto a congênita é clínico, epidemiológico e laboratorial, sendo sua confirmação realizada pela identificação de Treponemas pallidum, outros exames contribuem para o diagnóstico.
- Microscopia de campo escuro: permite a visualização de Treponemas pallidum móvel em material coletado de lesão de mucosa, biopsia ou autopsia, assim como de placenta e do cordão umbilical;
- VDRL: sorologia não treponêmica que é indicado para o diagnóstico e o acompanhamento terapêutico. O teste pode ser positivo, mesmo após a cura da infecção.
- Sorologia treponêmica-FTA-abs: teste específico de pesquisa de anticorpos IgM (recente) e IgG (passada). IgG quando reagente em maiores de 18 meses, confirma a infecção, pois nessa fase, os anticorpos maternos são ausentes.
- Exame do líquido cefalorraquidiano (LCR): recomenda-se em todos os RN de mãe com evidência clínica para sífilis ou com VDRL reagente.
- Além dos exames laboratoriais recomenda-se RX de ossos longos a todas as crianças suspeitas de sífilis congênita.
- Complicações: aborto espontâneo; natimorto; parto prematuro; baixo peso; endometrite pós-parto; infecção Peri e neonatal; entre outros.
- Tratamento: o tratamento de primeira escolha se faz com a penicilina de acordo com a avaliação de cada caso



- Sífilis adquirida primária: (cancro duro) penicilina G benzatina, por via IM, em dose única de 2.400.000 UI ( 1.200.000 UI em cada glúteo);
- Sífilis adquirida secundária ( lesões cutâneas não ulcerada) e sífilis latente ( menos de um ano de evolução): penicilina G benzatina, por via IM, 2.400.000 UI ( 1.200.000 UI em cada glúteo), uma vez por semana, durante duas semanas , totalizando uma dose de 4.800.000 UI.
- Sífilis terciária (com mais de um ano de evolução) : penicilina G benzatina, por via IM, 2.400.000 UI ( 1.200.000 UI em cada glúteo), uma vez por semana, durante três semanas , totalizando uma dose de 7.200.000 UI.
- Sífilis congênita no período neonatal (antes de 28 dias): o tratamento recomendado é a penicilina como primeira opção, variando o esquema de acordo com o tratamento prévio da mãe e quadro clínico na criança.
- No caso de gestante com sífilis e desconhecendo-se o momento da infecção, ela deverá ser tratada como sífilis terciária.

**AIDS (SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA):** doença grave caracterizada pelo comprometimento do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo HIV; apresenta mecanismo de ação sobre os linfócitos, especialmente os linfócitos T, caracterizando assim a ocorrência de uma doença clínica constituída por infecção oportunistas e/ou neoplasia associada a uma imunodeficiência.

- Agente: retrovírus denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), com dois tipos conhecidos, HIV1 e HIV 2.
- Incidência: o tempo médio entre a exposição ao vírus e o diagnóstico de AIDS é de 8 a 10 anos, porém a registro de tempo de incubação mais curtos e mais longos.
- Transmissão: relação sexual; transfusão de sangue ou de produtos sanguíneos contaminados; uso de seringas e agulhas contaminadas; de mãe para o filho durante a gestação, durante o parto e pelo aleitamento materno; acidentalmente, através do contato de sangue com mucosa ou ferimentos na pele ou exposição com materiais perfurocortantes; recepção de órgãos ou sêmen de doadores não triados ou testados.
- Sinais e sintomas: pode não provocar sintomas durante anos; sintomas semelhantes aos da gripe.
- Complicações: infecções oportunistas repetidas; neoplasias; doenças pré-malignas; síndrome órgão específico.
- Diagnóstico: teste de triagem: teste Elisa (Enzyme Link Immunosorbent Assays), teste confirmatório: Imunofluorescência indireta e Western-blot. A partir da confirmação da infecção, outros exames laboratoriais, como contagem de CD4 e CD8 e carga viral complementam a avaliação diagnóstica. O tempo necessário para a sorologia anti HIV torne-se positiva é em média de 4 a 8 semanas após a aquisição do vírus, sendo que 90% das infecções podem ser detectadas por volta de 30 dias.



- Tratamento: terapia com antiretrovirais: inibem a reprodução do HIV no sangue.
  - Inibidores da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo: zidovudina (AZT); didanosina (DDI); estavudina (d4T); lamivudina (3TC); abacavir (ABC) e tenofovir (TDF).
  - Inibidores da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo: efavirenz (EFV) e a nerivapina (NVP);
  - Inibidores da protease: ritonavir ® como adjuvante farmacológico; indinavir (IDV); nelfinavir (NFV); ritonavir (RTV); saquinavir (SQV); lopinavir/r (LPV/r); darunavir (DRV); fosamprenavir (FPV) e o atazanavir (ATZ).
  - Inibidores de fusão: enfuvirtida (T20).

### **Mulher com HIV:**

- ✓ As mulheres gestantes portadoras de HIV deverão receber a partir da 14ª semana de gestação, zidovudina (AZT) oral e outros antiretrovirais se necessário. Para a prevenção da transmissão durante o trabalho de parto e parto, recomenda-se também o AZT injetável até o clampeamento do cordão umbilical.

### **RN exposta a transmissão vertical do HIV:**

- ✓ Tratamento profilático, o mais precoce possível, até 8 horas de vida (preferencialmente nas primeiras 2 horas), com 2mg/kg/dose de 6 em 6 horas de solução oral de zidovudina, durante 6 semanas, independente de a mãe ter ou não recebido o tratamento com esse medicamento no pré natal e/ou parto;
- ✓ Substituição do leite materno por leite artificial;
- ✓ Quimioprofilaxia de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* a partir da sexta semana de idade, com sulfametoxazol + trimetropina até completar um ano de idade, ou até que o diagnóstico de infecção pelo HIV seja descartado;
- ✓ Início do esquema vacinal de acordo com o programa de imunização vigente, logo após o nascimento, além de algumas vacinas especiais que devem ser administradas de acordo com suas indicações (vacina pneumococo 7-valente, pneumococo 23-valente, meningococo tipo C conjugada, influenza, hepatite A, varicela zoster e haemophilus influenza tipo b).

### **Exposição Ocupacional**

- ✓ Quimioprofilaxia deve ser iniciada preferencialmente até duas horas (no máximo 72 horas) após o acidente. É recomendável realizar o teste anti-HIV do paciente fonte quando a sorologia dele for desconhecida. O profissional exposto deverá realizar sorologia anti-HIV mais rápido possível para verificar sua condição sorológica. Independente do uso da quimioprofilaxia, deverá ser acompanhado com exames de sorologia anti-HIV por seis meses: três e seis meses. Quando indicado a quimioprofilaxia o período recomendado para o uso dos antiretrovirais é de 4 semanas.



## Violência Sexual

- ✓ É importante considerar a quimioprofilaxia com antiretrovirais nos casos de exposição sexual que envolva violência, como estupro e outras formas de agressão sexual. Recomenda-se iniciar em um prazo máximo de até 72 horas. É necessário o esquema terapêutico com três drogas: AZT+3TC+NfV ou AZT+3TC+IDV por 30 dias.

**HEPATITE B (HB):** é uma doença de instalação insidiosa; pode apresentar-se na forma de hepatite aguda (duração inferior a seis meses) e crônica (hepatite crônica ou assintomática)

- Agente: o vírus da hepatite B (HBV) é constituído de ácido desoxirribonucléico (DNA), pertencendo à família Hepadnaviridae.
- Transmissão: solução de continuidade (pele ou mucosa) por via parenteral, das seguintes formas: relações sexuais; uso compartilhado de seringas, agulhas e instrumentos utilizados no uso de drogas inaláveis; instrumentos e tintas contaminadas para tatuar a pele; colocação de piercings e brincos; barbeadores; escova de dente; toalhas de banho com ou sem secreções; transfusão de sangue e seus derivados sem rigoroso controle sanitário; procedimento odontológicos, cirúrgicos e de hemodiálise, sem vigor com a biossegurança. A transmissão vertical ocorre, geralmente, no momento do parto (sendo raro a transmissão transplacentária) e depende da persistência da replicação viral na mãe.
- Sinais e sintomas o quadro clínico da HB é bastante variável, podendo ser assintomático ou manifestar-se de forma aguda, crônica e até fulminante.
  - HB aguda: inicia-se após um período de incubação que varia de 30 a 180 dias e é geralmente manifestado pelo aparecimento de mal-estar; cefaléia; febre baixa; falta de apetite; astenia; fadiga; artralgia; sensação de plenitude no hipocôndrio direito; náuseas; vômito e aversão a alguns alimentos e cigarros; acolia fecal; colúria e icterícia.
  - HB crônica: persistência do processo inflamatório hepático por mais de seis meses, a presença de focos inflamatórios leve à necrose dos hepatócitos, ao colapso da trama reticular do fígado e à fibrose progressiva, resultando em síndrome de cirrose hepática pós-necrótica, podendo ocorrer graves complicações como ascite; hemorragia digestiva; peritonite bacteriana espontânea; encefalite e carcinoma hepatocelular.
  - Hepatite fulminante: a resposta inflamatória é desencadeada e é tão intensa que haverá destruição maciça dos hepatócitos.
- Diagnóstico é feito através de exames específicos e inespecíficos:
  - Exames inespecíficos: dosagem dos níveis de aminotransferases (ALT/TGP e AST/TGO); dosagem de bilirrubina e a atividade de protrombina.
  - Exames específicos: realizados a partir de marcadores sorológicos específicos:
    - ❖ HBsAg (antígeno de superfície do HBV): é o primeiro marcador a surgir após a infecção pelo HBV;



- ❖ HBcAg; (antígeno do centro do HBV): por seu baixo nível sanguíneo só será detectado no hepatócito, por meio de biopsia;
  - ❖ Anti HBc IgG ( anticorpo IgG contra o antígeno do núcleo do HBV): indicativo de contato prévio com HBV e pode permanecer detectável por toda a vida;
  - ❖ Anti-HBc IgM (anticorpo de classe IgM contra o antígeno do núcleo do HBV): é um marcador de infecção recente que pode confirmar o diagnóstico de HB aguda;
  - ❖ Anti-HBs (anticorpo contra o antígeno de superfície do HBV): é um marcador que indica imunidade contra o HBV e pode ser detectado geralmente entre uma a dez semanas após o aparecimento do HBsAG;
  - ❖ HBeAg ( antígeno do HBV): é um marcador que indica replicação viral e, conseqüentemente , maior Infectividade.
  - ❖ Anti-HBe (anticorpo contra o antígeno do HBV): surge após a negatização do HBeAg.
- Tratamento: não existe tratamento específico na fase aguda da doença, apenas sintomática; recomenda-se repouso relativo até a normatização das aminotransferases e alimentação adequada. No período de cronicidade os casos devem ser acompanhados através de pesquisa de marcadores sorológicos por um período mínimo de 6 a 12 meses. Os medicamentos utilizados são interferon-alfa-2b; lamivudina.

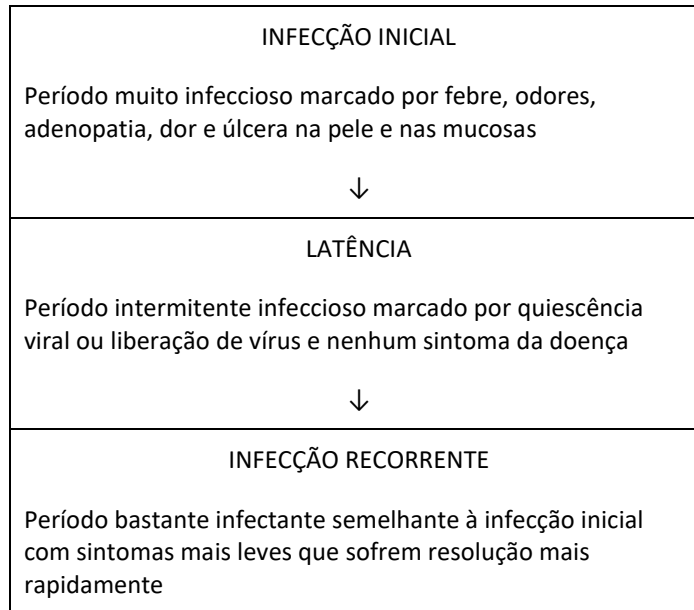
O tratamento não cura a doença e a profilaxia além de ser a profilaxia igual para todas as DST, existe também a vacina.

## **HERPES GENITAL E HERPES SIMPLES**

- Doença inflamatória aguda da genitália; em geral autolimitante, mas pode causar doença local dolorosa ou doença sistêmica.; após a infecção pelo HVS, o cliente torna-se portador e suscetível de crises recorrentes
- Agente: vírus do herpesvírus simples (HVS), tipo 1 ou 2.
- Transmissão: geralmente sexual; atividade sexual orogenital; beijos; contato mão-corpo e parto vaginal.
- Sinais e sintomas: febre; mal-estar, cefaléia; adenopatia inguinal sensível; lesões primárias típicas rompem-se após formigamento e prurido prodrômico; vesículas rompidas produzem úlceras dolorosas seguidas de crostas amareladas; disúria; leucorréia no sexo feminino; úlcera dolorida na cérvix, grandes lábios, pele perianal, vulva ou na vagina, glândula peniana, prepúcio ou no corpo do pênis; lesões extragenitais na boca ou ânus; edema acentuado; dispareunia, entre outros.

Entenda o ciclo do herpes genital: após um cliente ser infectado pelo herpes genital, sucede um período de latência. O vírus se instala de modo permanente nas células nervosas que circundam as lesões e pode ocorrer liberação intermitente de vírus.

Surtos repetidos podem se desenvolver a qualquer momento, igualmente seguido de um estágio latente durante o qual as lesões cicatrizam completamente. Os surtos podem recorrer com frequência de três a oito vezes por ano. Embora o ciclo continue indefinidamente, algumas pessoas permanecem sem sintomas durante anos.



- Diagnóstico: é realizado através do quadro clínico e exames laboratoriais: cultura de tecido revelando isolamento do vírus; coloração de raspado da base da lesão; líquido vesicular revela HVS; entre outros.
- Tratamento: sintomático e terapia de apoio; abstinência de atividade sexual durante a fase ativa ( se houver lesões genitais); aciclovir; fanciclovir valaciclovir; entre outros.





## **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher**

Consiste no desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres do colo do útero e de mama. Por meio de ação conjunta entre o Ministério da Saúde e todos os 26 Estados brasileiros, além do Distrito Federal, são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce das doenças, assim como tratamento e reabilitação em todo o território nacional.

### **Qual a situação do Câncer do colo do útero**

Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pela morte de 230 mil mulheres por ano.

### **A quem o Programa se destina?**

Para impedir o avanço da doença no Brasil, o Programa Viva Mulher desenvolve ações dirigidas às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, que incluem diagnóstico precoce (através de exame Papanicolau e exames de confirmação diagnóstica) e tratamento necessário de acordo com cada caso.

### **Fatores de risco para o CA de útero**

- ✓ Papiloma vírus (HPV);
- ✓ Multiplicidade de parceiros;
- ✓ Início de atividade sexual em atividade precoce;
- ✓ Uso de contraceptivos orais;
- ✓ Tabagismo;
- ✓ História familiar;
- ✓ Nuliparidade;
- ✓ Baixo nível sócio-econômico;
- ✓ Baixa ingestão de vitaminas A e C;
- ✓ História de pólipos uterinos ou de hiperplasia endometrial, entre outros.



Incidência: mais comum após a menopausa em mulheres de 60 a 70 anos, sendo incomum entre 30 e 40 anos e raro antes dos 30 anos.

Manifestações clínicas frequentes:



- ✓ Sangramento vaginal anormal;
- ✓ Sangramento abdominal baixo.

Outros achados:

- ✓ Sangramento intermenstrual mínimo e menstruação intensas e prolongadas ( quando jovem);
- ✓ Após a menopausa, possível sangramento que se inicia 12 meses ou mais após a interrupção da menstruação;
- ✓ Corrimento vaginal, inicialmente aquoso, e, depois, cada vez mais com estrias de sangue;
- ✓ Útero aumentado palpável ( doença avançada);
- ✓ Dor à palpação do abdômen, entre outros.

Diagnóstico

- ✓ Citologia oncológica (Papanicolau)
- ✓ Biopsia endometrial, cervical ou endocervical;
- ✓ Prova de Schiller, entre outros.

Tratamento

- ✓ Geral: radioterapia; dieta balanceada;
- ✓ Medicação: terapia hormonal; quimioterapia;
- ✓ Cirurgia: histerectomia; salpingooforectomia; exenteração pélvica total.

## Coleta do Papanicolau

Teste de Papanicolau, também conhecido como citologia oncológica, citologia oncológica, citologia esfoliativa, Pap teste, é um método desenvolvido pelo médico George Papanicolau para a identificação, ao microscópio, de células esfoliadas do colo do útero, atípicas, malignas ou pré-malignas.

As células são colhidas na região do orifício externo do colo e canal endocervical, colocados em uma lâmina transparente de vidro, coradas e levadas ao exame ao microscópio. Para que o teste seja efetivo, isto é, permita a identificação de lesões pré-malignas, o esfregaço cérvico-vaginal deve conter células representativas do ectocérvice e do endocérvice.

### COLETA EM GRÁVIDA

- ✓ Pode ser feita em qualquer período gestacional, preferencialmente até o 7º mês;
- ✓ A coleta deve ser feita com a espátula de Ayre;
- ✓ Não usar escova de coleta endocervical.

## COLETA EM VIRGENS

- ✓ Não deve ser realizada na rotina;
- ✓ Deve ser realizada exclusivamente por profissional médico, a seu critério, em casos extremamente específicos.

### Material para coleta:

- Espécuro;
- Lâmina com uma extremidade fosca;
- Espátula de Ayre; escova endocervical;
- Par de luvas para procedimento;
- Pinça de Cheron;
- Fixador apropriado;
- Gaze.

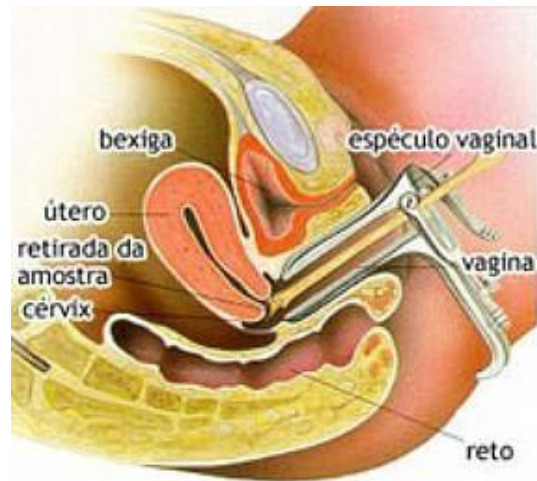


### Condições ideais para uma amostra de qualidade:

- Não estar menstruada. Preferencialmente aguardar o 5º dia após o término da menstruação;
- A presença de pequeno sangramento de origem não menstrual, não é impeditivo para a coleta, principalmente nas mulheres pós-menopausa;
- Não usar creme vaginal, nem submeter-se a exames vaginais, não utilizar ducha vaginal por dois dias antes do exame e não ter relação sexual pelo mesmo período.

### Antes da coleta

- Verificar-se a paciente é virgem. Se for, não colher;
- Perguntar se já teve filhos por parto normal, se não usar espécuro pequeno;
- Perguntar se estar grávida ou suspeita estar. Caso confirmatório não colher material endocervical;
- Identificar a lâmina, na extremidade fosca, com lápis preto nº 2, acomodando-a na mesa de apoio para receber o material colhido;



### Iniciando o procedimento da coleta

- Oriente a paciente sobre o desenvolvimento do exame;
- Solicite à paciente que esvazie a bexiga;
- Em seguida que ela retire a roupa inferior do corpo, dando um avental ou um lençol para que se cubra;
- Solicite que ela deite na mesa, auxiliando-a posicionar-se adequadamente para o exame;
- Cubra-a com o lençol;
- Inicie a primeira fase do exame, expondo somente a região a ser examinada;
- Colocação do espéculo:
  - a) Escolha o espéculo mais adequado ao tamanho da vagina da paciente;
  - b) Introduza o espéculo, procedendo da seguinte forma:
    - Não lubrifique o espéculo com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou vaselina;
    - No caso de pessoas idosas com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico;
    - Introduza em posição vertical e ligeiramente inclinado;
    - Iniciada a introdução faça uma rotação de 90°, deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal;
    - Durante a introdução do espéculo procede-se a inspeção das paredes vaginais;



- Quando introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente e com delicadeza;
- Se ao visualizar o colo houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido.

### Coleta das amostras

- A coleta é dupla: do ectocérvice e do canal cervical;
- As amostras são colhidas separadamente.

Para a coleta da ectocérvice utilize a espátula de madeira tipo Ayre, do lado que representa reentrância. Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem da mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360°, em torno de todo orifício. Estenda o material na lâmina dispendo no sentido horizontal, ocupando 2/3 da parte transparente da lâmina, em movimentos de ida e volta esfregando a espátula com suave pressão.

Coleta do canal cervical: utilize a escova endocervical, recolha o material introduzindo a escova delicadamente no canal cervical, girando-a 360°; ocupando o 1/3 restante da lâmina, estenda o material rolando a escova de cima para baixo.

### Fixação do material

A fixação do material deve ser procedido imediatamente após a coleta, sem nenhuma espera. Visa conservar o material colhido, mantendo as características originais das células, preservando-as do dessecamento que impossibilitará a leitura do exame.

São três as formas usuais de fixação. O uso do Polietilenoglicol é o mais recomendado.

1. Polietilenoglicol: pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material, que deverá ser completamente coberto pelo líquido. Deixar secar ao ar livre, em posição horizontal, até a formação de uma película leitosa e opaca na sua superfície;
2. Álcool à 95%: a lamina com material deve ser submersa no álcool a 95%, em vidro de boca larga, lá permanecendo até a chegada do laboratório;
3. Propinilglicol: borrifar a lâmina com spray fixador a uma distância de 20 cm.

### Conclusão do procedimento

- Feche o espéculo;
- Retire-o delicadamente;
- Inspeccione a vulva e períneo;
- Retire as luvas;
- Auxilie a paciente a descer da mesa; solicite que ela se troque;



- Avise a paciente que um pequeno sangramento poderá ocorrer após a coleta;
- Oriente a paciente para que venha retirar o exame conforme a rotina da sua unidade de saúde.

Orientações frente aos possíveis resultados:

- Lesão Intra-epitelial de Baixo Grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NICI).

Repetir nova citologia em 6 meses.

- Lesão Intra-epitelial de Alto grau( compreendendo NIC II e III)
  - ✓ Carcinoma micro-invasor;
  - ✓ Carcinoma epidermóide invasor;
  - ✓ Adenocarcinoma “in situ”;
  - ✓ Outras neoplasias malignas.

Encaminhar a paciente para colposcopia.

- Presença de células endometriais ( Na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual).

Pode significar indício de tumor endometrial, principalmente quando houver sangramento concomitante.

Agendar consulta ginecológica para que a paciente seja submetida à investigação do endométrio (USG, curetagem, histeroscopia, etc.)

- Dentro dos limites de normalidades ou alterações celulares benignas reativas ou reparativas: são resultados considerados normais. Portanto orientar a paciente no sentido de repetir esse exame em um ano. Após dois resultados normais consecutivos, o controle deverá ser a cada 3 anos.
- Frente a resultados negativos, mas nos quais sejam identificados agentes potencialmente patogênicos, as seguintes condutas são indicadas:
  - ✓ Chlamydia SP, Actinomyces sp ou Herpes: agendar consulta ginecologia;
  - ✓ Trichomonas vaginalis: deverá sempre ser tratada;
  - ✓ Achados de Gardnerella, Mobiluncus e Candida sp deverão ser valorizadas e tratadas, sempre que houver queixa clínica compatível.
- Células Atípicas de significado Indeterminado
  - ✓ Escamosa: possivelmente não neoplásica;
  - ✓ Para paciente no menacme: repetir nova citologia em 6 meses.



- Para Pacientes na pós-menopausa se o resultado do exame for “atipia celular” seja em célula escamosa, glandulares ou de origem indefinida, lesão de alto ou baixo grau, encaminhar a paciente para a colposcopia; se o resultado da citologia for negativo repetir novamente em 6 meses e, mediante resultado normal, inserir a paciente em controle de rotina.

## CÂNCER DE MAMA (CA de mama)

A descoberta do câncer de mama em suas fases iniciais proporciona boas chances de cura e, na maior parte dos casos, permite oferecer tratamento não mutilador.

Os tumores não invasivo, chamados “in situ”, apresentam índice de cura próximo a 100%. Para tumores invasivos com diâmetro de até 3 cm, o índice de curabilidade é bastante elevado.

O câncer de mama pode ser detectado precocemente e as estratégias para sua detecção são fundamentais, e pode ser feito através de:

- Exame clínico anual das mamas, executado por profissional de saúde treinado, em todas as mulheres, especialmente naquelas com 40 anos ou mais de idade;
- Mamografia, no mínimo a cada 2 anos , para mulheres entre 50 e 69 Anos de idade;
- Auto-exame realizado mensalmente. O melhor período para sua realização é de 7 a 10 dias após o período menstrual, quando as mamas ficam menos túrgidas, facilitando o eventual encontro de alterações.

### Sinais e Sintomas de Patologias Mamárias

- **Dor mamária:** a causa mais freqüente é a alteração funcional benigna da mama (AFBN) antes conhecida como displasia mamária. A dor é cíclica e depende da ação dos hormônios ovarianos sobre a mama, tornando-a túrgida e dolorida, principalmente no período pré-menstrual.
- **Descarga papilar:** saída de material líquido pelo mamilo, é de importância no CA de mama apenas quando abundante, de aspecto cristalino ou sanguinolento, unilateral, exteriorizando-se por único ducto. O líquido pode ser submetido a exame citológico na busca de células neoplásicas.
- **Nódulo mamário:** é uma área definida, de consistência variável, de limite preciso ou não, que pode ser sólido ou cístico. O significado de um nódulo varia de acordo com a sua natureza que deve, portanto, ser avaliado inicialmente através do exame clínico, a seguir com recursos de imagem USG ou mamografia e por meio de punção aspirativa com agulha fina, para citológico e punção com agulha grossa, para exame histopatológico. O nódulo sólido benigno mais freqüente é o fibroadenoma, que apresenta consistência dura e elástica, superfície lobulada, em geral é único e ocorre em mulheres jovens.
- O CA de mama apresenta-se, em geral, como:



- ✓ Um tumor de consistência dura, pouco elástica;
- ✓ Pouco móvel à manipulação, aderente a planos profundos;
- ✓ Indolor;
- ✓ De limites mal definidos;
- ✓ De tamanho variável, de acordo com o tempo e evolução;
- ✓ A pele que recobre a mama pode estar íntegra, ulcerada pelo tumor, apresenta-se retraída, lembrando casca de laranja, com sinais de inflamação, etc.

### Classificação

- Adenocarcinoma (ductal) se originado do epitélio;
- Intraductal - desenvolvendo-se nos ductos (inclui a doença de Paget);
- Infiltrativo - ocorrendo no tecido parenquimatoso da mama;
- Inflamatório (raro) - crescimento rápido acarretando edema, inflamação e induração da pele sobrejacente;
- Carcinoma lobular in situ - envolvendo os lobos do tecido glandular;
- Medular ou circunscrito - tumor crescente com rápida taxa de crescimento.

Fatores de risco para o CA de mama:

- História familiar de CA de mama, particularmente em parentes de 1º grau;]
- Exames positivos para mutação genética (BRCA 1);
- Mulher acima de 45 anos e na pré-menopausa;
- Ciclos menstruais longos;
- Menarca precoce ou menopausa tardia;
- Nulípara ou primeira gestação após os 30 anos de idade;
- Dieta com alto teor de gordura;
- CA endometrial ou ovariano;
- Exposição a radiação;
- Terapia com estrogênio;



- Terapia com anti-hipertensivo;
- Etilismo e tabagismo, entre outras.

### **Manifestações clínicas frequentes**

- Nódulo ou massa na mama;
- Dor na mama;
- Alterações na simetria ou no tamanho da mama;
- Alteração da pele, tal como espessamento, descamação ao redor do mamilo, depressão, edema ou ulceração;
- Secreção mamilar.

### **Complicações**

- Metástases distantes;
- Infecção;
- Efeitos no SNC;
- Efeitos respiratórios.

### **Diagnóstico**

- História clínica e familiar;
- Auto- exame das mamas;
- Prova de receptor hormonal determinando se o tumor é dependente de estrogênio ou progesterona;
- Mamografia: pode revelar um tumor pequeno demais para ser palpável;
- USG pode estabelecer a diferença entre cisto repleto de líquido e uma massa sólida;
- RX do tórax: pode revelar metástase no tórax;
- Cintilografias de ossos, cérebro, fígado e outros órgãos podem detectar metástase distantes;
- Aspiração com agulha fina e a biópsia excisional proporcionam células para o exame histológico, que pode confirmar o diagnóstico.

## Tratamento

- Cirurgia;
- Radioterapia;
- Tratamento sistêmico: quimioterapia e hormonioterapia;
- Reabilitação.



## PLANEJAMENTO FAMILIAR

O planejamento familiar é um direito assegurado na Constituição Federal. Consiste num conjunto de ações que auxiliam o casal que deseja ter filhos ou ainda, na prevenção da gravidez.

Para aqueles casais que não desejam ter filhos, o Ministério da Saúde, por meio do programa Saúde da Mulher e das secretarias estaduais e municipais de saúde, fornece medicamentos anticoncepcionais, DIU e diafragmas aos estados.

### **Veja a seguir a lista de produtos financiados pelo Ministério da Saúde:**

- anticoncepcional injetável trimestral
- anticoncepcional injetável mensal
- pílula oral combinada
- diafragma
- DIU
- Preservativo masculino e feminino
- Pílula de emergência
- Minipílula.

## ANTICONCEPCIONAIS

**PÍLULAS:** são feitas de hormônios parecidos com os hormônios produzidos pelos ovários, o estrogênio e a progesterona. Agem impedindo a ovulação; também atuam dificultando a passagem dos



espermatozóides para o útero. Existem diferentes tipos de pílulas de acordo com os hormônios que elas contêm: combinadas (contém estrogênio e progesterona) e as minipílulas (só progesterona). A pílula deve ser tomada todos os dias, de preferência no mesmo horário. A fertilidade da mulher, retorna logo após ela ter parado de tomar a pílula.

**INJEÇÕES ANTICONCEPCIONAIS:** composição e ação parecidas com as da pílula. Existem dois tipos de injeção anticoncepcional: a mensal e a trimestral. Após a interrupção da mensal a fertilidade da mulher logo retorna; e com a interrupção da trimestral a fertilidade pode demorar em média quatro meses após o término do efeito da injeção.

**PÍLULA DE EMERGÊNCIA:** é um método utilizado para evitar uma gravidez indesejada após uma relação desprotegida, age impedindo ou retardando a evolução e diminuindo a capacidade dos espermatozóides fecundarem um ovulo; também conhecida como pílula do dia seguinte. Pode ser usada nas seguintes condições:

- Relação sexual sem uso de nenhum método anticoncepcional;
- Rompimento da camisinha;
- Em caso de deslocamento do diafragma, ou retirada antes de seis horas após a última relação sexual;
- Em caso de o DIU sair do lugar ou se for expulso;
- Falha no coito interrompido, ou com ejaculação na vagina ou na vulva;
- Uso incorreto de método de tabela ou do muco cervical;
- Esquecimento de tomar a pílula ou injetáveis;
- Nos casos de estupro.

A pílula de emergência não é abortiva. Deverá ser usada no máximo, até cinco dias após a relação desprotegida, tomando-se os dois comprimidos de uma só vez ou em duas doses ( a primeira dose até cinco dias após a relação e a segunda doze horas após a primeira dose. Quanto mais rápido a pílula for usada, maior a sua eficácia para evitar uma gravidez indesejada.

**CAMISINHA MASCULINA E FEMININA:** são os únicos métodos que fornecem dupla proteção: protegem ao mesmo tempo de DST e de gravidez. Funciona como uma barreira, usada apenas na hora da relação e não atrapalha o prazer sexual.

A camisinha feminina pode ser colocada na vagina imediatamente antes da penetração ou até oito horas antes da relação sexual.



**DIAFRAGMA:** é uma capa flexível de borracha ou silicone, com uma borda em forma de anel, que é colocado na vagina para cobrir o colo do útero. Existem diferentes tamanhos, sendo necessária a medição por profissional de saúde para determinar o tamanho adequado para cada mulher. Pode ser usado com ou sem espermicida. O diafragma deve ser colocado em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato do pênis com a vagina. Pode ser colocados minutos ou horas antes da relação e retirado somente de seis a oito horas após a relação, que é o tempo suficiente para os espermatozóides que ficaram na vagina morram. Depois de retirar o diafragma, deve se lavar com água e sabão neutro, secá-lo bem com um pano macio e guardá-lo em um estojo.



**ESPERMICIDA:** é uma substância química que recobre a vagina e o colo do útero, impedindo a penetração dos espermatozóides no útero, imobilizando-os ou destruindo-os. Pode ser usado sozinho ou com diafragma; é eficaz por um período de uma hora após a sua aplicação. É colocado com um aplicador, que deve ser introduzido na vagina o mais profundo possível. O aplicador deve ser lavado com água e sabão após cada uso.

**DISPOSITIVO INTRA UTERINO (DIU):** é um pequeno objeto de plástico, que pode ser recoberto de cobre ou conter hormônio, colocado no interior do útero para evitar a gravidez. Existem diversos modelos de DIU. O mais usado é o “T” de cobre. Chama-se assim, porque tem a forma da letra T e é recoberto com fios de cobre. A fertilidade da mulher retorna logo após a retirada do DIU. O DIU não atrapalha a mulher e não machuca o pênis durante a relação sexual. A mulher que usa DIU pode apresentar aumento do sangramento menstrual e aumento na duração da menstruação ou apresentar cólicas. Tais efeitos não trazem problemas para a saúde, a menos que a mulher tenha anemia severa.



**TABELA:** é um método que se baseia na observação de vários ciclos menstruais, para determinar o período fértil do ciclo menstrual da mulher. A eficácia da tabela depende do seu uso correto e da cooperação de ambos os parceiros. A eficácia será maior se o casal não tiver relação sexual com penetração vaginal no período fértil. A mulher que quiser utilizar este método deve ser orientado a marcar em um calendário, durante seis meses pelos menos, para verificar o número de dias que durou cada ciclo menstrual.

**MUCO CERVICAL:** este método baseia-se na determinação do período fértil pela auto-observação das mudanças do muco cervical e da sensação da umidade na vagina ao longo do ciclo menstrual. Este método requer disciplina, conhecimento do funcionamento do corpo e observação atente. O muco cervical é uma secreção produzida no colo do útero pela ação dos hormônios femininos, que umedece a vagina e, às vezes, aparece na calcinha.



**TEMPERATURA BASAL:** este método baseia-se nas alterações que os hormônios femininos provocam na temperatura do corpo ao longo do ciclo menstrual. Temperatura basal é a temperatura do corpo em repouso. A eficácia deste método depende do seu uso correto e da cooperação de ambos os parceiros. Antes da ovulação, a temperatura basal é um pouco mais baixa e permanece assim até a ovulação. Quando acontece a ovulação, a temperatura sobe alguns décimos de grau e permanece assim até a chegada da próxima menstruação. Para este método, a partir do primeiro dia da menstruação, a mulher deve medir a temperatura do corpo pela manhã, antes de se levantar, e depois de dormir no mínimo cinco horas. No período fértil, o casal pode namorar, trocar carícias, desde que tenha os cuidados necessários para que não haja contato com o pênis com a vagina.

**SINTOTÉRMICO:** está baseado na combinação dos métodos da tabela, do muco cervical, da temperatura basal e na observação de sinais e sintomas que indicam o período fértil da mulher.

Os sinais e sintomas que indicam o período fértil são: dor ou aumento do abdome, sensação de peso ou inchaço nas mamas, mudança de humor e no desejo sexual, aumento de peso e do apetite.

No período fértil não deve haver contato do pênis com a vagina.

**COITO INTERROMPIDO:** no coito interrompido, o homem retira o pênis da vagina um pouco antes da ejaculação; apesar de ser muito usado, não deve ser estimulado como método anticoncepcional, porque é grande a possibilidade de falha, pois o líquido que sai pouco antes da ejaculação pode conter espermatozoides. Às vezes o homem não consegue interromper a relação antes da ejaculação. O coito interrompido pode gerar tensão entre o casal, pois a relação fica incompleta.

**MÉTODO DE AMAMENTAÇÃO – LAM:** é um método anticoncepcional temporário que consiste no uso da amamentação para evitar a gravidez. O nome LAM significa método da lactação e amenorréia. Lactação quer dizer amamentação e amenorréia quer dizer falta de menstruação. A eficácia deste método depende de três condições: 1ª a amamentação deve ser exclusiva ao seio, na hora em que o bebê quiser,

durante o dia e durante a noite; 2ª a mulher não deve estar menstruada; 3ª o bebê deve ter até seis meses de idade.

A amamentação tem efeito inibidor sobre a fertilidade. O efeito inibidor da fertilidade produzido pelo LAM deixa de ser eficiente quando a mulher volta a menstruar e também quando o bebê começa a receber outros alimentos, além do leite materno.

**LIGADURAS DE TUBAS UTERINAS:** é um método anticoncepcional considerado irreversível, porque, depois de feita a cirurgia, é muito difícil recuperar a capacidade de ter filhos. Nessa cirurgia as duas tubas podem ser cortadas, amarradas, cauterizadas, ou fechadas com grampos ou anéis. A ligadura age impedindo que os espermatozóides se encontrem com o óvulo.



A lei do Planejamento Familiar só permite realizar a ligadura das tubas ou vasectomia voluntárias nas seguintes condições:

1. Em homens e mulheres com capacidade civil plena maior de 25 anos de idade, ou pelo menos com dois filhos vivos, desde que observando o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;
2. Nos casos em que há risco de vida para mulheres ou risco para a saúde da mulher ou do futuro bebê.

**VASECTOMIA:** é uma cirurgia simples, segura e rápida, que se faz em homens que não desejam mais ter filhos. É um método considerado irreversível, porque, depois de feita a cirurgia, é muito difícil recuperar a capacidade de ter filhos. Nessa cirurgia os canais deferentes são cortados e amarrados, cauterizados, ou fechados com grampos. A vasectomia age impedindo que os espermatozóides se encontrem com o óvulo; o efeito não é imediato. Nas primeiras ejaculações, ainda existem espermatozóides no esperma ejaculado; só será considerada segura quando o espermograma mostrar que não existem mais espermatozóides no esperma. Até que o espermograma seja negativo, o homem ou a mulher devem usar algum método para evitar a gravidez.





## PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

Instituído pelo Ministério da Saúde, através da portaria GN nº 569, de 01/06/2000, está estruturado nos seguintes princípios:

- Toda gestante tem direito ao acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura.

São considerados elementos essenciais para o programa de humanização:

- ✓ Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
- ✓ Garantir a realização dos seguintes procedimentos:
  - No mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
  - Uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
  - Exames laboratoriais:

-grupo sanguíneo e fator Rh, na primeira consulta

-sorologia para sífilis (VDRL), HIV, rubéola e toxoplasmose um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação;

-glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação;

-hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht), na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação

-urina tipo I, na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação.

Quando indicado, deve também ser solicitado:

-hemograma;

-Parasitológico de fezes;

-Coombs indireto;

-Cultura de urina com antibiograma;

-Exame bacterioscópico do conteúdo vaginal;



-USG obstétrica.

- ✓ Aplicação de vacina ATT, até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- ✓ Classificação de risco gestacional a ser realizado na primeira consulta e nas consultas subsequentes;
- ✓ Atendimento às gestantes classificadas como risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referencia ambulatorial e/ou hospital da gestação de alto risco.

**GESTAÇÃO DE ALTO RISCO:** é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ ou do feto e/ou do recém-nascido têm maior chances de serem atingidos que as da média da população considerada. São considerados fatores de risco na gravidez:

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade < que 17 e > que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura < que 1,45m;
- Peso < que 45kg e > que 75kg;
- Dependência de drogas licita e ilícitas.

História reprodutiva anterior:

- Morte perinatal explicada ou inexplicada;
- Recém nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal formado;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade / infertilidade;
- Intervalo interpartal < que 2 anos ou > que 5 anos;
- Nuliparidade ou multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;



- Cirurgia uterina anterior.

**Doença obstétrica na gravidez anterior/atual:**

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematuro;
- Hemorragia da gestação;
- Aloimunização;
- Óbito fetal.

**Intercorrências clínicas:**

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias;
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas;
- Doença auto-imune;
- Ginecopatias.

**Sinais de perigo na gestação:**

- Toda hemorragia genital;
- Edema de mão e face;



- Cefaléias graves e contínuas;
- Visão diminuída ou borrada;
- Dor abdominal importante;
- Vômito persistente;
- Febre ou calafrio;
- Disúria;
- Perda de líquido pela vagina;
- Modificações importantes e persistentes da frequência ou intensidade dos movimentos fetais.

### **Referencias bibliográficas:**

\_\_Doenças da sintomatologia ao plano de alta. Volume 1 e 2. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro 2007.

\_\_Vigilância e controle de doenças transmissíveis. Organizadoras Zenaide Neto Aguiar/ Maria celeste soares. 3ª edição. Editora Martinari. São Paulo 2009.

\_\_Ensinando a Cuidar em Saúde Pública. Organizadora Nébia Mª Almeida de Figueiredo. Editora Yendis. São Caetano do Sul- SP. 2005.

\_\_Testes Diagnósticos. Série incrivelmente fácil. Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro 2005.

\_\_Saúde da Família. Uma abordagem interdisciplinar. Elisa Mª Amorim Costa e Mª Herminda Carbone. Ed. Rubio. Rio de Janeiro. 2004.

\_\_Vacinas. Orientações práticas. Organizadoras Lourdes S.P.Alexandre e Rosana David. 2ªed. Ed.Martinari. São Paulo-2010.

\_\_Ginecologia diagnóstico e tratamento. Coordenador Sebastião Piato. Ed. Manole. 1ªed. Barueri-SP-2008.

\_\_Urgências em Obstetrícia. Sebastião Piato. 1ªed. Ed. Artes médicas. São Paulo-2004.

\_\_Direitos Sexuais. Direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Ministério da Saúde.2006.

\_\_www.saopaulo.sp.gov.br. acesso em março de 2011.

\_\_www.saude.sp.gov.br. acesso, em março de 201.

\_\_BRUNNER & SUDDARTH Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico. Suzanne C. Smeltzer & Brenda G. Bare. Ed. Guanabara Koogan.