

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GABRIEL RAMIREZ MOREIRA

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2014

GABRIEL RAMIREZ MOREIRA

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Kênia Lara Silva

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2014

GABRIEL RAMIREZ MOREIRA

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Kênia Lara Silva

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira – UFMG – examinadora

Profa. Dra. Kênia Lara Silva – UFMG – orientadora

Aprovado em Belo Horizonte, em 07 / 06 / 2014

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder tantas oportunidades na vida.

À minha Família, pelo apoio incondicional.

À Adriana, pelo amor e inspiração constante.

Aos amigos de Juramento.

RESUMO

A organização da atenção às condições crônicas é um dos maiores desafios dos serviços de saúde atualmente. Após a transição epidemiológica, a perspectiva de atenção a doenças agudas se tornou incompatível com o predomínio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Faz-se necessário, portanto, uma assistência a saúde integrada e programada, com foco especial nas condições crônicas. Este trabalho tem por objetivo a elaboração de ferramentas (protocolos) que subsidiem o processo de trabalho, permitindo uma assistência efetiva às principais condições crônicas de saúde (hipertensão, diabetes, doenças respiratórias crônicas, pré-natal, puericultura e avaliação periódica de saúde). Além disso, foram elaborados protocolos de organização do serviço para organizar os fluxos e evitar problemas costumeiros nas Unidades Básicas de Saúde (acolhimento, marcação de exames e transporte de pacientes). Para a elaboração dos referidos protocolos, foram consultadas as diretrizes clínicas atuais sobre as condições crônicas selecionadas, com elaboração de algoritmos lógicos e objetivos com os principais passos da assistência à saúde. Desse modo, os protocolos assistenciais e de organização do serviço servirão como uma linha guia para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, reforçando passos fundamentais na assistência às condições crônicas de saúde, permitindo uma atenção programada e multidisciplinar, além de servir como uma ferramenta garantidora de autonomia dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Doença Crônica. Atenção Primária à Saúde. Organização Institucional.

ABSTRACT

The organization of care for chronic conditions is a major challenge for health services currently. After the epidemiological transition, the prospect of attention for ailments became incompatible with the prevalence of Chronic Non-Communicable Diseases. It is necessary, therefore, an integrated and programmed assistance to health, with special focus on chronic conditions. This work aims at the development of tools (protocols) that support the work process, allowing effective assistance to major chronic health conditions (hypertension, diabetes, chronic respiratory diseases, prenatal care, child care and periodic health evaluation). In addition, the service organization protocols are designed to organize the flows and avoid usual problems in Basic Health Units (host, marking exams and patient transport). For the development of such protocols have been consulted current clinical guidelines on chronic conditions selected with development of logic and objectives algorithms with key steps of health care. Thus, the protocols (of care and of organization of the service) will serve as a guideline for professionals in the Family Health Strategy, strengthening key steps in the care of chronic health conditions, allowing for scheduled and multidisciplinary care, and serves as a tool guarantor of autonomy of health professionals.

Keywords: Chronic Disease. Primary Health Care. Institutional Organization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
4 OBJETIVOS	17
4.1 OBJETIVO GERAL	17
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5 METODOLOGIA	18
5.1 PLANO DE AÇÃO	19
6 DISCUSSÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
APÊNDICES	27

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de atenção à saúde no Brasil passaram por profundas mudanças nos últimos 90 anos, deixando para trás, gradativamente, aquele modelo assistencial hospitalocêntrico caracterizado pelas filas quilométricas em unidades hospitalares, passando pelos Centros de Saúde, cujo trabalho ainda era parcelado em especialidades e com resultados inconsistentes, chegando-se finalmente à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesta proposta, trabalha-se com um modelo assistencial integrado e preventivo, pautado pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) (CAMPOS, 2006).

O trabalho na APS é compartilhado pela equipe de Saúde da Família, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais de Saúde Bucal. A organização da equipe deve ocorrer segundo alguns preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), que se tornaram princípios da APS, a saber: I) possibilitar acesso universal e se tornar porta de entrada preferencial no sistema de saúde; II) efetivar a integralidade da assistência, com atuação em todos os níveis de atenção, desde a promoção e prevenção da saúde, até o tratamento e reabilitação de agravos; III) desenvolver vínculo e responsabilização pela população adstrita, garantindo continuidade e longitudinalidade no cuidado; IV) valorização dos profissionais, estimulando e acompanhando sua formação e capacitação; V) realizar avaliações e acompanhamento sistemático do serviço; VI) estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).

Contudo, como em qualquer outra organização institucional, existem desafios a serem enfrentados e que impõe várias dificuldades ao pleno funcionamento do serviço. No tocante aos Serviços Públicos de Saúde, ocorre uma dependência muito grande do ambiente sociopolítico. A autonomia do serviço fica lesada pelo mandato do governo, que determina os objetivos gerais, como uma espécie de autoridade externa. Deve-se citar ainda a contaminação burocrática e a restrição no âmbito de decisões, quando comparado ao setor privado (DUSSALT, 1992).

Nessa perspectiva, entende-se que a organização do trabalho e dos fluxos de um serviço público de saúde é o fator mais importante para o seu bom funcionamento. Tal organização deve ser imune às influências externas, de forma a dar autonomia para uma boa prática de APS, pautada nos princípios de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Diante disso, ao iniciar meu trabalho na APS do município de Juramento (MG), realizamos um Diagnóstico Situacional, no qual selecionamos o problema “*ausência de programação no atendimento às condições crônicas*”. A respeito do problema, notei uma cultura local muito carregada pelo modelo de saúde hospitalocêntrico e de atenção a condições agudas. A rotina de trabalho era marcada pela fila matinal para “retirada de fichas” para consulta médica, as quais eram marcadas sem nenhum critério ou programação, com predominância quase que absoluta de atendimento a doenças agudas (dor, febre, vômitos, diarreia, etc.). O trabalho era centrado no médico e, muitas vezes, o enfermeiro se limitava ao preenchimento de fichas para o registro da consulta médica. Atividades como o acolhimento, grupos operativos, agendamento e programação dos atendimentos não aconteciam. Ou seja, um modelo assistencial na contramão de toda a evolução das políticas e estratégias de saúde ocorridas nas últimas décadas.

Frente a essa problemática, propôs-se o presente trabalho, que tem como objeto a organização da atenção às condições crônicas em uma ESF.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo assume a tarefa de intervenção perante os problemas detectados no Serviço Público de Saúde em Juramento, mais especificamente na APS da zona rural do referido município. Alterações dos fluxos e rotinas de trabalho possibilitariam uma reorganização do modelo assistencial e consequente atenção integrada às principais condições crônicas no território. Nessa perspectiva, os Protocolos (clínicos e de organização do serviço) assumem papel de tecnologia de alta complexidade e baixa densidade, que poderiam se tornar uma ferramenta norteadora para a mudança que se exige na APS de Juramento. Esses protocolos são divididos por condições de saúde ou processos de trabalho, devendo prever objetivos específicos, competências necessárias aos profissionais e recursos materiais que as Unidades de Saúde precisariam para implementar o mesmo (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

Além do benefício para o serviço de saúde, as vantagens para a população são inegáveis, uma vez que quebra toda aquela rotina de atenção a condições agudas, em detrimento do mau controle de pacientes diabéticos ou hipertensos, por exemplo, que não tinham outrora a oportunidade de prevenir complicações de sua doença.

Para os profissionais de saúde que atuam na APS, esses protocolos servem como orientações gerais para algumas atividades que não deveriam ser esquecidas em meio à rotina tumultuada do trabalho. Atividades essas que implicam atenção programada aos respectivos grupos de risco, permitindo uma boa prática de assistência preventiva à saúde. Contudo, como em qualquer outro protocolo, não se pretende restringir as ações e decisões dos profissionais, que devem atuar de forma crítica em seu trabalho (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009). Lembre-se, ainda, que, como parte de um processo de planejamento, que prevê reformulações a cada reavaliação do serviço, edições futuras serão necessárias para um bom funcionamento dessa tecnologia (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Por fim, a institucionalização dos referidos protocolos servirá como defensora de certa autonomia no âmbito das decisões do serviço de saúde. Além disso, servirá como uma ferramenta para conscientização e educação da população sobre o sistema de saúde e o autocuidado.

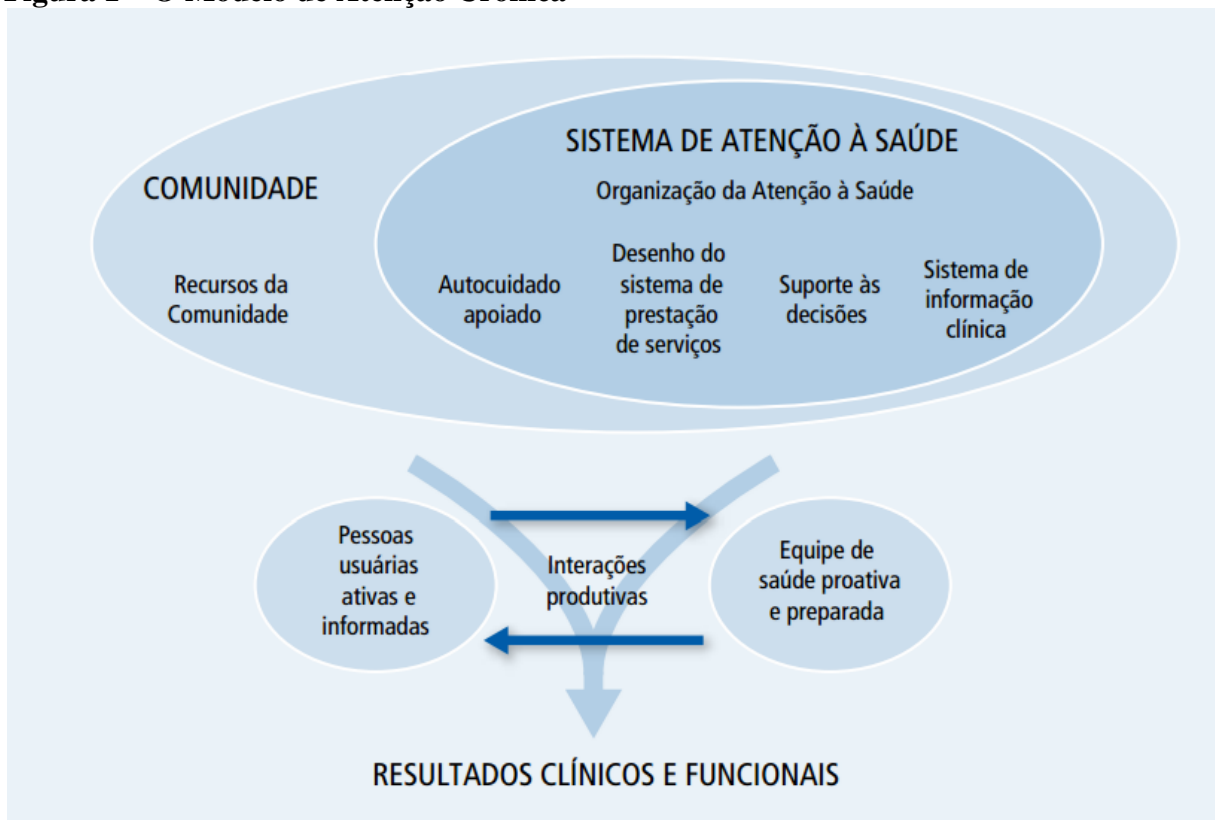
3 REFERENCIAL TEÓRICO

O problema do modelo de atenção às condições crônicas é algo discutido no âmbito internacional e já existem algumas propostas para solução desse aspecto reconhecidamente complexo do sistema de saúde.

Wagner (1998) propôs o Modelo de Atenção Crônica (CCM – *Chronic Care Model*), numa perspectiva de solução multidimensional para um problema complexo. O CCM compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes grupos (Fig. 1), que são o sistema de saúde e a comunidade. Esses elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e uma equipe de saúde preparada e proativa, produzindo melhores resultados sanitários e funcionais para a população (WAGNER, 1998 *apud* MENDES, 2012).

No tocante ao elemento “suporte às decisões”, as diretrizes clínicas assumem papel fundamental enquanto lembretes, alertas e *feedbacks* baseados em evidência e em tempo real para os profissionais de saúde.

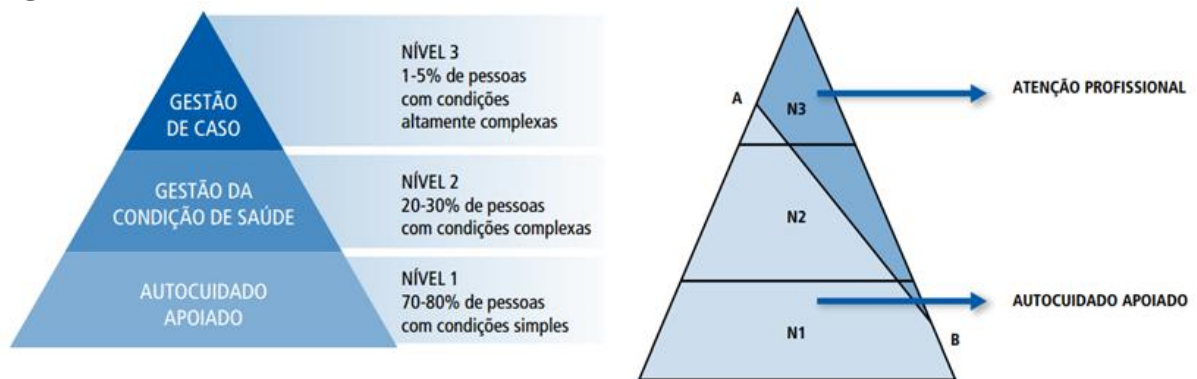
Figura 1 – O Modelo de Atenção Crônica



Fonte: Wagner, 1998

Uma outra teoria que esta presente na construção do modelo de atenção às condições crônicas é o Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR), que classifica as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos. O primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou sólida rede social de apoio. O segundo grupo seria constituído por pessoas com condição moderada. E o terceiro grupo por pessoas com condição severa e instável, com baixa capacidade de autocuidado e exigindo atenção profissional (gestão de caso) mais intensiva (Fig. 2) (MENDES, 2012).

Figura 2 – O Modelo da Pirâmide de Riscos



Fonte: Porter e Kellogg, 2008

Toda essa discussão decorre da situação atual de saúde, que é condizente com a transição epidemiológica ocorrida nos últimos anos, em que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) predominam entre as causas de morbidade e mortalidade.

Em Minas Gerais, não poderia ser diferente, onde estima-se que 10% dos adultos sejam diabéticos, sendo 30% destes com controle metabólico ruim, e que 20% dos adultos sejam hipertensos, sendo que 25% destes tem alto risco cardiovascular. Essas duas condições são responsáveis pela maioria das complicações de saúde, como a retinopatia diabética (cegueira evitável), neuropatia diabética (amputação não traumática), insuficiência renal terminal, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (ALVES JÚNIOR, 2011; SOC BRAS DIAB, 2009).

Dentre as causas de mortalidade no Brasil, as cardiovasculares lideram com quase um terço das mortes (DATASUS, 2011; SOC BRAS CARDIO, 2010). A segunda e a terceira

causas de mortalidade (neoplasias e causas externas) exigem ações preventivas específicas, como as campanhas de rastreamento e a contínua conscientização das pessoas sobre os riscos evitáveis.

Já as doenças pulmonares ocupam o quarto lugar dentre as causas de mortalidade, sendo a asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) as principais representantes (DATASUS, 2011). A asma possui prevalência global estimada de 10%, sendo a quarta causa de internações no Brasil (SOC BRAS PNEUMO TISIO, 2012). Por sua vez, o DPOC possui prevalência média de 12% entre os maiores de 40 anos, sendo a quinta causa de internação no sistema público de saúde do Brasil (SOC BRAS PNEUMO TISIO, 2004).

Em se tratando de morbimortalidade materna e infantil, o Brasil já alcançou taxas bem melhores do que há 20 anos (diminuiu de 140 para 75 o número de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos entre 1990 e 2007), mas as taxas decrescem em ritmo desacelerado e ainda não alcançou a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (35 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2013).

A assistência pré-natal adequada é um dos grandes determinantes da morbimortalidade materna e infantil, principalmente a neonatal e do primeiro ano de vida (BRASIL, 2013). A puericultura, que compreende os cuidados com o crescimento e desenvolvimento das crianças, é considerada o outro eixo integrador e central das ações de atenção à saúde da criança. Considerada uma tecnologia de baixa densidade e alta eficácia na prevenção de problemas nutricionais, de vigilância à saúde e de promoção de hábitos saudáveis, a puericultura apresenta impacto surpreendente na morbimortalidade infantil (ALVES, MOULIN, SANTOS, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), devido à situação atual da saúde global, elaborou um relatório em 2003 para alertar os tomadores de decisão (e os interessados sobre o assunto) sobre o impacto das condições crônicas de saúde, de forma a capacitá-los a lidar com esse problema.

Dessa forma, estabeleceram-se oito elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde para as condições crônicas. Dentre eles, tem-se: 1) apoiar uma mudança de paradigma, no sentido de adequar os serviços de saúde acostumados a tratar condições agudas para englobar as condições crônicas no seu manejo; 2) gerenciar o ambiente político, elaborando políticas e planejando o serviço de forma favorável ao tratamento das condições

crônicas; 3) desenvolver um sistema de saúde integrado, compartilhando informações de todos os níveis de atenção à saúde; 4) alinhar as políticas setoriais para a saúde, para que todas as esferas do governo tenham suas ações analisadas e alinhadas, garantindo melhores resultados; 5) aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde, incentivando em cada prestador de serviço, independentemente de sua formação, a capacidade humana de educar o paciente, aconselhar mudanças de comportamento e comunicar; 6) centralizar o tratamento no paciente e na família, tornando-o responsável e co-adjuvante no plano de tratamento, com orientações para o doente e sua família; 7) apoiar os pacientes em suas comunidades, onde as lacunas do serviço de saúde são preenchidas por ferramentas sociais; e 8) enfatizar a prevenção, decorrente de tarefas que incluem a detecção precoce, aumento da prática de atividade física, redução do tabagismo e restrição ao consumo de alimentos não saudáveis (OMS, 2003).

Uma experiência de organização dos serviços para atenção às condições crônicas realizada no estado de Minas Gerais, mais especificamente para hipertensão e diabetes (Rede Hiperdia), mostrou significativa redução dos custos e das complicações decorrentes dessas condições. Foram usados instrumentos como caderno de acompanhamento dos hipertensos / diabéticos, cartões de identificação e critérios pré-estabelecidos para referência e contra-referência aos Centros Hiperdia (atenção secundária). Após um intervalo de pouco mais de um ano, verificou-se economia direta de R\$ 199.243,20 decorrente da não internação (e suas complicações) de 201 diabéticos com controles ruins adequadamente manejados na rede. Além dos dados numéricos, observou-se aumento da satisfação dos profissionais de saúde, que trabalharam em um modelo de atenção que produz respostas adequadas e resolutivas, e maior satisfação dos usuários do serviço (ALVES JÚNIOR, 2011).

Em Diadema - SP, realizou-se outro trabalho com a finalidade de expandir a capacidade da ESF em DCNT e qualificar as redes através da gestão das linhas de cuidado, com enfoque multiprofissional e integral. Como ferramentas para essa tarefa, utilizaram a capacitação/implementação de protocolos clínicos e a gestão de medicamentos e insumos, que incluíam o sistema de informação em saúde e os programas de educação em saúde para o usuário, possibilitando efetividade das linhas de cuidado e alcance das metas terapêuticas para hipertensos e diabéticos daquele município. No referido trabalho, foi utilizado o Questionário de Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas (*Assessment of Chronic Illness Care – ACIC*) no início e no final do processo de implantação das linhas de cuidado, com objetivo de

mensurar seu impacto. Infelizmente, o resultado final do ACIC ainda não foi divulgado (OPAS, 2010).

Segundo Werneck, Faria e Campos:

os protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaborados a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores do serviço de saúde (Werneck, Faria e Campos, 2009).

A construção desses protocolos funciona, ainda, como núcleo de interesse entre gestores e profissionais de saúde, propiciando processos ricos de aprendizagem organizacional e maior probabilidade dos resultados assistenciais almejados (JACQUES, GONÇALO, 2007).

Existem dois tipos principais de protocolos. Os Protocolos Clínicos são um instrumento direcionador da atenção, voltado para a clínica e ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento de determinados problemas de saúde. Os Protocolos de Organização do Serviço são instrumentos da gestão, abrangendo a organização do trabalho e os fluxos administrativos, estabelecendo uma interface entre as diversas unidades do serviço de saúde (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

Um Protocolo pode ser desenvolvido através de textos, obedecendo a uma estrutura geral com introdução, justificativa, objetivos, condicionantes, determinantes, magnitude, atividades e responsabilização. Porém, outra forma prática, lógica e eficiente para se determinar o passo-a-passo aos profissionais de saúde são os Algoritmos. Estes “são um conjunto pré-determinado e bem definido de regras e processos, destinados à solução de um problema, com número finito de etapas” (FERREIRA, 1986 *apud* WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

Sobre os Algoritmos, é importante lembrar que cada símbolo possui um significado no transcorrer dos fluxos estabelecidos, conforme demonstrado no Quadro 1 (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009) abaixo.

Quadro1 – Símbolos padrões e definições para os algoritmos

Oval	Cada algoritmo começa com um desenho oval, representando uma população de pacientes com uma característica definida, sintomas e queixas. Esses desenhos ovais também são chamados de “quadro clínico”
Círculo grande ou figura oval	Usado como “saída”, ou seja, a cada vez que um processo chega a uma etapa conclusiva. Desse elemento gráfico não partem flechas, é figura de encerramento
Hexagonal/Losango	As decisões clínicas mais importantes são representadas pelos hexágonos ou losangos, os quais têm somente dois possíveis desfechos: sim ou não (pontos dicotômicos). São decisivos para os próximos passos e, por isso, são denominados pontos de decisão
Retângulos	Grupos específicos do processo do atendimento nos quais as intervenções diagnósticas ou terapêuticas devem ser realizadas; são representadas pelos retângulos
Círculos pequenos	Uma ligação com outra parte da diretriz clínica. Isto elimina a seta que iria para trás ou um entrecruzamento

Fonte: WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009

Lembrar que do símbolo hexagonal (decisões) saem normalmente duas setas, sendo uma lateral para a direita (indicando a resposta “sim”) e outra para baixo (indicando a resposta “não”) (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Elaborar protocolos assistenciais, clínicos e de organização do serviço, como uma ferramenta para organizar a atenção às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde do município de Juramento.

4.2 Objetivos Específicos

Elaborar protocolo de Avaliação Periódica de Saúde;

Elaborar protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica;

Elaborar protocolo de Diabetes Mellitus;

Elaborar protocolo de Pré-natal;

Elaborar protocolo de Puericultura;

Elaborar protocolo de Doenças Respiratórias Crônicas;

Elaborar protocolo (de organização do serviço) Acolhimento e Marcação de Atendimento;

Elaborar protocolo (de organização do serviço) Marcação de Exames Complementares;

Elaborar protocolo (de organização do serviço) Transporte de Pacientes.

5 METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido no município de Juramento, situado ao norte de Minas Gerais, na Bacia Hidrográfica do Rio São Francisco, com uma área total de 432 km² e 4.113 habitantes. Existe uma rodovia estadual (MG - 308) que comunica a cidade com Montes Claros e todas as demais cidades de referência. O bioma local é o Cerrado e o município é banhado por três rios principais (Rio Verde Grande, Rio Juramento e Rio Saracura) (IBGE, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano (estimado no ano 2000) foi de 0,68 e a taxa de urbanização é de 51%. Ou seja, aproximadamente metade da população vive na zona rural, a qual não conta com água tratada ou rede de coleta de esgoto. As atividades econômicas de destaque no município são a agricultura e a prestação de serviços (notadamente para a Prefeitura Municipal e para uma Empresa de Reflorestamento que possui unidade local) (IBGE, 2013).

O nome do município decorre de uma Bandeira, de Fernão Dias Paes Leme, que, a caminho da serra de Itacambira, parou às margens de um pequeno córrego, afluente do Rio Verde Grande, em 1º de julho de 1673. Devido à fertilidade das terras, os bandeirantes fundaram um pequeno arraial para a manutenção dos seus serviços. Conta-se a história que, naquela época, José Dias (filho de Fernão Dias) pretendia formar uma nova Bandeira. O pai, descobrindo o movimento, exigiu que o filho fizesse um “juramento de fidelidade” à sua Bandeira, às margens do córrego que banhava o povoado. Somente em 1899 uma família de sertanistas baianos (liderada pelo Coronel Manoel Batista de Souza) se fixou no povoado que ficara esquecido, introduzindo o cultivo de milho, feijão, mandioca e cana-de-açúcar. Juramento torna-se distrito de Montes Claros em 1911. E em 1953 passa à categoria de município, sendo emancipada de Montes Claros (IBGE, 2013).

O município de Juramento faz parte da Macrorregião Norte de Minas Gerais, no Sistema Único de Saúde, compondo um dos municípios da Microrregião Bocaiúva, cuja referência é a cidade de Montes Claros. Conta-se com duas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – uma rural e outra urbana – com cobertura de aproximadamente 100% da população juramentense.

Na ESF rural, onde foi desenvolvido este trabalho, existem 557 famílias, distribuídas nas localidades de Pau D’óleo (207), Santana do Mundo Novo (100), Tira Chapéu (74),

Saracura (66), Santa Cruz (56) e Prata/Lambari (54) (SIAB, 2013). O trabalho da ESF rural é desenvolvido através de atendimentos programados em cada uma dessas localidades, com atuação de um Médico, uma Enfermeira, um Dentista, uma Técnica em Saúde Bucal, Fisioterapeuta e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conforme os cronogramas definidos mensalmente e a disponibilidade de infra-estrutura local.

Nos primeiros meses de trabalho do ano de 2013, foi realizado um Diagnóstico Situacional, em que foram listados problemas tipificados em blocos, como o de Ambiente Físico (estrutura precária de saneamento e de moradias), Ambiente Socioeconômico (baixa escolaridade, muito desemprego e baixa renda *per capita*), Serviços de Saúde (ausência de programação no atendimento às condições crônicas, infra-estrutura das unidades de saúde desfalcada) e, por fim, o Perfil das Doenças (grande prevalência de condições crônicas de saúde, como hipertensão e diabetes) (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010; MOREIRA, 2013). A partir dessa análise, elegeu-se a “ausência de programação no atendimento às condições crônicas” como o problema prioritário, de alta importância e dentro da capacidade de enfrentamento (MOREIRA, 2013).

5.1 Plano de Ação

Diante da situação descrita e após reuniões com os membros da ESF rural de Juramento, pensou-se em um mecanismo que viabilizasse a organização de atividades e que atenderia à necessidade de atenção das condições crônicas de saúde. Pelas primeiras impressões e posterior diagnóstico situacional, ainda não existia naquela ESF nenhuma ferramenta que favorecesse o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (MENDES, 2012). Assim, a ferramenta mais objetiva e acessível, que daria suporte às decisões clínicas e norteasse o atendimento aos usuários com DCNT, foram os *protocolos assistenciais*.

Os recursos necessários para isso são mínimos, com destaque para os recursos humanos, uma vez que se trata de tecnologia cognitiva e envolve capacitação de todas as pessoas envolvidas no trabalho da APS, desde os profissionais até a própria população, que deverá aprender a utilizar melhor o serviço de saúde. No mais, serão necessários *banners* para afixação nos ambientes comuns das Unidades Básicas de Saúde, propiciando fácil acesso aos fluxos da organização do trabalho e da assistência às condições crônicas de saúde.

O plano de ação foi então desenhado, tendo-se em vista a necessidade de empenho dos vários atores, atribuindo-se as respectivas responsabilidades e recursos críticos para cada ação estratégica (Quadro 2).

Quadro 2 – Plano de ação

Ações estratégicas	Ator responsável	Recursos críticos	Resultado esperado
Diagnóstico situacional e Seleção do problema	Médico, Enfermeiro, Dentista, Tec. Enf., ACS e Usuários	Disponibilizar horários e sala para reuniões, estimular a participação de todos	Compreender os problemas do serviço de saúde local e selecionar o problema passível de intervenção
Revisão bibliográfica e construção dos protocolos	Médico, Enfermeiro e Dentista	Acesso a fontes eletrônicas e impressas das bibliografias sobre saúde, disponibilidade de tempo para empenho aos estudos	Elaboração de protocolos assistenciais que possibilitem organizar os fluxos de atendimento às condições crônicas locais
Implementação dos protocolos assistenciais na APS de Juramento	Gestores, Médico, Enfermeiro, Dentista, Tec. Enf., ACS e População local	Espaço e horários programados para reuniões (entre os profissionais e entre profissionais/população), banners e cartilhas informativas, estimular a participação de todos	Organização e conscientização sobre a assistência às condições crônicas de saúde, com participação dos gestores, profissionais e usuários

Fonte: próprio autor

Paralelamente, um cronograma do trabalho foi traçado, desde as primeiras vivências no território, passando pelas reuniões para diagnóstico situacional e seleção do problema, construção dos protocolos, até sua implementação através de reuniões com gestores, profissionais, funcionários e população (Quadro 3).

Quadro 3 – Cronograma das atividades do projeto de intervenção

Mar / 2013	Primeiras vivências no território
Abr - Mai / 2013	Reuniões para o Diagnóstico Situacional

Jun - Jul / 2013	Reuniões para a Seleção do Problema Prioritário
Ago /2013 a Jan / 2014	Revisão da literatura e elaboração dos protocolos assistenciais para condições crônicas e organização do serviço
Fev / 2014	Reuniões com gestores, profissionais e funcionários da saúde para a implementação dos protocolos assistenciais
Mar / 2014	Reuniões com a população para orientações e implementação dos protocolos assistenciais

Fonte: próprio autor

Como já discutido, tais protocolos são divididos em dois grupos: clínicos e de organização do serviço. Em seu escopo, incluem-se textos que descrevem definições, objetivos, recursos, desenvolvimento e conclusão do tema que se trata, além de fluxogramas auto-explicativos e inteligentes, no formato de algoritmos, que integram vários aspectos da linha de cuidado às DCNT (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

Em virtude da rotina conturbada e do trabalho exaustivo dos profissionais de saúde, levando em consideração o pouco tempo disponível para consulta a literatura, além da objetividade e inteligibilidade dos algoritmos, estes foram escolhidos como a ferramenta norteadora da organização da atenção às condições crônicas, incorporando um papel de linha guia geral e multidisciplinar para o serviço.

Para a elaboração dos referidos protocolos, foi feito um trabalho de pesquisa bibliográfica, consultando as mais atuais diretrizes para o atendimento das condições crônicas de saúde, com a construção de fluxogramas objetivos, com os principais passos da assistência a Hipertensão, Diabetes, Doenças Respiratórias Crônicas, além da Avaliação Periódica de Saúde, do Pré-natal e da Puericultura (vide **apêndices** – protocolos 4, 5, 6, 7, 8 e 9). Foram elaborados, também, protocolos de organização do serviço, como o Acolhimento e Marcação de Atendimento, a Marcação de Exames Complementares e o Transporte de Pacientes, devido à recorrência de problemas detectados no dia-a-dia do trabalho (vide **apêndices** – protocolos 1, 2 e 3).

De forma a permitir uma assistência multidisciplinar, foram estabelecidas cores correspondentes a atividade de cada profissional (vide **apêndices** – legenda de atribuições),

como médico, enfermeiro, dentista, ACS, etc. Assim, previne o problema da sobrecarga de funções e proporciona uma atenção multidisciplinar aos pacientes com condições crônicas.

Ressalte-se que os protocolos foram realizados com base em referências bibliográficas, além de importante contribuição da prática diária dos profissionais envolvidos nesse processo. Assim, na perspectiva de planejamento e melhorias constantes da assistência, preconizam-se avaliações futuras anuais, que deverão avaliar aspectos como: a) Efetividade dos protocolos entre os profissionais da APS; b) satisfação dos profissionais quanto às rotinas preconizadas em cada protocolo; c) porcentagem de atendimentos a condições crônicas dentre o universo de atendimento em cada semana; d) porcentagem de hipertensos, diabéticos e pneumopatas com atendimento há menos de 1 ano; e) satisfação dos usuários quanto às novas rotinas do serviço. Isso permitiria aperfeiçoamentos e edições futuras da ferramenta proposta.

6 DISCUSSÃO

Com a elaboração dos protocolos (fluxogramas) de atenção às principais condições crônicas de saúde, estabelecem-se passos do processo de trabalho que, de outra forma, seriam perdidos diante da rotina tumultuada na UBS. Ou seja, tais protocolos serão uma ferramenta simples e objetiva, porém com uma repercussão imensurável no sentido de propiciar aos serviços básicos de saúde uma ampliação de suas perspectivas de atendimento, com ações predeterminadas, que terão impacto na morbimortalidade da população local.

Os protocolos não pretendem orientar condutas específicas, principalmente para situações agudas, cuja assistência será feita de forma particularizada pelos profissionais de saúde. O objeto de trabalho aqui vai mais além, abordando ações com impacto reconhecido nos indicadores de saúde, como a classificação de risco cardiovascular para hipertensos e diabéticos, o pré-natal de início precoce e com atendimento programado, a avaliação sistematizada do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 10 anos e a classificação e tratamento oportuno das principais doenças pulmonares crônicas, como a asma e a DPOC.

A multidisciplinaridade foi valorizada pela atribuição de tarefas específicas para cada profissional de saúde, permitindo uma assistência mais organizada.

Como discutido previamente, tais protocolos não pretendem limitar as atividades profissionais, cuja competência e julgamento clínico irão definir cada conduta na ESF. A idéia é elaborar uma ferramenta de consulta rápida e suporte para adequar o processo de trabalho às necessidades de assistência das condições crônicas, que constituem a realidade sanitária da população brasileira atual.

Outro aspecto é a possibilidade de institucionalização dessas ferramentas, o que garantiria autonomia da equipe de saúde da família para organizar a sua rotina de trabalho. Esse é um dos maiores problemas enfrentados pelas instituições públicas de saúde, frente a dependência do ambiente sociopolítico já discutida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dessa discussão, o processo de implementação dos protocolos assistenciais e a efetivação da organização da atenção às condições crônicas de saúde exigirão ações futuras que envolvem reuniões, capacitações e conscientização dos gestores, profissionais e da própria população.

Infelizmente, não haverá tempo para a implementação pelo autor durante sua permanência no território de trabalho. Contudo, almeja-se que os passos previstos no plano de ação sejam executados, com perspectiva de iminente organização da assistência às condições crônicas no município de Juramento - MG, com a preciosa participação de todos os atores do processo de saúde-doença, incluindo profissionais, gestores e a população.

Por fim, declara-se que não houve conflitos de interesse durante a elaboração desta monografia.

REFERÊNCIAS

- ALVES JÚNIOR, A. C. **Consolidando a Rede de Atenção às Condições Crônicas: experiência da rede hiperdia de Minas Gerais**. Organização Pan-Americana de Saúde / Brasília, 2011.
- ALVES, C. G. L.; MOULIN, Z. S.; SANTOS, L. C. **Atenção à Saúde da Criança: aspectos básicos**. NESCON UFMG. Coopmed. Belo Horizonte, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1ª ed. rev., n.32, Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Série Pactos pela Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, v.4, 2006.
- CAMPOS, C. E. A. A Organização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev Bras Med Fam e Com**. Rio de Janeiro, v.2, n. 6, jul/set 2006.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. NESCON UFMG. Coopmed. Belo Horizonte, 2010.
- DATASUS. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde / Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>> Acessado em 20 Nov 2013.
- DUSSALT, G. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. **Rev Adm Públ**. Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 8-19, abr/jun 1992.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=313680&search=minas-gerais%7Cjuramento%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio>> Acessado em 17 Nov 2013.
- JACQUES, E. J.; GONÇALO, C. R. Gestão Estratégica do Conhecimento Baseada na Construção de Protocolos Médico-Assistenciais: o compartilhamento de idéias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **Rev de Adm e Inov**. São Paulo, v.4, n.1, p.106-124, 2007.
- MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. **Urgência em Atenção em Saúde**. NESCON UFMG. Coopmed. Belo Horizonte, 2011.
- MENDES, E. V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOREIRA, G. R. **Diagnóstico Situacional e Seleção do Problema para Elaboração do Plano de Intervenção**. CEABSF/Nescon; Módulo Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde - Atividade 7. Juramento, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório Mundial. Organização Mundial da Saúde (OMS). Brasília - DF, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de Cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Brasília, 2010.

PORTER, M.; KELLOGG, M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada** [periódicos na internet]; v.1, n.5, 2008. Disponível em: <<http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/5/>>. Acessado em 18 Mai 2014.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFMG.def>>. Acessado em 17 Nov 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Soc Bras de Cardio. Soc Bras de Hipert. Soc Bras de Nefro. **Arq Bras Cardiol**; v.95, n.1 (supl.1), 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Soc Bras Diabet. Itapevi, SP: 3ª Ed, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes para o Manejo da Asma. **J Bras de Pneumo**. v.38, n.2 (supl.1), p. 1-46, Abril 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **J Bras de Pneumo**. v.30, n.6 (supl.5), Novembro 2004.

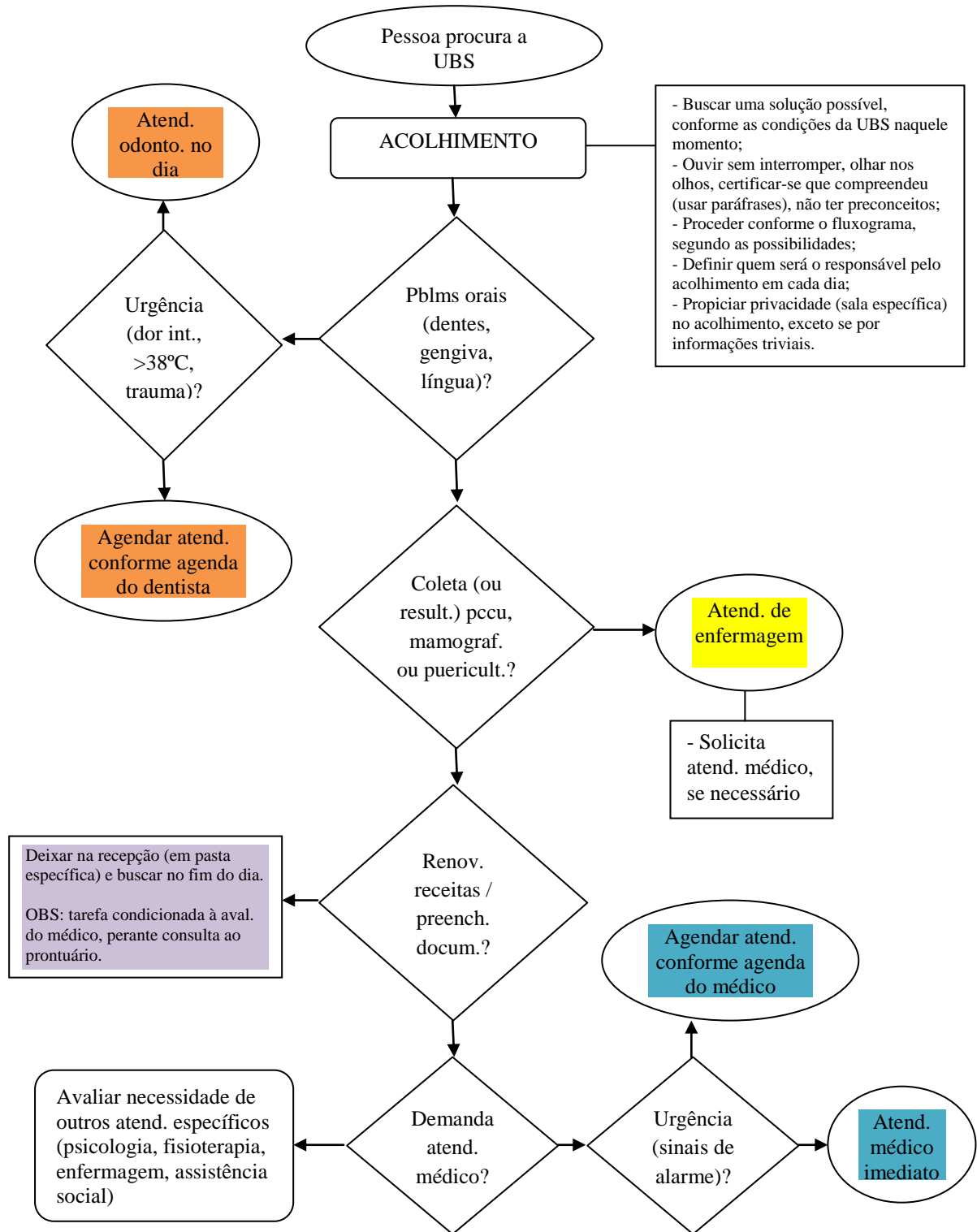
WAGNER, E. H. Chronic Disease Management: what will take to improve care for chronic illness? **Effect Clin Pract**. v.1, n.1, p. 2-4, 1998.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de Cuidado à Saúde e de Organização do Serviço**. NESCON UFMG. Coopmed. Belo Horizonte, 2009.

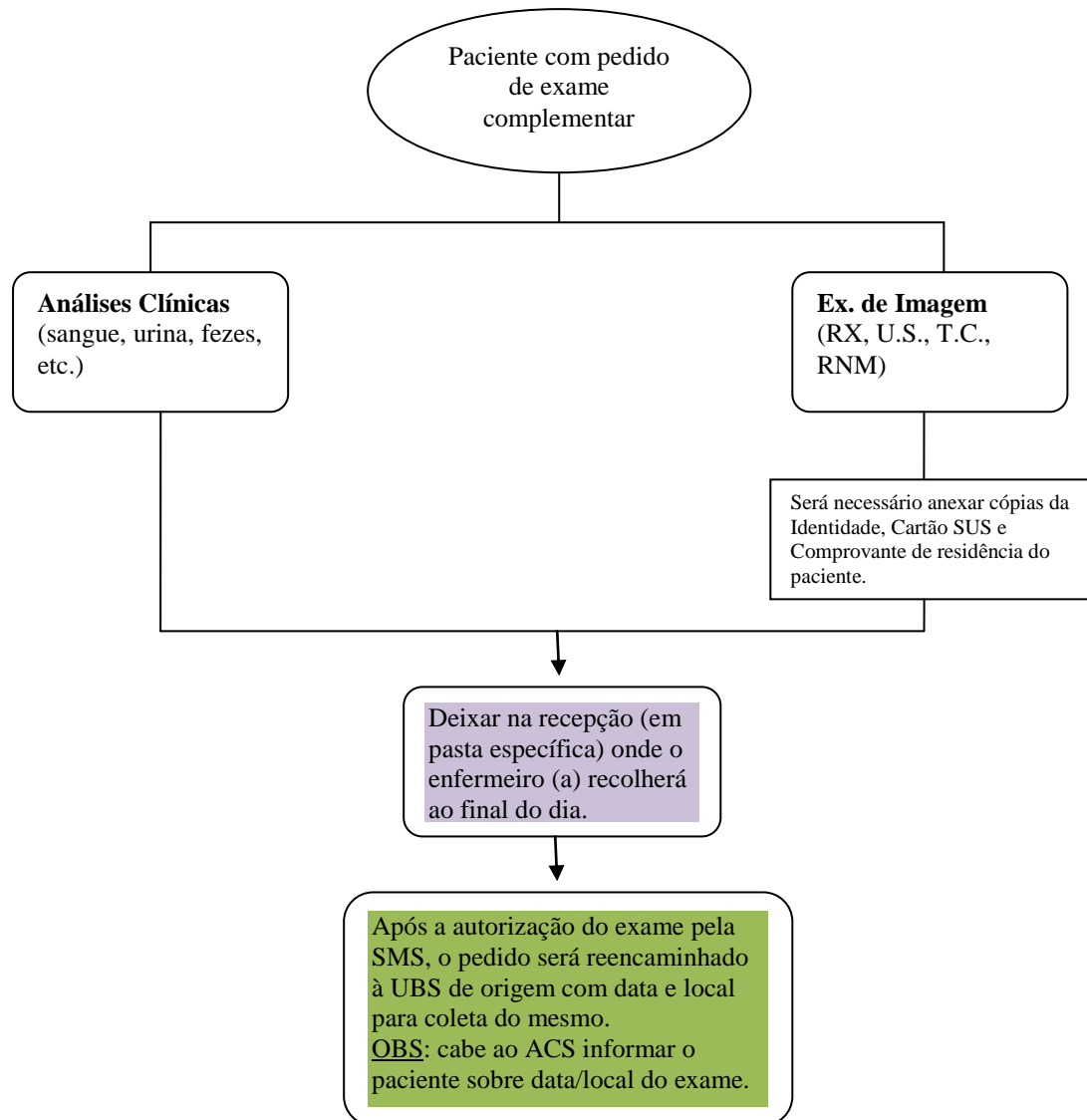
APÊNDICES:

Protocolos de Organização do Serviço

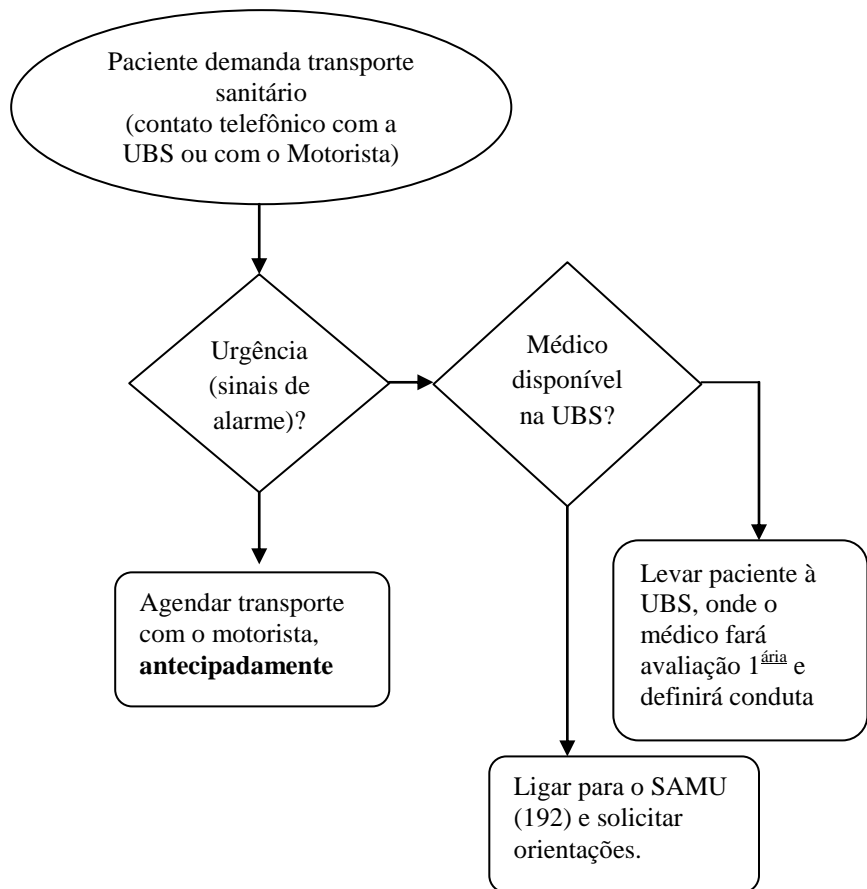
Protocolo 1: Acolhimento e Marcação de Atendimento



Protocolo 2: Marcação de Exames Complementares



Protocolo 3: Transporte de Pacientes



NOTA 1 - Critérios para Visita Domiciliar:

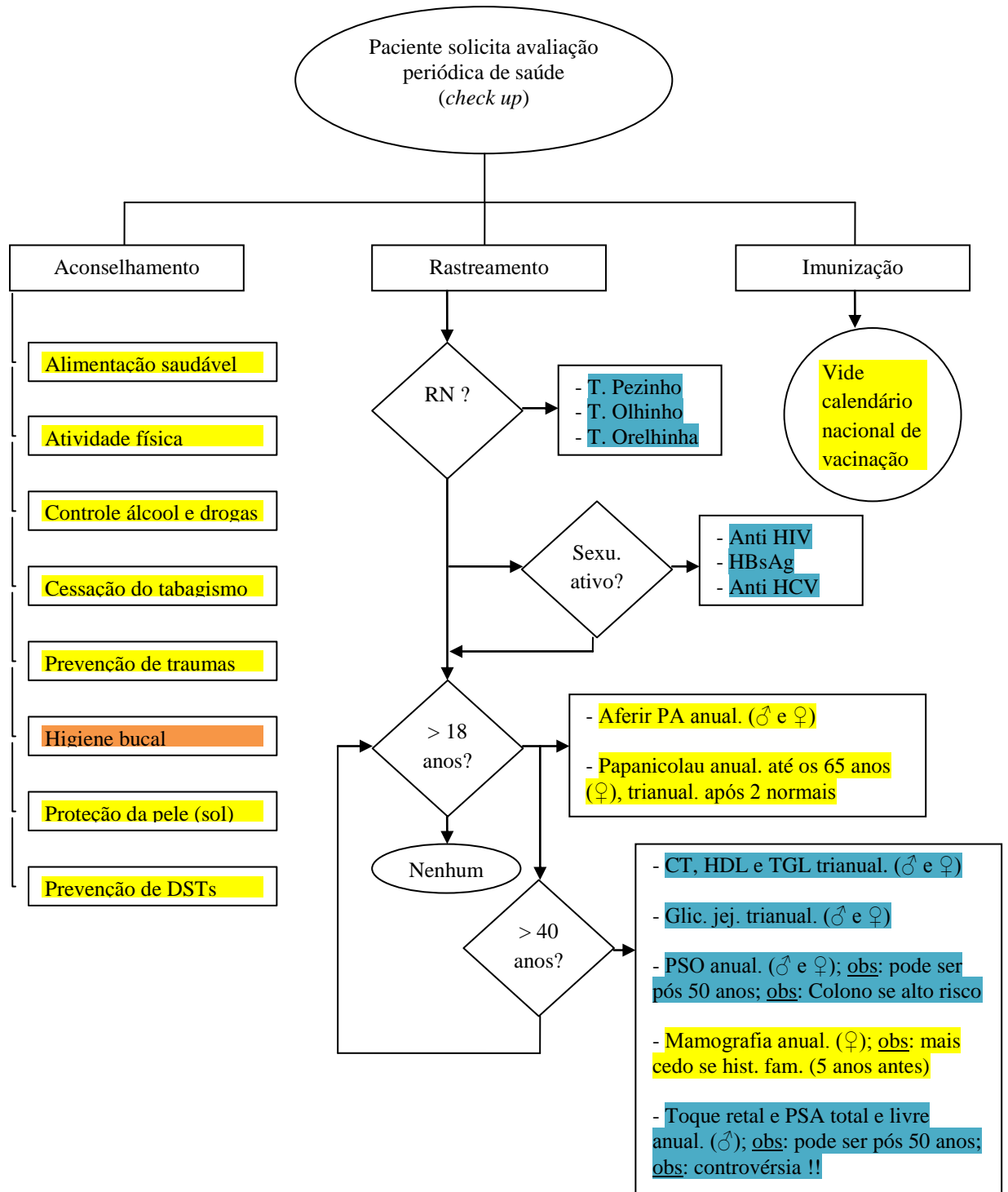
- Paciente idoso com imobilidade total (acamado) ou imobilidade parcial;
- Paciente com deficiências físicas que impedem o seu deslocamento;
- Paciente em repouso absoluto pós-operatório.

NOTA 2 - Critérios de Urgência (sinais de alarme):

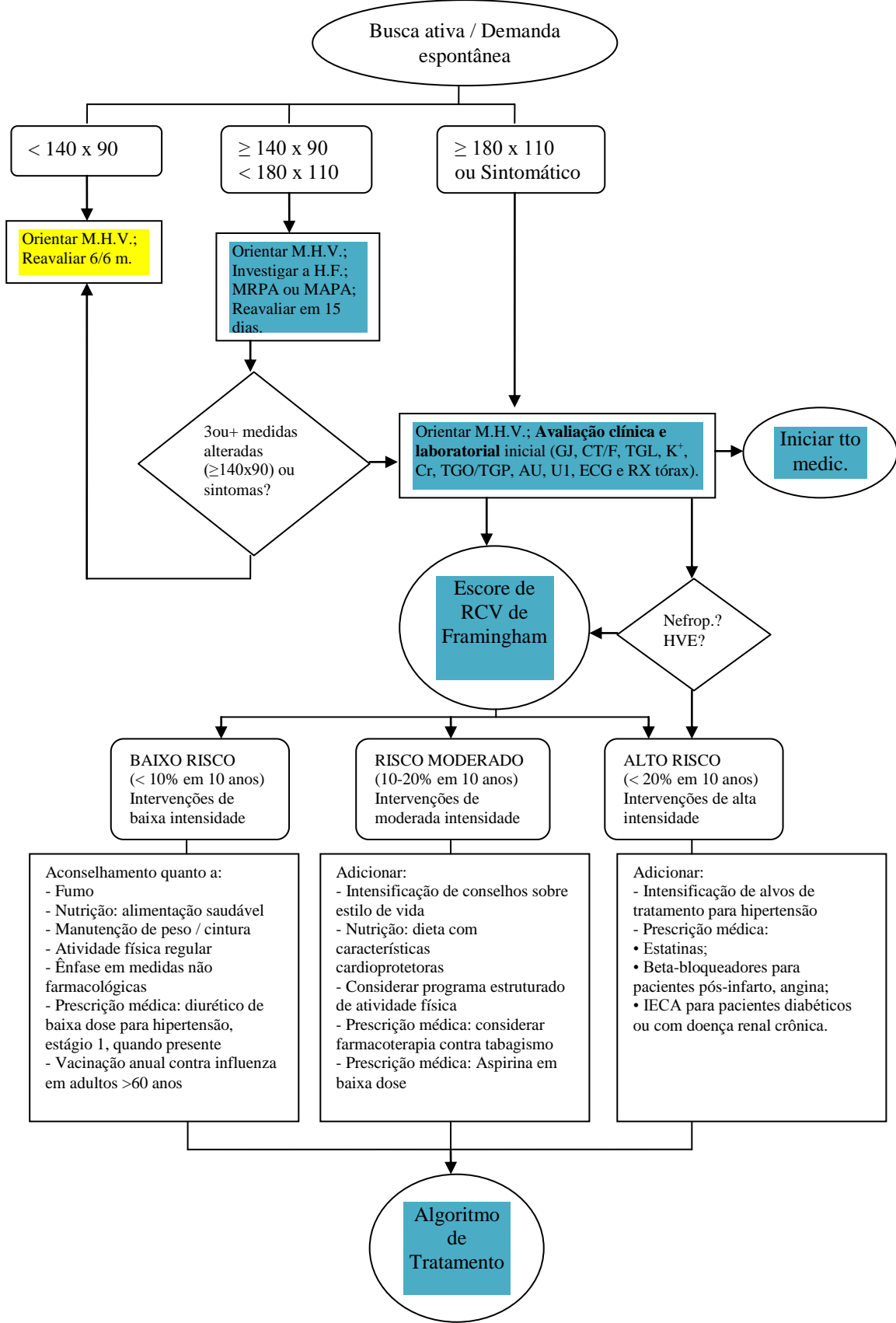
- Dispnéia perceptível (batim. aleta nasal, tiragens, balanço toraco-abdominal ou estridor na criança), Taquipnéia > 30 rpm (ou > 60 rpm na criança); Saturimetria < 90%;
- Pulsos finos/ausentes, muito rápidos ou muito cheios; Perf. cap. > 2 seg.; Freq. card. > 140 ou < 50 bpm (> 180 ou < 80 bpm em menores 6 anos, > 200 ou < 80 bpm em RNs); PA sist. > 200 ou < 90 mmHg (< [70 + idade x 2] mmHg – se de 1 a 10 anos, < 70 mmHg – se 1º ano, < 60 mmHg – se RN);
- Presença de cianose, ou Palidez acentuada;
- Confusão mental, irritabilidade, prostração, sonolência, torpor ou coma;
- Febre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$; ou Convulsões.

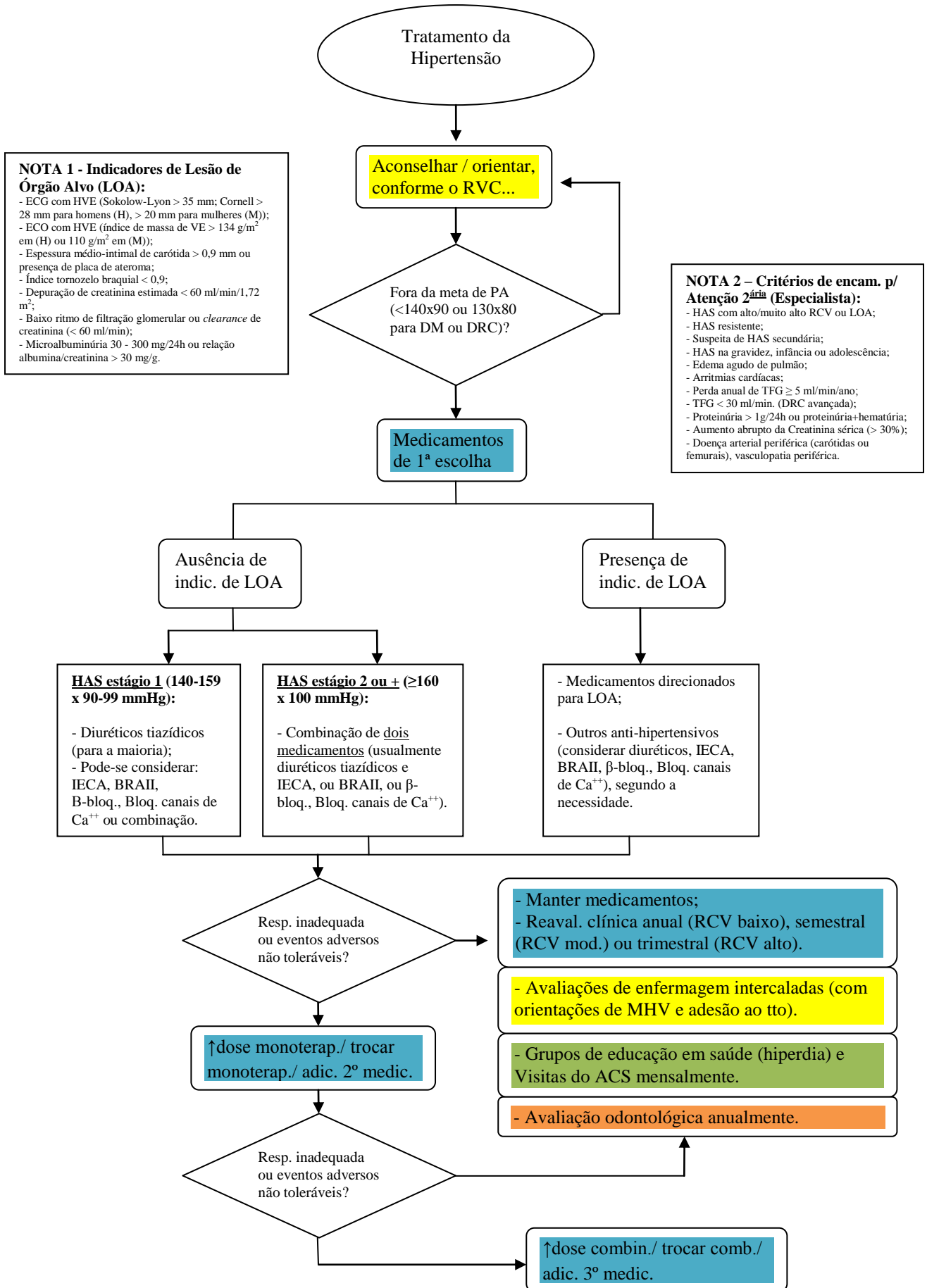
Protocolos Clínicos

Protocolo 4: Avaliação Periódica de Saúde

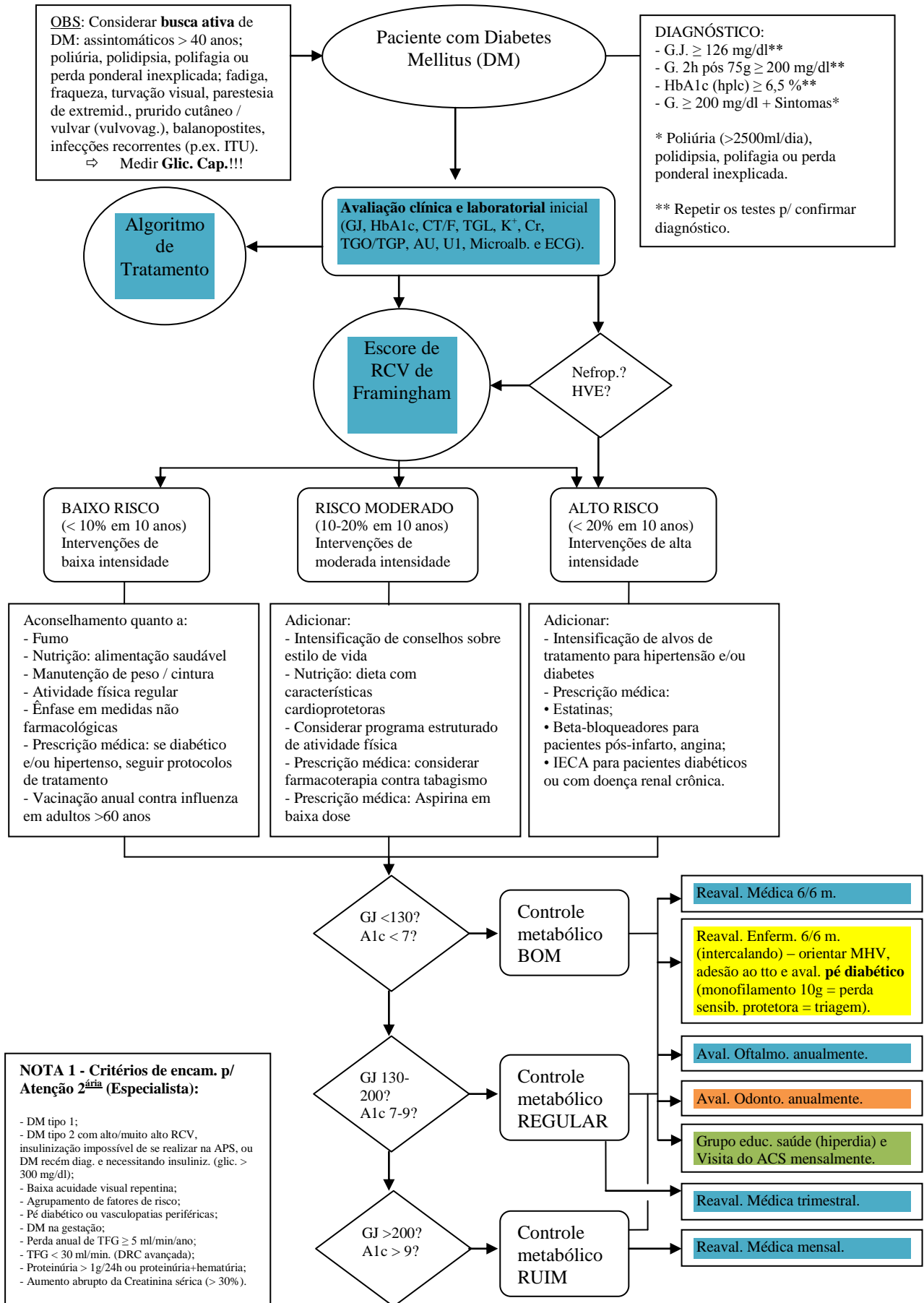


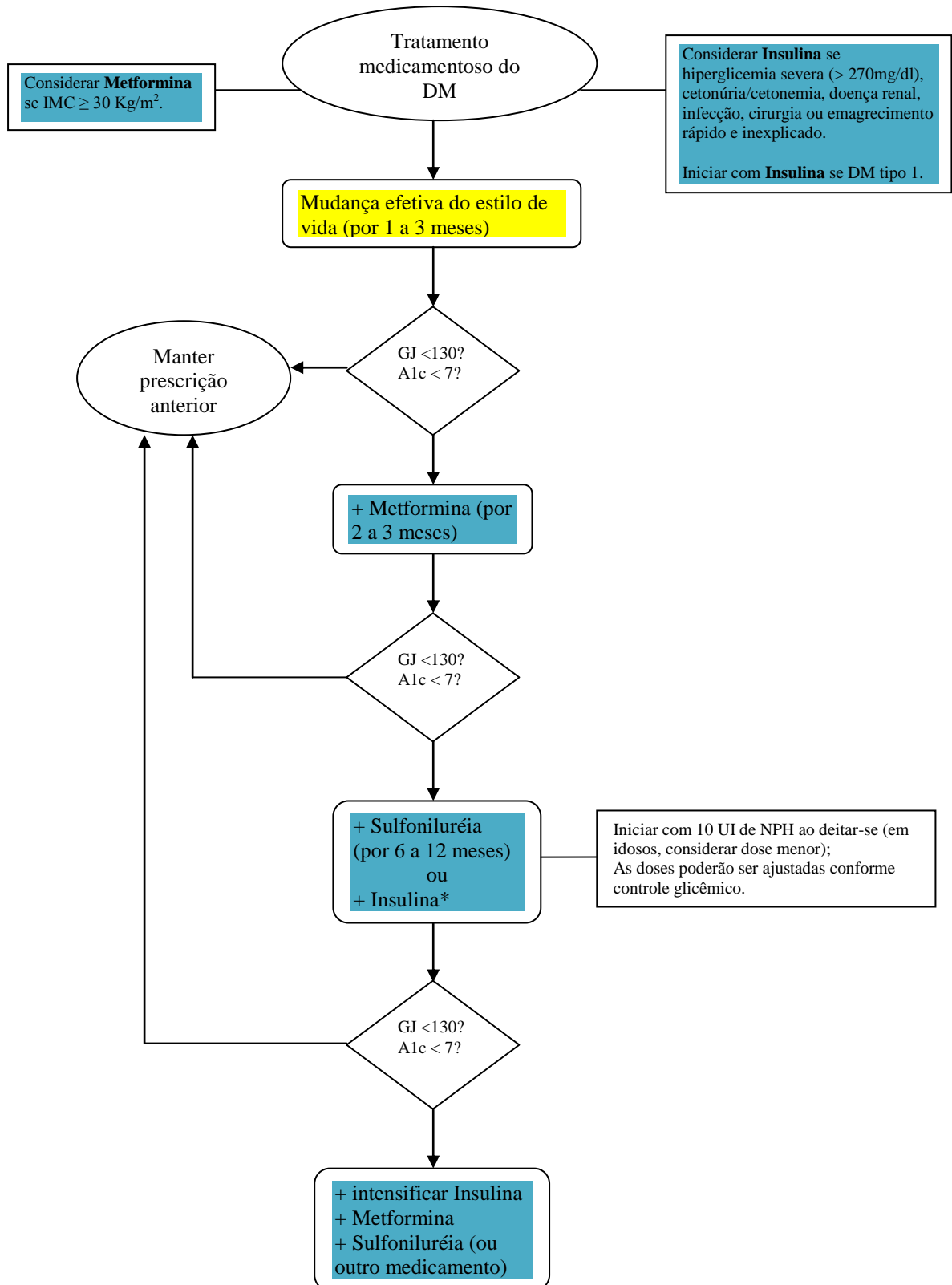
Protocolo 5: Hipertensão Arterial Sistêmica



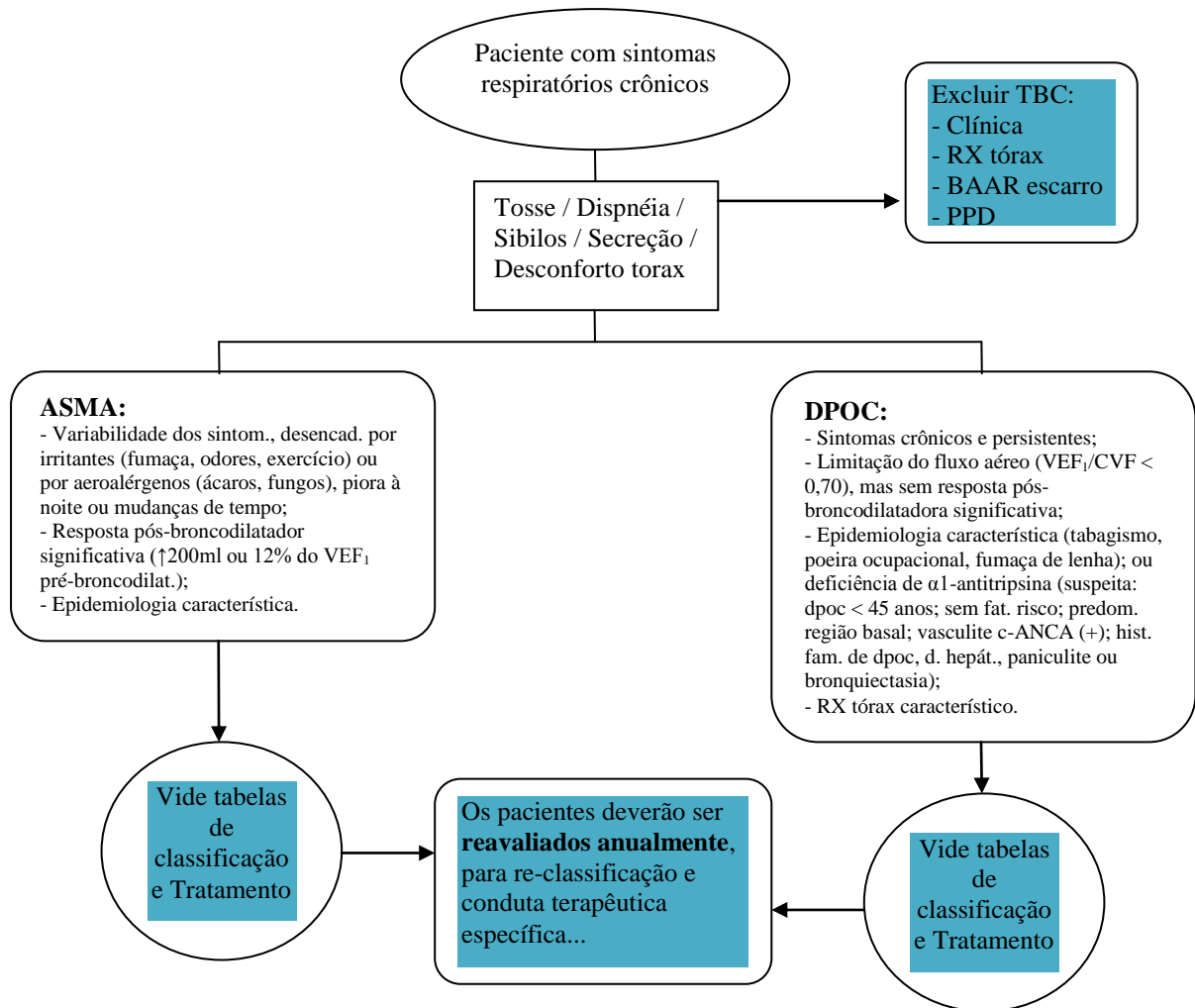


Protocolo 6: Diabetes Mellitus





Protocolo 7: Doença Pulmonar Crônica



Níveis de controle da asma ^a:

Avaliação do controle clínico atual (preferencialmente nas últimas quatro semanas)			
Parâmetros	Asma controlada	Asma parcialmente controlada	Asma não controlada
	Todos os parâmetros abaixo	Um ou dois dos parâmetros abaixo	Três ou mais dos parâmetros da asma parcialmente controlada
Sintomas diurnos	Nenhum ou ≤ 2 por semana	3 ou mais por semana	
Limitação de atividades	Nenhuma	Qualquer	
Sintomas/despertares noturnos	Nenhum	Qualquer	
Necessidade de medicação de alívio	Nenhuma ou ≤ 2 por semana	3 ou mais por semana	
Função pulmonar (PFE ou VEF1) ^{b, c}	Normal	< 80% predito ou do melhor prévio (se conhecido)	
Avaliação dos riscos futuros (exacerbações, instabilidade, declínio acelerado da função pulmonar e efeitos adversos)			

Características que estão associadas com aumento dos riscos de eventos adversos no futuro: mau controle clínico, exacerbações frequentes no último ano, admissão prévia em UTI, baixo VEF1, exposição à fumaça do tabaco e necessidade de usar medicação em altas dosagens.

^a Por definição, uma exacerbação em qualquer semana é indicativa de asma não controlada. Qualquer exacerbação é indicativa da necessidade de revisão do tratamento de manutenção.

^b Valores pré-broncodilatador sob o uso da medicação controladora atual.

^c Não aplicável na avaliação do controle da asma em crianças menores de cinco anos.

Conteúdo educacional programático (o “ABCD” da asma):

- 1) Abordar os fatores desencadeantes e agravantes e orientar como evitá-los;
- 2) Buscar medicamentos apropriados e com técnica adequada;
- 3) Colocar em prática a execução de um plano de ação, aprendendo a monitorar o controle da asma;
- 4) Descrever a diferença entre medicação controladora e de resgate, conhecer os efeitos colaterais dos medicamentos usados e saber como minimizá-los.

Manejo da asma baseado no nível de controle, para maiores de cinco anos:

ETAPAS DO TRATAMENTO (aumentar etapas até conseguir controle)				
ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4	ETAPA 5
EDUCAÇÃO E CONTROLE AMBIENTAL				
BD de curta ação por demanda	BD de curta ação por demanda			
Opções de medicamentos controladores para as etapas 2 a 5	Selecione uma das opções abaixo	Selecione uma das opções abaixo	Selecione uma das opções abaixo	Adicionar um ou mais em relação à etapa 4
	Dose baixa de CI	Dose baixa de CI + LABA	Dose moderada ou alta de CI + LABA	Corticoide oral na dose mais baixa possível
	Antileucotrienos	Dose média ou alta de CI	Dose moderada ou alta de CI + LABA + antileucotrienos	Tratamento com anti-IgE
		Dose baixa de CI + teofilina de liberação lenta	Dose moderada ou alta de CI + LABA + teofilina de liberação lenta	

BD: broncodilatador; CI: corticoide inalatório; LABA: long-acting beta agonist (b2-agonista de ação prolongada).

Estadiamento da DPOC:

Estádio I (doença leve) – Pacientes com VEF₁ pós BD 80% do previsto, com relação VEF₁/CVF < 0,70 pós BD:

Compreende a grande maioria dos pacientes com DPOC. O clínico geral pode acompanhar este paciente, não havendo obrigatoriamente necessidade de encaminhamento ao especialista.

Estádio II (doença moderada) – Pacientes com VEF₁ pós BD < 80% e > 50% do previsto, com relação VEF₁/CVF < 0,70 pós BD:

A redução da capacidade física e a dispnéia passam a ser percebidas e são atribuídas ao envelhecimento ou hábito sedentário. O clínico deve acompanhar estes pacientes, encaminhando ao especialista os casos em que a dúvida diagnóstica ou a resposta à terapêutica não ocorrem como esperado.

Estádio III (doença grave) – Pacientes com VEF₁/CVF < 0,70 pós BD e VEF₁ < 50% e ≥ 30% do previsto, OU pacientes com hipoxemia intensa, mas sem hipercapnia, independente do valor de VEF₁, OU pacientes em fase estável com dispnéia grau 2 ou 3:

Compreende um grupo de pacientes com sintomas respiratórios frequentes e repercussões sistêmicas da DPOC. Este paciente deve ser acompanhado por especialista, devido à gravidade do quadro clínico.

Estádio IV (doença muito grave) – Pacientes com VEF₁/CVF < 0,70 pós BD e VEF₁ < 30% do previsto, OU pacientes com hipercapnia, OU sinais clínicos de insuficiência cardíaca direita, OU pacientes com dispnéia que os incapacite a realizar as atividades diárias necessárias à sustentação e higiene pessoais (dispnéia grau 4):

A presença de dispnéia com extrema limitação das atividades do paciente faz que estes pacientes não mais tenham uma independência com relação à sua manutenção e higiene, independente do VEF₁, indicando mau prognóstico. Devem ser acompanhados por especialista.

Orientações terapêuticas de acordo com os estádios da DPOC:

Estádios	Drogas
I	β 2-agonista de curta duração e/ou ipratrópio, quando necessário
II	Reabilitação pulmonar <ul style="list-style-type: none"> • Sintomas eventuais: β2- agonista de curta duração e/ou ipratrópio, quando necessário • Sintomas persistentes: β2-agonista de longa duração e/ou tiotrópio
III	Reabilitação Pulmonar β 2-agonista de longa duração e tiotrópio Acrescentar xantina de longa duração, se persistirem sintomas Corticóide inalatório se exacerbações freqüentes (> 2 exacerbações ao ano)
IV	Reabilitação Pulmonar β 2-agonista de longa duração e tiotrópio Acrescentar xantina de longa duração, se persistirem sintomas Corticóide inalatório se exacerbações freqüentes (> 2 exacerbações ao ano) Oxigenoterapia (se $pO_2 < 55$ mmHg, ou < 60 mmHg com <i>cor pulmonale</i>) Estudar indicações cirúrgicas para o tratamento do enfisema (cirurgia redutora de volume pulmonar, bulectomia ou transplante pulmonar)

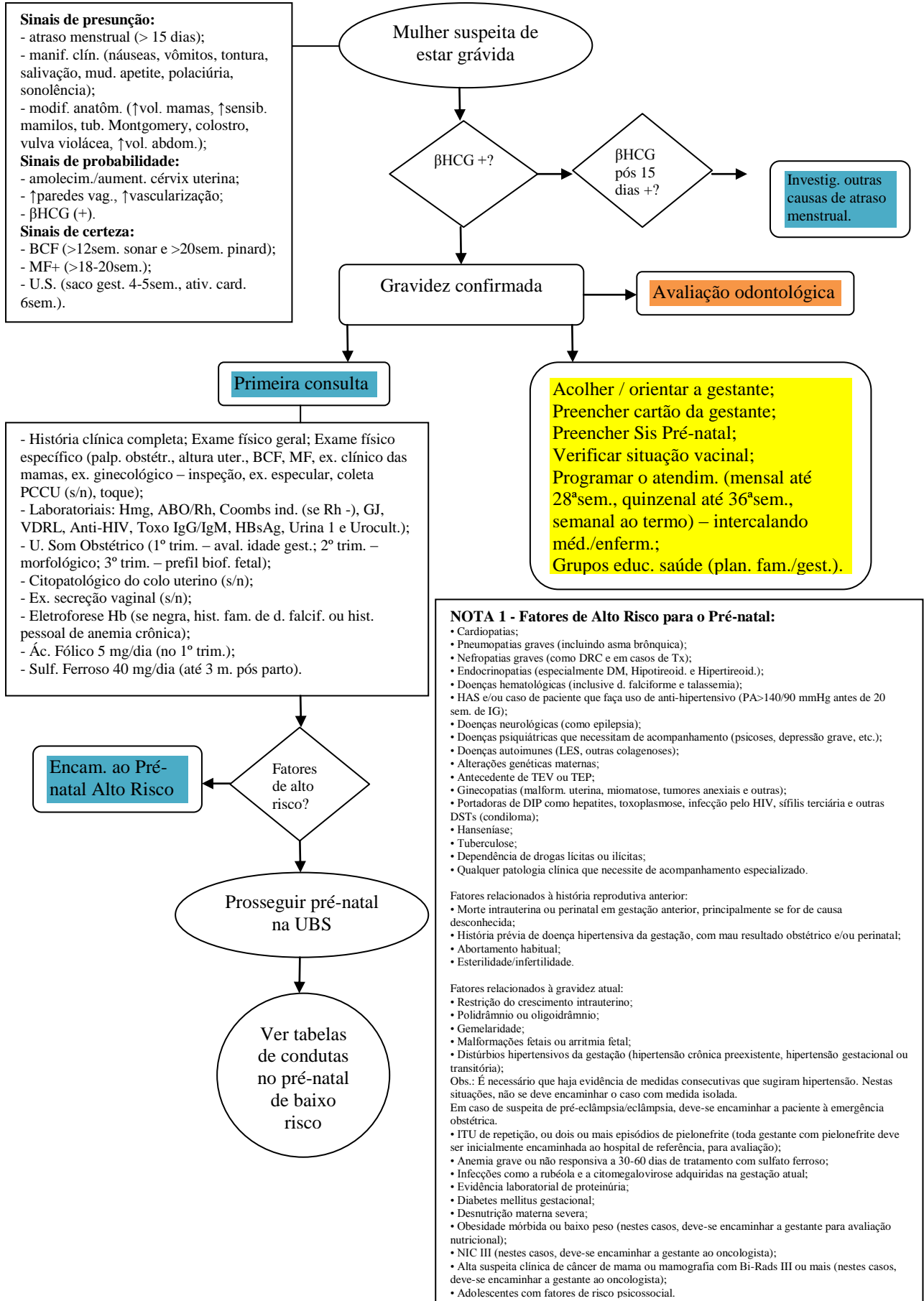
Condições indicativas de internação:

- Insuficiência respiratória aguda grave
 - aumento acentuado da dispnéia
 - distúrbios de conduta ou hipersonolência
 - incapacidade para se alimentar, dormir ou deambular
- Hipoxemia refratária, hipercapnia com acidose (comparar com gasometrias prévias do paciente)
- Complicações como embolia pulmonar, pneumonia ou pneumotórax
- Insuficiência cardíaca descompensada ou descompensação de outra condição associada, como diabetes
- Impossibilidade de realizar corretamente o tratamento ambulatorial, por falta de condição socioeconômica

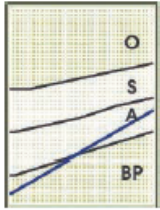
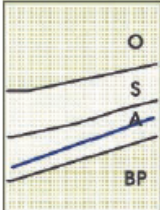
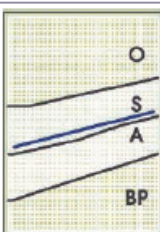
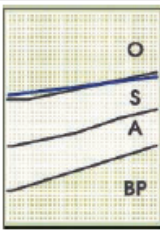
Obs.: Devem-se considerar ainda condições que possam exacerbar o paciente estável:

- Necessidade de procedimentos invasivos como broncoscopia, biópsia transbrônquica ou biópsia transparietal com agulha
- Necessidade de realizar procedimentos médicos ou cirúrgicos que requeiram o uso de hipnoanalgésicos, sedativos ou anestésicos

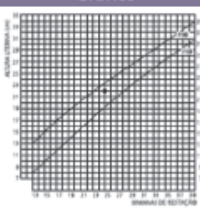
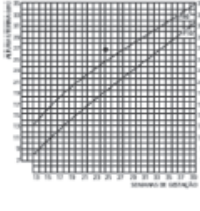
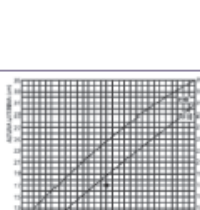
Protocolo 8: Pré-Natal



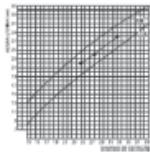
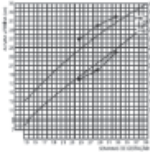
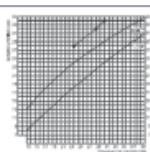
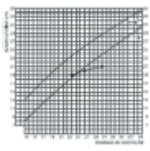
Diagnóstico nutricional a ser realizado a cada consulta

EN da gestante	Inclinação da curva	Exemplo
Baixo peso (BP)	Deve apresentar inclinação maior do que a da curva que delimita a parte inferior da faixa de estado nutricional adequado.	
Adequado (A)	Deve apresentar inclinação paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado no gráfico.	
Sobrepeso (S)	Deve apresentar inclinação ascendente, semelhante à da curva que delimita a parte inferior da faixa de sobrepeso ou à da curva que delimita a parte superior dessa faixa, a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior dessa faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior dessa faixa no gráfico.	
Obesidade (O)	Deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade.	

Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

Gráfico	Ponto	Conduta
	Entre as curvas inferiores e superiores.	Siga o calendário de atendimento de rotina.
	Acima da curva superior.	Atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gestação gemelar, mola hidatiforme. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.
	Abaixo da curva inferior.	Atente para a possibilidade de erro de cálculo da IG. A gestante deve ser vista pelo médico da unidade para se avaliar a possibilidade de feto morto, oligodrâmnio, ou restrição de crescimento intrauterino. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.

Consultas subsequentes, avaliação do traçado

Gráfico	Traçado	Interpretação	Conduta
	Evoluindo entre as curvas superiores.	Crescimento normal.	Siga o calendário de atendimento de rotina.
	Evoluindo acima da curva superior (a) ou abaixo da curva inferior (b) com a mesma inclinação destas.	É possível que a IG seja maior (a) ou menor (b) do que a estimada.	Encaminhe a gestante à consulta médica para: 1. confirmar tipo de curva; 2. confirmar a IG, se possível com USG; 3. referir a paciente ao PN de alto risco, na suspeita de desvio do crescimento.
	Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior do que esta.	É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia ou outra situação.	É necessário referir a paciente ao pré-natal de alto risco. Se possível, solicite USG.
	Evoluindo com inclinação persistentemente menor do que a curva inferior.	Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, há provável restrição do crescimento.	É necessário referir a paciente ao pré-natal de alto risco.

Avaliação da pressão arterial em gestantes

Achados	Condutas
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Manutenção dos mesmos níveis de PA.	Níveis tensionais normais: <ul style="list-style-type: none"> • Mantenha o calendário habitual; • Cuide da alimentação; • Pratique atividade física regularmente.
Níveis de PA desconhecidos antes da gestação: Valores da pressão < 140/90mmHg.	Considere o aumento dos níveis tensionais em relação aos níveis anteriores à gestação: <ul style="list-style-type: none"> • Diminua a ingestão de sal; • Aumente a ingestão hídrica. • Pratique atividade física regularmente.
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Aumento da PA, mantendo nível < 140/90mmHg.	Sinal de alerta: <ul style="list-style-type: none"> • Diminua a ingestão de sal; • Aumente a ingestão hídrica; • Pratique atividade física regularmente. • Agende controles mais próximos.
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores da PA > 140/90mmHg e < 160/110, sem sintomas e sem ganho ponderal maior do que 500g semanais.	Considere HAS na gestação: <ul style="list-style-type: none"> • Atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG); • Realize proteinúria (teste rápido); • A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gravidez gemelar, mola hidatiforme; • Solicite ultrassonografia, se possível; • Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da gestante para o serviço de alto risco.
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores de PA > 140/90mmHg, proteinúria (teste rápido) positiva e/ou com sintomas clínicos (cefaleia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática, porém com níveis de PA > 160/110mmHg.	Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave: <ul style="list-style-type: none"> • Deve-se referir imediatamente a gestante ao pré-natal de alto risco e/ou à unidade de referência hospitalar.
Paciente com hipertensão arterial crônica, moderada ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva.	Paciente de risco: <ul style="list-style-type: none"> • Deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

Avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

Achado	Conduta
BCF não audíveis com estetoscópio de Pinard, quando a idade gestacional for igual ou maior do que 24 semanas.	Alerta: Verifique o erro de estimativa da idade gestacional. Afaste as condições que prejudiquem uma boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal. Mantenha o calendário mínimo de consulta, se houver percepção materna e constatação objetiva de movimentos fetais e/ou se o útero estiver crescendo. Agende consulta médica ou faça a referência da paciente para o serviço de maior complexidade, se a mãe não mais perceber movimentação fetal e/ou se o crescimento uterino estiver estacionário.
Bradycardia e taquicardia.	Sinal de alerta: Afaste a febre e/ou recomende o uso de medicamentos pela mãe. Deve-se suspeitar de sofrimento fetal. O médico da unidade de saúde deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência do sinal, encaminhe a gestante para o serviço de maior complexidade ou para o pronto-atendimento obstétrico.

Avaliação da presença de edema

Achados	Anote	Condutas
Edema ausente.	-	Acompanhe a gestante, seguindo o calendário de rotina.
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+)	Verifique se o edema está relacionado à postura, ao fim do dia, ao aumento da temperatura ou ao tipo de calçado.
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso.	(++)	Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo. Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interogue a gestante sobre os movimentos fetais. Marque retorno em sete dias, na ausência de sintomas. A gestante deve ser avaliada e acompanhada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de rotina. Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco. Se houver presença de proteinúria, veja a conduta específica (tabela 9).
Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+++)	Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.		Suspeita de processos trombóticos (tromboflebite, TVP). A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para o serviço de alto risco.

Roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de baixo risco

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (se for Rh negativo)
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)

Condutas diante dos resultados dos exames complementares de rotina

Exames de rotina	Resultados	Condutas	Exames de rotina	Resultados	Condutas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.	Tipagem sanguínea	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.
	TR positivo	Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.		Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: <ul style="list-style-type: none">Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre;Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.	Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	VDRL positivo	Trate a gestante e seu parceiro. Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega). Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI. Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI. Realize exame mensal para controle de cura.		85 – 119mg/dl	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação.
Sorologia para sífilis (lues)	VDRL negativo	Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.	Glicemia em jejum	> 110mg/dl	Repita o exame de glicemia em jejum. Se o resultado for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional.
	Proteinúria	"Traços": repita em 15 dias; caso se mantenha, encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco. "Traços" e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. "Maciça": é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.	TTGO 75g (2h)	Jejum < 110mg/dl 2h < 140mg/dl Jejum > 110mg/dl 2h > 140mg/dl	Teste negativo. DM gestacional.
Urina tipo I e urocultura	Piúria/bacteriúria/leucocitúria Cultura positiva (> 105 col/ml)	Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma. Solicite o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento. Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.	Proteinúria (teste rápido)		
	Hematúria	Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior. Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.	Teste rápido diagnóstico para HIV	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	Cilindrúria	É necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.	Sorologia para HIV	TR negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.
	Outros elementos	Não necessitam de condutas especiais.	Sorologia para hepatite B	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência.
				Teste negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.

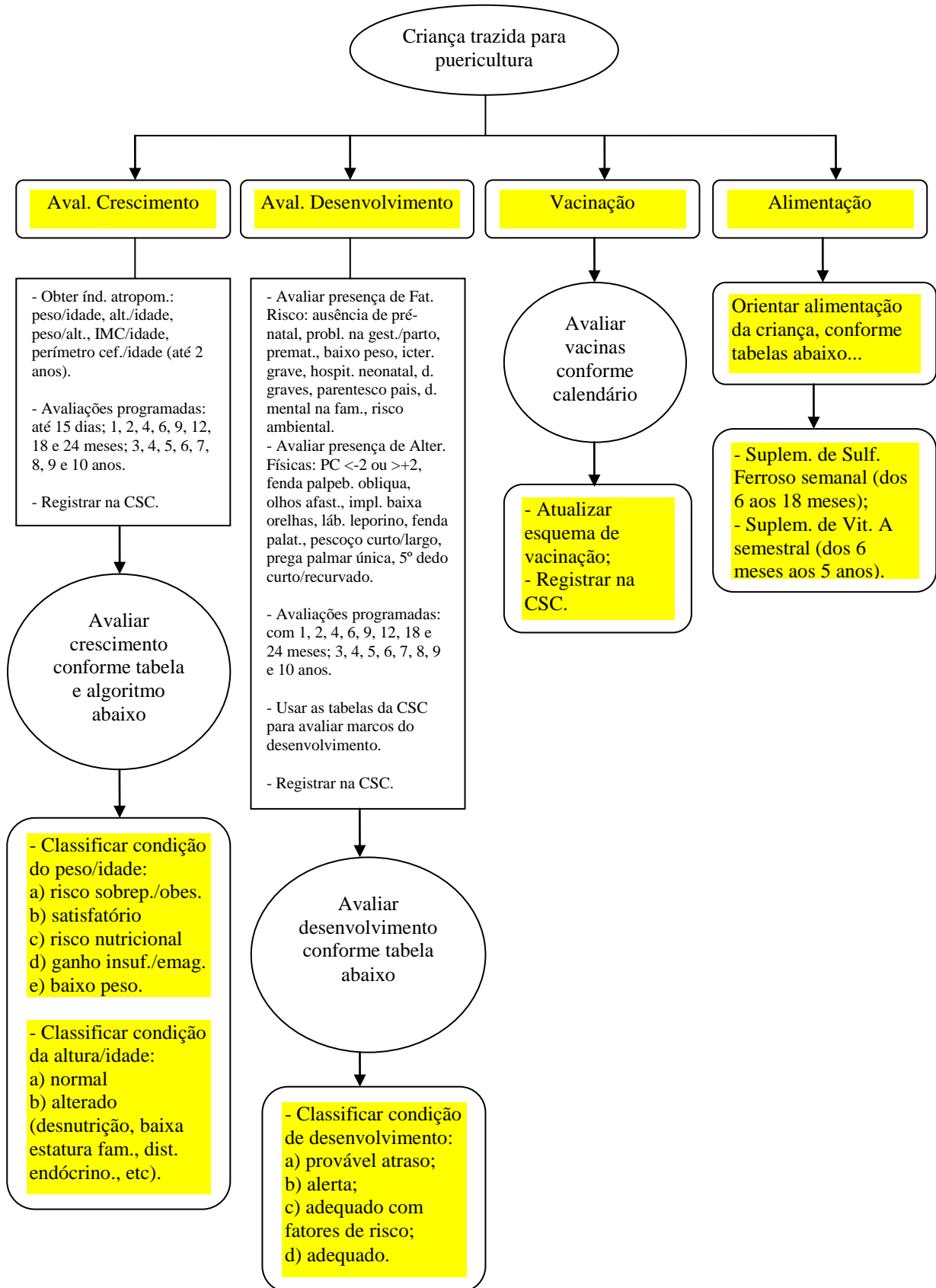
Vacinação de rotina para gestantes

Imunobiológico	Recomendação	Esquema
Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Também é possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não se perder a oportunidade de vacinação. Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.
Vacina contra influenza (fragmentada)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Dose única durante a Campanha Anual contra Influenza.
Vacina contra hepatite B	Gestantes após o primeiro trimestre de gestação.	Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.

Vantagens e desvantagens do parto normal ou cesáreo

	Parto normal	Parto cesáreo
Prematuridade	Menor	Maior
Respiração do bebê	Favorece	Não favorece
Dor no trabalho de parto	Pode ser dolorosa, com gradações.	
Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou mediante aplicação de anestesia.	Idem	
Dor na hora do parto	Também pode ser controlada com anestesia.	É sempre realizada com anestesia.
Dor após o parto	Menor	Maior. Há necessidade de analgésicos mais fortes.
Complicações	Menos frequentes	Acidentes anestésicos e hemorragias são mais comuns.
Infecção puerperal	Mais rara	Mais frequente
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Custo	Menor	Maior
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Muito baixo	Pequeno, porém maior do que no parto normal.
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

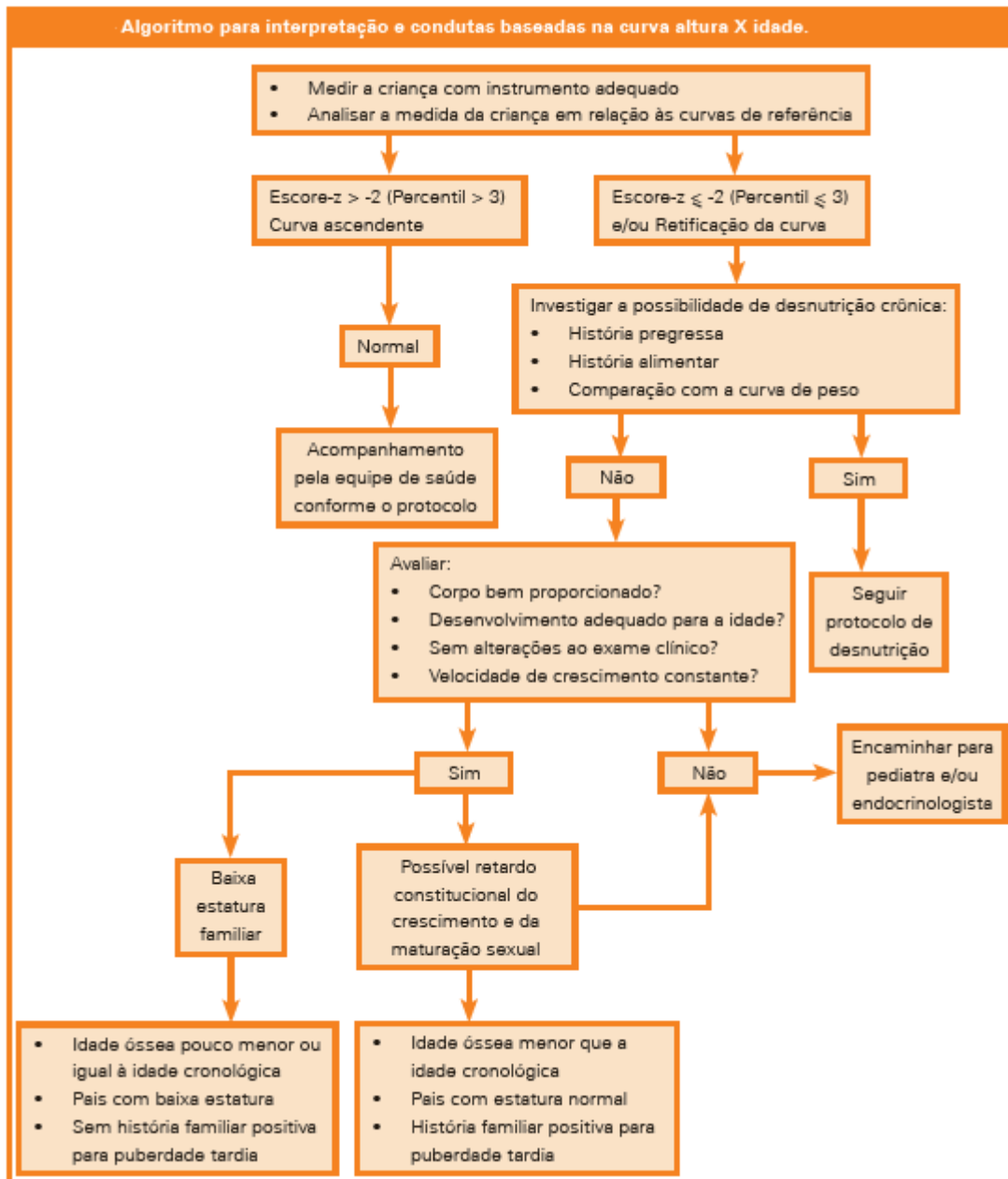
Protocolo 9: Puericultura



AValiação DO Crescimento (Peso/idade ou IMC/idade):

POSIÇÃO DO PESO ou IMC	INCLINAÇÃO DA CURVA	CONDIÇÃO DE CRESCIMENTO	CONDUTA
EScore-Z > +2 (> P 97)	Ascendente	Cuidado: Risco de sobrepeso ou obesidade	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a existência de erros alimentares • Verificar e estimular a atividade física regular • Marcar retorno em 30 dias
EScore-Z ENTRE -2 e +2 (entre P 3 e P 97)	Ascendente	Satisfatório	<ul style="list-style-type: none"> • Parabenizar a mãe pelo crescimento satisfatório da criança • Marcar retorno para 30 dias
EScore-Z ENTRE -2 e +2 (entre P 3 e P 97)	Horizontal ou descendente	Alerta: Ganho insuficiente de peso ou emagrecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar possíveis intercorrências que possam justificar a diminuição da velocidade de crescimento e registrá-las na caderneta. • Tratar as intercorrências presentes. • Marcar retorno para 30 dias
EScore-Z ENTRE -3 e -2 (entre P 0,1 e p 3)	Ascendente	Alerta: Risco nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar possíveis causas, com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado e afeto pela criança e informar à mãe. • Tratar intercorrências clínicas, registrando-as no cartão. • Marcar retorno para 30 dias
EScore-Z ENTRE -3 e -2 (entre P 0,1 e p 3)	Horizontal ou descendente	Insatisfatório: Ganho insuficiente de peso ou emagrecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar possíveis causas, com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado e afeto pela criança e informar à mãe. • Tratar intercorrências clínicas, registrandoas na caderneta. • Orientar à mãe sobre alimentação especial, visando ao ganho global de peso. • Discutir intervenção conjunta da equipe de saúde. • Realizar nova consulta no intervalo máximo de 15 dias
EScore-Z < -3 (< P 0,1)	Qualquer inclinação	Peso baixo	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar à mãe sobre alimentação especial visando ao ganho global de peso. • Realizar nova consulta em intervalo máximo de 15 dias. • Se a criança não ganhar peso, seguir protocolo para desnutrição

AValiação DO Crescimento (Altura/idade):



AValiação DO DESENVOLVIMENTO:

DADOS DA AVALIAÇÃO	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	CONDUTA
Perímetro cefálico < -2 escores Z ou > +2 escores Z, ou presença de 3 ou + alterações fenotípicas, ou ausência de 2 ou + marcos para a faixa etária anterior	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Referir para avaliação especializada (neuropsicomotora)
Ausência de 1 ou + marcos para a sua faixa etária	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe / cuidador sobre a estimulação da criança • Marcar retorno em 30 dias
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem 1 ou + fatores de risco	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO COM FATORES DE RISCO	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a mãe/ cuidador sobre os sinais de alerta* • Acompanhamento conforme a rotina
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a mãe / cuidador • Orientar a mãe / cuidador para que continue estimulando a criança • Acompanhamento conforme a rotina do serviço • Informar a mãe/ cuidador sobre os sinais de alerta*

* Na presença de Sinais de Alerta, a criança deve ser avaliada em até 30 dias.

Dez passos para a alimentação saudável

Passo 1. Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.

Passo 2. A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Passo 3. Aos seis meses, iniciar alimentação complementar com três refeições ao dia se estiver em aleitamento materno e cinco refeições se não estiver mamando no peito.

Passo 4. A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

Passo 5. A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

Passo 6. Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é, também, uma alimentação colorida.

Passo 7. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8. Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Passo 9. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

Passo 10. Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Esquema para introdução dos alimentos complementares

Faixa etária	Tipo de alimento
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite materno, papa de frutas, primeira papa salgada
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da família, adaptada

SIGLAS:

UBS: Unidade Básica de Saúde

PCCU: Prevenção do Câncer de Colo Uterino

RX: Radiografia

U.S.: Ultrassonografia

T.C.: Tomografia Computadorizada

RNM: Ressonância Nuclear Magnética

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

ACS: Agente Comunitário de Saúde

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

RN: Recém Nascido

PA sist.: Pressão Arterial Sistólica

PA: Pressão Arterial

♂: homens

♀: mulheres

CT: Colesterol Total

HDL: Lipoproteína de Alta Densidade

TGL: Triglicérides

PSO: Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

PSA: Antígeno Prostático Específico

M.V.H.: Mudanças de Hábitos de Vida

H.F.: História Familiar

MRPA: Medida Residencial da Pressão Arterial

MAPA: Medida Ambulatorial da Pressão Arterial

GJ: Glicemia de Jejum

CT/F: Colesterol total e Frações

K⁺: Potássio

Cr: Creatinina

TGO/TGO: Transaminases hepáticas

AU: Ácido Úrico

U1: Urina Rotina

ECG: Eletrocardiograma

RCV: Risco Cardiovascular

DRC: Doença Renal Crônica

HbA1c: Hemoglobina Glicada






βHCG: Gonadotrofina Coriônica Humana fração β

BCF: Batimentos Cardíacos Fetais

MF: Movimentos Fetais

CSC: Caderneta de Saúde da Criança

LEGENDA DE ATRIBUIÇÕES:

-  Médico(a)
-  Enfermeiro(a)
-  Dentista
-  Agente Comunitário de Saúde
-  Recepcionista