

2013.2

ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA



TÉCNICO EM

ENFERMAGEM



**INSTITUTO
FORMAÇÃO**

Cursos Técnicos Profissionalizantes

Enfa Darlane A F Wobeto

SAÚDE

- É um completo estado de bem estar físico mental e social, e não meramente a ausência de doença” (OMS 1948).
- “É um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Art. 196 da Constituição Brasileira, 1988)

SAÚDE COLETIVA

- Coletivo: “Que abrange ou compreende muitas coisas ou pessoas” (Aurélio).
- Atenção a Saúde Coletiva: “É um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas em todos os níveis de atenção do sistema de saúde voltadas para promoção da saúde, prevenção de agravos tratamento e reabilitação, centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, levando em consideração o contexto histórico /estrutural da sociedade”.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Criado no Brasil em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, tornou o acesso gratuito à saúde direito de todo cidadão. Até então, o modelo de atendimento era dividido em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde por serem segurados pela previdência social e os que não possuíam direito algum.

A implantação do SUS unificou o sistema, já que antes a responsabilidade era de vários ministérios. Deixou de ser do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por Estados e municípios.

Entre as ações mais reconhecidas estão: criação do SAMU, Políticas Nacionais de Atenção à Saúde da Mulher, Humanização do SUS, Saúde do Trabalhador.

O que é o SUS?

Pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”.

É uma nova formulação política organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição de 1988.

São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I - identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

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

- **Universalidade** : atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo a toda atenção necessária, sem qualquer custo;
- **Integralidade** : oferecer a atenção necessária á saúde da população , promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e a comunidade, em quaisquer níveis de complexidade;

- **Equidade** : disponibilizar os recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam;
- **Participação Social**: é um direito e dever da sociedade participar das gestões públicas em particular; é dever do Poder Público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS;
- **Descentralização** : é o processo de transferência de responsabilidade de gestão para os municípios, atendendo as determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.
- **Hierarquização** : entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de referência e contra-referência.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

Fases da história natural da doença

- Fase Inicial (ou de suscetibilidade) – Nesta fase ainda não há doença propriamente dita, mas existe o risco de adoecer.
- Fase Patológica pré-clínica – a doença ainda está no estágio de ausência de sintomas, mas o organismo apresenta alterações patológicas.
- Fase Clínica – a doença já se encontra em estágio adiantado, com diferentes graus de acometimento.
- Fase de incapacidade residual – a doença pode progredir para a morte, ou as alterações se estabilizam.

FATORES DETERMINANTES DA DOENÇA

- **Endógenos**: Fatores determinantes que, no quadro geral da ecologia da doença, são inerentes ao organismo e estabelecem a receptividade do indivíduo.
 - Herança genética.
 - Anatomia e fisiologia do organismo humano.
 - Estilo de vida.
- **Exógenos**: Fatores determinantes que dizem respeito ao ambiente.
 - Ambiente biológico: determinantes biológicos.
 - Ambiente físico: determinantes físico-químicos.
 - Ambiente social: determinantes sócio-culturais.

CLASSIFICAÇÃO DOS AGENTES DE DOENÇAS

- Biológicos – bactérias e vírus
- Genéticos – translocação de cromossomos (síndrome de Down)
- Químicos – nutrientes, drogas, gases, fumo, álcool

- Físicos – radiação, atrito e impacto de veículos a motor
- Psíquicos ou psicossociais – estresse do desemprego, trabalho .

PREVENÇÃO. O que é?

- Prevenir é prever antes que algo aconteça e cuidar para que não aconteça;
- Prevenção é a ação antecipada tendo como objetivo de interceptar ou anular a evolução de uma doença;
- Prevenção não apenas para evitar o aparecimento de doença mais também para interromper o processo da doença que já se instalou no organismo.

NÍVEIS DE PREVENÇÃO

- Prevenção Primária: são ações dirigidas para a manutenção da saúde.
- Prevenção Secundária: ações que visam a prevenção para regredir a doença.
- Prevenção Terciária: ações se dirigem à fase final do processo, visa reabilitar o paciente.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

1. Promoção da Saúde - ações destinadas para manter o bem-estar, sem visar nenhuma doença
 - Educação sanitária;
 - Alimentação e nutrição adequadas;
 - Habitação adequada;
 - Emprego e salários adequados;
 - Condições para a satisfação das necessidades básicas para o indivíduo.
2. Proteção específicas – inclui medidas para impedir o aparecimento de uma determinada doença
 - Imunização;
 - Exame pré-natal;
 - Quimioprofilaxia;
 - Fluorretação da água;
 - Eliminação de exposição a agentes carcinogênicos;
 - Saúde Ocupacional.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Inquéritos para descoberta de casos na comunidade:

- Exames periódicos, individuais, para detecção precoce de casos;
- Isolamento para evitar a propagação de doenças;
- Tratamento para evitar a progressão da doença.

PREVENÇÃO TERCIÁRIA

Reabilitação : impedir a incapacidade total.

- Fisioterapia;
- Terapia ocupacional;
- Emprego para o reabilitado;
- Melhores condições de trabalho para o deficiente;
- Educação para o público para aceitação dos deficientes;
- Próteses e órteses.

MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE

É uma maneira de organizar os meios de trabalho utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde (PAIM, 2003).

- Modelo Médico Assistencial Privatista: é voltado para a demanda espontânea, predominantemente curativo.
- Modelo Sanitarista: concentra atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos de risco de adoecer e morrer, através de campanhas e de programas especiais de saúde pública.
- Modelo de Vigilância da Saúde: os serviços são voltados para as necessidades de saúde identificadas na comunidade, mediante estudos epidemiológicos.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Dentro da Atenção Básica vem sendo implementado o programa Estratégia Saúde da Família (ESF), que objetiva qualificar o atendimento ao indivíduo e à sua família. A idéia fundamental é atingir a qualidade na saúde da população partindo do indivíduo e estendendo os efeitos positivos do atendimento prestado para a coletividade.

Áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional:

- Eliminação da Hanseníase;
- Controle da Tuberculose;
- Controle da Hipertensão Arterial;
- Controle da Diabetes Mellitus;
- Eliminação da Desnutrição;
- Programa Nacional de Imunização;
- Saúde da Criança;
- Saúde da Mulher;
- Saúde do Idoso;
- Saúde Bucal.

Princípios fundamentais da Atenção Básica

Universalidade e Integralidade; Acessibilidade e Equidade; Vínculo e Continuidade; Humanização; Socialização; Responsabilidade.



ESTRATÉGICA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A ESF é tida como representação de expansão, qualidade e consolidação da Atenção Básica para melhorar o processo de trabalho dos profissionais, potencializando, assim, a assistência básica em saúde em prol da população (BRASIL, 2013). Além dos princípios da Atenção Básica, a ESF deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes atua;
- Atuar no território, realizando o cadastramento do domicílio, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias;

- Desenvolver atividades de acordo o planejamento com base no diagnóstico situacional;
- Ser espaço de construção de cidadania.

São necessários à implantação das equipes:

- Equipe multiprofissional responsável por, no máximo 4000 hab., sendo a média 3000 hab.
- Jornada de 40 horas semanais, composta por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.
- Numero de ACS para cobrir 100% da população cadastrada, máximo de 750 pessoas por ACS e 12 ACS por equipe.

Atribuições do Técnico de Enfermagem:

- Participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na unidade e, quando indicado no domicílio e nos demais espaços comunitários;
- Realizar ações de educação em saúde e grupos específicos e a famílias em situação de risco;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade.

HANSENÍASE

A hanseníase ou mal de Hansen foi trazida para o Brasil com a colonização portuguesa, iniciada em 1500. A palavra lepra era sempre associada à sujeira, afastamento, podridão, sendo o seu tratamento realizado em instituições chamadas leprosários. Afastados dos centros urbanos, para que o doente convivesse o mínimo possível com pessoas saudáveis, esses locais reforçavam o isolamento e o preconceito.

No século XX, essa palavra foi mudada para hanseníase, em homenagem a Gerhard Armauer Hansen, médico norueguês que descobriu a bactéria causadora da doença.

É uma doença infecciosa e crônico-degenerativa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que afeta nervos e pele.

É transmitida através das gotículas de saliva que expelimos quando espirramos, tossimos ou falamos, podendo ser também transmitida por lesões de pele, o que é mais raro. Sua principal fonte de infecção é o doente que apresenta as formas contagiantes (virchowiana e dimorfa), porque possui, nesses casos, grande carga de bacilos, podendo facilmente eliminá-los.

Pode se apresentar sob quatro formas diferentes com duas subdivisões:

- Paucibacilares (poucos bacilos) se subdividem em **indeterminada e tuberculóide**, e caracterizam-se por serem mais brandas, terem menor tempo de tratamento e existem pequena quantidade de bactérias na corrente sanguínea.
- Multibacilares (muitos bacilos) se subdividem em **dimorfa e virchowiana**, são mais graves, exigem tratamento mais longo e são capazes de transmitir a doença porque possuem grande quantidade de bactérias.

Assim, tanto suas manifestações como sua transmissibilidade estão relacionadas à forma de **apresentação da doença**:

- Forma indeterminada - caracteriza a forma mais branda da hanseníase. O doente pode apresentar manchas planas, esbranquiçadas e com alterações de sensibilidade (hipoestesia ou hiperestesia) pelo corpo. Se tratada adequadamente, pode não deixar seqüela.
- Forma tuberculóide - nem sempre há manchas na pele do doente. Quando aparecem, podem ser acastanhadas, com bordos bem definidos, podendo apresentar alopecia. Pode afetar apenas os nervos, sendo chamada então de forma neural pura.
- Forma dimorfa - o doente pode apresentar manchas avermelhadas ou arroxeadas pelo corpo, sem bordos definidos, com edema, algumas vezes semelhantes à forma tuberculóide (quando está associada ao

comprometimento neurológico) ou à virchowiana (quando está associada à presença de nódulos e infiltrações na face).

- Forma virchowiana - é considerada a forma mais grave de hanseníase. O doente apresenta deformações (com formações de caroços) no nariz e orelhas, podendo haver queda dos pêlos das sobrancelhas - caracterizando a “face leonina”. Há espessamento e formações de granulomas em várias partes do corpo, apresentando “caroços” na pele.

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

A poliquimioterapia, tratamento instituído para a cura da hanseníase, tem a função de matar o bacilo, evitar a evolução da doença, e consequentemente a redução das incapacidades e deformidades causadas por este agravamento de saúde.

O tratamento é constituído pelas seguintes medicações: rifampicina, clofazmina e dapsona, que são administradas simultaneamente, evitando assim a resistência medicamentosa do bacilo. O tratamento é instituído de acordo com a classificação operacional do doente estabelecida pela OMS em paucibacilar (casos com até 5 lesões) e em multibacilar (casos com mais de 5 lesões)

CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL	MEDICAÇÕES/DOSAGEM	DURAÇÃO DO TRATAMENTO
Paucibacilar	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300mg), com administração supervisionada.	O tratamento estará concluído com 6 doses supervisionadas em até 9 meses na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta para a cura.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg, supervisionada, e dose diária de 100mg, autoadministrada.	
Multibacilar	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300mg), com administração supervisionada.	O tratamento estará concluído com 12 doses supervisionadas, em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica e do grau de incapacidade física, e receber alta por cura. Os pacientes MB que não apresentarem melhora clínica, ao final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas), deverão ser encaminhados para avaliação nas unidades de maior complexidade, para verificar a necessidade de um segundo ciclo de tratamento, com 12 doses.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg, supervisionada, e uma dose diária de 100mg, autoadministrada.	
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300mg (3 cápsulas de 100mg), com administração supervisionada, e uma dose diária de 50mg, autoadministrada.	

O diagnóstico de caso de hanseníase na Atenção Básica de Saúde é essencialmente clínico por meio do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). Os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação diagnóstica. A baciloscopia de pele (esfregaço dérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB.

Exame dermatológico

- Consistem na identificação de lesões de pele por meio de inspeção de toda a superfície corporal do paciente e realização de pesquisa de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas lesões e/ou áreas suspeitas para verificar qualquer alteração.

Exame neurológico

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

Estados reacionais

São manifestações agudas ocasionadas por alterações do sistema imunológico da pessoa atingida pela hanseníase, os quais se exteriorizam por meio de manifestações inflamatórias agudas e subagudas, que podem ocorrer antes, durante ou depois do tratamento com PQT. Caracteriza-se pelo aparecimento de novas manchas ou placas, infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos, apresenta nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos.

Papel do Técnico de enfermagem

- Identificar sinais e sintomas da hanseníase e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde;
- Observar a tomada da dose supervisionada e orientar acerca de efeitos adversos dos medicamentos, quando indicado e conforme planejamento da equipe;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- Aprazar doses supervisionadas e organizar arquivos de aprazamento;
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação e boletins de acompanhamento, conforme estratégia local;
- Realizar curativos sob a orientação e supervisão do enfermeiro;
- Realizar a vacina BCG nos contatos conforme prescrição;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância.

TUBERCULOSE

É uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de Bacilo de Koch. O termo tuberculose se origina no fato da doença causar lesões chamadas tubérculos.

A transmissão ocorre por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar. Quando essas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, podem provocar a infecção tuberculosa. A propagação do bacilo da tuberculose está associada principalmente às condições de vida da população. Prolifera em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria. Ocorre geralmente em ambientes fechados, nos quais as partículas expelidas pelo doente podem permanecer no ar, principalmente em locais escuros e pouco ventilados, por longos períodos.

A ventilação constante e a luz solar direta removem as partículas e matam rapidamente os bacilos.

A infecção pode ocorrer em qualquer idade, mas no Brasil, geralmente acontece na infância. Nem todas as pessoas expostas ao bacilo da tuberculose se infectam, assim como nem todas as pessoas infectadas desenvolvem a doença. Uma vez infectada, a pessoa pode desenvolver tuberculose doença em qualquer fase da vida. Isso acontece

quando o sistema imunológico não pode mais manter os bacilos sob controle, permitindo que eles se multipliquem rapidamente. Qualquer órgão pode ser atingido pela tuberculose; mais freqüentemente pulmões, gânglios linfáticos, pleura, laringe, rins, cérebro e ossos. Apenas cerca de 10% das pessoas infectadas adoecem, mais da metade delas durante os dois primeiros anos após a infecção, e o restante ao longo da vida.

DIAGNÓSTICO: O exame bacteriológico direto do escarro é o método fundamental para o diagnóstico. Esse exame, quando executado corretamente, permite detectar de 70 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar em uma comunidade.

A baciloscopia direta do escarro deve sempre ser solicitada para:

- Pacientes adultos que procurem o serviço de saúde por apresentarem queixas respiratórias ou, informarem ter tosse e expectoração há três semanas ou mais;
- Pacientes que apresentem alterações pulmonares na radiografia de tórax;
- Contatos de casos de tuberculose pulmonar bacilíferos que apresentem queixas respiratórias.

O EXAME RADIOLÓGICO: É auxiliar no diagnóstico da tuberculose, justificando-se sua utilização, se possível, nos casos suspeitos. É sempre indispensável realizar o exame bacteriológico para um diagnóstico correto. Permite a identificação de pessoas portadoras de imagens sugestivas de tuberculose ou de outras patologias;

O exame radiológico, em pacientes com baciloscopia positiva, tem como função principal a exclusão de outra doença pulmonar associada, que necessite de tratamento concomitante, além de permitir avaliação da evolução radiológica dos pacientes, sobretudo naqueles que não responderam à quimioterapia.

Os resultados das radiografias de tórax deverão obedecer à seguinte classificação:

- Normal: não apresenta imagens patológicas nos campos pleuro-pulmonares;
- Suspeito: apresenta imagens sugestivas de tuberculose;
- Seqüela: apresenta imagens sugestivas de lesões cicatriciais;

Outras doenças: o exame radiológico apresenta imagens sugestivas de pneumopatias não-tuberculosas (infecções bacterianas, micoses, abscessos ou neoplasias).

PROVA TUBERCULÍNICA: É indicada como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose. Pessoa reatora ao teste isoladamente é um indicativo tão somente da presença de infecção, não sendo suficiente para o diagnóstico da doença tuberculose. No Brasil, a tuberculina usada é o PPD RT23, aplicado por via intradérmica, no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de 0,1 ml, equivalente a 2 UT (unidades de tuberculina). A tuberculina mantém-se ativa por 6 meses, conservada a uma temperatura de 4° a 8° C. Não deve ser, entretanto, congelada ou exposta à luz solar direta. A injeção do líquido faz aparecer uma pequena pápula de limites imprecisos, pálida e de aspecto pontilhado como casca de laranja.



A leitura da prova tuberculínica é realizada 72 a 96 horas após a aplicação, medindo - se com régua milimetrada o maior diâmetro transversal da área de endurecimento palpável. O resultado, registrado em milímetros, classifica-se como:

- 0 a 4 mm - não reator - indivíduo não infectado pelo *M. tuberculosis* ou com hipersensibilidade reduzida;

- 5 a 9 mm - reator fraco - indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis* ou por outras micobactérias;
- 10 mm ou mais - reator forte - indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis*, que pode estar ou não doente, e indivíduos vacinados com BCG nos últimos dois anos.

MENSURAÇÃO CORRETA: Algumas circunstâncias podem interferir no resultado da prova tuberculínica como, por exemplo: desnutrição, Aids, sarcoidose, neoplasias, doenças linfoproliferativas, tratamentos com corticosteróides, drogas imunodepressoras, gravidez, etc.

TRATAMENTO: A tuberculose é uma doença grave, porém curável em praticamente 100% dos casos, desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos.

Esquema Básico (EB - 2RHZE/4RH) R (Rifampicina) – H (Isoniazida) – Z (Pirazinamida) – E (Etambutol).

Caso novo de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite) infectados ou não pelo HIV. Paciente que nunca usou ou usou por menos de 30 dias medicamentos anti-TB.

Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa.

Atuação do técnico de enfermagem

- Identificar os sintomáticos respiratórios;
- Realizar procedimentos regulamentados para o exercício de sua profissão;
- Convocar os contatos para consulta médica;
- Identificar o pote de coleta do escarro;
- Orientar a coleta do escarro;
- Receber o resultados dos exames protocolá-los e anexá-los ao prontuário;
- Aplicar a vacina BCG e fazer teste tuberculínico, após capacitação;
- Supervisionar o uso correto da medicação nas visitas domiciliares e o comparecimento às consultas de acordo com a rotina da equipe;
- Dispensar os medicamentos, conforme prescrição.

HIPERDIA

Programa elaborado pelo Ministério da Saúde em (2001), com o objetivo de reestruturar o atendimento aos portadores da Hipertensão e Diabetes, proporcionando um atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública de serviços de saúde. Monitora os pacientes cadastrados no plano Nacional e gera informações, aquisições, disposição e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS): é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem. Se os vasos são estreitados a pressão sobe.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

FATORES DE RISCO: Idade, Gênero, Etnia, Excesso de peso e obesidade, Ingestão de sal, Ingestão de álcool, Sedentarismo, Tabagismo.

PROCEDIMENTO PARA A MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco (elevação da pressão arterial pela tensão provocada pela simples presença do profissional de saúde, particularmente do médico).
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).
10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólicas, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

TRATAMENTO:

- Não-medicamentoso: Perda de peso; Incentivo a atividade física; Alimentação saudável; Redução da ingestão de sódio; Diminuição ou abolição do álcool e tabaco;
- Medicamentoso: As três classes de anti-hipertensivos escolhidos, de eficácia terapêutica comprovada, segura e mais usados na rede de Atenção Básica estão os:
- Diuréticos (Hidroclorotiazida – HCTZ);
- Betabloqueadores (Propranolol – PP);
- Inibidores da Enzima conversora de angiotensina – IECA (Captopril).

DIABETES MELLITUS

É um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

CLASSIFICAÇÃO DA DIABETES:

- Tipo 1: Indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo auto-imune.
- Tipo 2: Resistência periférica à insulina.
- Diabetes gestacional: a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos.

FISIOPATOLOGIA: Tem que apresentar a hiperglicemia para desenvolver a tríade básica: Polifagia, Poliúria e Polidipsia. A célula fica subnutrida, ela vai mandar mediadores químicos para o Centro da Fome, para poder comer mais. Estimula agravando a hiperglicemia porque a glicose não está entrando na célula. Com isso, os rins começam a sofrer com essa agressão, perdendo a sua capacidade de reter glicose apresentando glicosúria. Com ela, como é soluto, ela vai precisar do solvente, perdendo assim a água, passando a urinar muito entrando em poliúria. Perdendo muita água, o organismo começa a ficar desidratado, com o excesso de glicose na corrente sanguínea, começa retirar água da célula, ficando com desidratação celular, estimulando o centro da sede, fazendo com que o indivíduo beba bastante água (polidipsia).

INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL:

- Glicemia de jejum 70 a 99 mg/dL
- TTGO- aos 120min \geq 200mg/dL (curva glicêmica)
- Glicemia pós-prandial: abaixo de 140mg/dl
- Intolerância a glicose de 100 a 125mg/dL

TRATAMENTO: Como o diabetes é uma doença evolutiva, com o decorrer dos anos, quase todos os pacientes requerem tratamento farmacológico, muitos deles com insulina, uma vez que as células beta do pâncreas tendem a progredir para um estado de falência parcial ou total ao longo dos anos. Entretanto, mudanças positivas no estilo de vida – alimentares e de atividade física – são de fundamental importância no alcance dos objetivos do tratamento quais sejam o alívio dos sintomas e a prevenção de complicações agudas e crônicas.

- Insulina: Indicada para todos onde o controle foi inadequado da glicemia e glicosúria. Apresenta em NPH e Regular. E a Administração deve ser no braço, coxa, abdome e nádegas, havendo sempre rodízio de lugar;
- Hipoglicemiantes orais.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

Tem como objetivo o controle de doenças imunopreveníveis através de amplas coberturas vacinais, para que a população possa ser provida de adequada proteção imunitária contra as doenças abrangidas pelo programa.

IMUNIZAÇÃO: É a capacidade do organismo reconhecer o agente causador da doença e produzir anticorpos a partir da doença adquirida ou por meio da vacinação, ficando protegido temporária e permanentemente.

- **IMUNIZAÇÃO ATIVA:** Proteção produzida pelo sistema imune da própria pessoa geralmente é permanente. O próprio organismo reage e produz o anticorpo, isso significa que o organismo está funcionando perfeitamente. Produz uma imunidade e memória imunológica semelhante à infecção natural, mas sem os riscos da doença.
- **IMUNIZAÇÃO PASSIVA:** Proteção transferida de uma pessoa para outras. ou seja, de um organismo para outro. A proteção é temporária por um tempo determinado. Ex.: Mãe – filho .

VACINA: Preparação contendo microorganismos vivos ou mortos ou frações destes, possuidora de propriedades antigênicas. As vacinas são empregadas para produzir em um indivíduo atividade específica contra um microorganismo. Pequeníssimas quantidades de 3 tipos de substâncias podem ser adicionadas as vacinas:

- Preservativos inibem o crescimento de bactérias e fungos, que de outro modo poderiam transformar as vacinas em recipientes de infecções graves.
- Estabilizantes ajudam a vacina a manter sua composição química correta mesmo quando condições (ex. temperatura) mudam drasticamente.
- Adjuvantes aumenta a habilidade da vacina de induzir uma resposta imune.

Todos os aditivos estão dentro das margens de segurança estabelecidas pelas agências federais. Alguns aditivos podem causar vermelhidão dor na pele no local de aplicação da vacina.

- **Vacinas inativadas (mortas): Vírus, bactérias (Geralmente são microorganismos inteiros)**
Ex: Tríplice bacteriana (contém macerado de bactéria de *Bordetella pertussis*); Tríplice acelular (contém fragmentos da bactéria morta); Fragmentos de microorganismos que podem ser **PROTEÍNAS** ou **POLISSACARÍDEOS**.
- **Vacinas de vírus vivo atenuado (enfraquecido):** São lábeis, perdem a capacidade de provocar a doença mas ao mesmo tempo tem a capacidade de evitar a doença. São passíveis de dar eventos adversos. Os vírus replicam no organismo e devem ser mantidos em bom estado de conservação (+2°C a +8°C). Apresentam na forma atenuada do vírus selvagem ou bactéria.

CUIDADOS COM OS IMUNOLÓGICOS:

- Prazo de validade
- Conservação (Temperatura)
- Transporte
- Armazenamento
- Dose
- Coloração da Vacina
- Diluição
- Tempo de Validade após diluição

CONTRA-INDICAÇÕES GERAIS:

- Às pessoas com imunodeficiência congênita ou adquirida;
- Às pessoas acometidas de neoplasia maligna;

- Às pessoas em tratamento com corticóides em dose imunossupressora, ou submetidas a outras terapêuticas imunodepressoras;
- Grávidas

FALSAS CONTRA-INDICAÇÕES:

- Tosse e/ou coriza; diarreia leve ou moderada; doenças de pele; desnutrição; doença neurológica estável; tratamento sistêmico com corticóide em dose baixa; alergias; prematuridade ou baixo peso ao nascer.

REDE DE FRIO: Sistema de conservação (armazenamento, transporte e manipulação) dos Imunobiológicos desde a produção até administração.

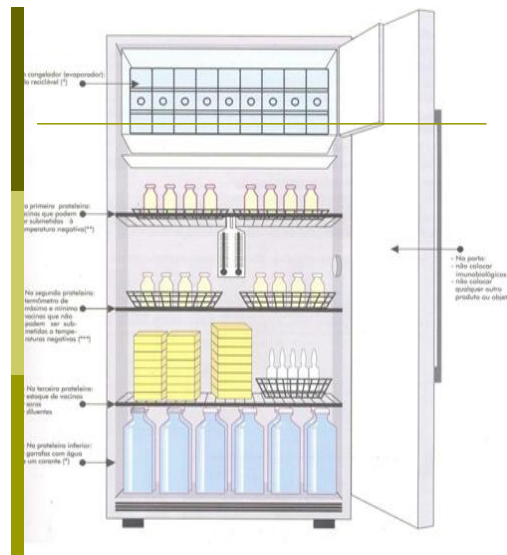
CONSERVAÇÃO: Nível Nacional, Central e Estadual: Câmaras frias a - 20° C; nível Regional e Municipal: Freezer a - 20° C; Nível Local: geladeiras entre +2° C a +8° C.

OBJETIVOS DA REDE DE FRIO: Manter as condições adequadas de refrigeração dos imunobiológicos em toda rede; Manter as características dos imunobiológicos desde o início até o seu destino final; Manter a temperatura ideal dos imunobiológicos, uma vez que são produtos termolábeis.

CUIDADOS BÁSICOS: Testar os alarmes antes de sair, ao final da jornada de trabalho; Fazer a leitura da temperatura interna diariamente, no início da jornada de trabalho, no início da tarde e no final do dia, com equipamento disponível; Equipamento de proteção individual para trabalhar dentro de câmara: calça, casaco com capus, botas e luvas; Certificar-se uma vez ao mês, de que a vedação da porta da câmara está adequada para o funcionamento. Registrar no formulário próprio; usar luz fria; no final do dia de trabalho, certificar-se de que a luz esteja apagada, de que todas as pessoas tenham saído, de que a porta esteja fechada; fazer a limpeza da câmara com pano úmido; quando necessário utilizar sabão neutro, mantendo-a sempre limpa; não deixar a porta aberta por mais de um minuto ao colocar ou retirar os imunobiológicos. E somente abrir a câmara após ter fechado a antecâmara. Semanalmente a coordenação estadual deverá receber do responsável pela Rede de Frio o gráfico de temperatura das câmaras e dar o visto, após análise dos mesmos.

ARRUMAÇÃO INTERNA DA GELADEIRA COMERCIAL:

- Na primeira prateleira devem ser armazenadas as vacinas que podem ser submetidas à temperatura negativas (APO, TV, DV, FA).
- Na segunda prateleira armazenar os imunobiológicos que não podem ser mantidos à temperaturas negativas (dT, TT, HEP B, HIB, Anti - Raiva, BCG, Pneumococo, Pólio inativa. Ainda, no centro, colocar o termômetro de máxima e mínima na posição vertical.
- Na terceira prateleira pode-se colocar caixas com soros ou as vacinas de conservação a +2°C, empilhadas na própria embalagem, tendo os espaços para manter a circulação de ar.
- No compartimento inferior deve-se manter no mínimo 30 garrafas com água adicionando corante.



CUIDADOS COM A GELADEIRA COMERCIAL:

- Fazer a leitura da temperatura diariamente no início da manhã, tarde e fim da do dia após a jornada de trabalho;
- Manter afixado, em cada porta do equipamento, cartazes para não abrir as portas da geladeira;
- Usar tomada exclusiva;
- Instalar em ambiente climatizado +18°C;
- Colocar suporte de rodinhas;
- Não permitir armazenar outro material;
- Certificar-se que a porta está fechada;
- Fazer o degelo a cada 15 dias.

LIMPEZA DA GELADEIRA: Realizar a limpeza da geladeira a cada 15 dias ou se a camada de gelo atingir 0,5cm.

Para isso recomenda-se:

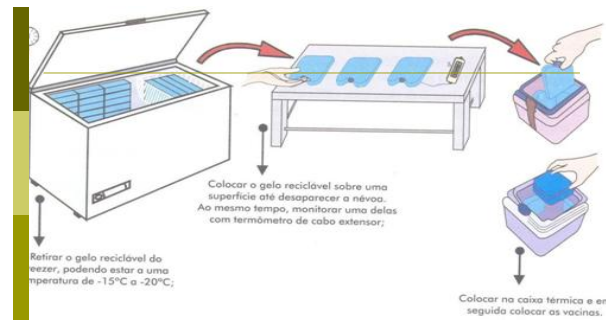
- Transferir os imunobiológicos para outra geladeira ou caixa térmica, mantendo a temperatura recomendada;
- Desligar a tomada e abrir as portas da geladeira e do congelador
- Não mexer no termostato;
- Limpar a geladeira com sabão de coco ou neutro e não jogar água.

Após a limpeza: Recolocar o termômetro, as 12 garrafas e o gelo reciclável; Manter as portas fechadas por uma hora, verificando a temperatura após o período. Quando atingir a temperatura ideal, recolocar as vacinas no lugar.

CAIXA TERMICA: deve ser organizada para manter a temperatura de conservação dos imunobiológicos a -20°C ou entre +2°C e +8°C de acordo seu armazenamento e transporte, se necessário usar isopor para manter o espaço ideal entre os imunobiológicos. Não utilizar sacos de gelo pois poderá comprometer os imunobiológicos.

BOBINAS DE GELO RECICLAVEL: são constituídas por um frasco plástico, contendo hidroxietil celulose em concentração comestível, conservante e água (gelo reciclável de gel) ou apenas água e conservante (gelo reciclável de água), encontrado no mercado em várias dimensões. São utilizadas para o transporte de imunobiológicos em temperaturas positivas.

CUIDADOS: Caso o frasco plástico seja danificado, deixando vazar o conteúdo, a bobina deverá ser desprezada. Nunca usar água com sal ou outra substancia, pois poderá congelar as vacinas bacterianas; Uma vez terminadas de usar em caixas térmicas, as bobinas deverão ser lavadas e secadas para novamente ser acondicionadas na caixa coletora(abaixo do congelador); Observar a data de validade das bobinas.



CONTROLE DA TEMPERATURA:

- Termômetro linear: este tipo de termômetro só nos dá a temperatura do momento, só é utilizado na falta do termômetro de máxima e mínima.
- Termômetro analógico, de cabo extensor: este tipo de termômetro é utilizado nas caixas térmicas para verificar a temperatura do momento.
- Termômetro de máxima e mínima analógico: é utilizado para verificar as variações de temperatura ocorridas em determinado ambiente, num período de tempo.
- Termômetro digital, cabo extensor: é constituído de dois displays de cristal líquido: um para a geladeira e o outro para a temperatura do local (máxima, mínima e atual), além de dispor de alarme.
- Termômetro a laser: é de última geração utilizado para verificação da temperatura dos imunobiológicos em caixas térmicas de grande volume (expedir e receber).

FALTA DE ENERGIA OU FALHA DO EQUIPAMENTO: Em caso de defeito técnico os imunobiológicos deverão ser acondicionados em caixas térmicas onde poderão permanecer por 24 horas.

Em caso de corte de energia proceder da seguinte forma:

- Manter a geladeira fechada por um período máximo de 8 horas.
- Após as 8 horas, acondicionar os imunobiológicos com gelo reciclável dentro de caixas térmicas.
- Caso a geladeira em uso não apresente um perfeito funcionamento, variação de temperatura entre +6°C/+8°C com frequência, a permanência dos imunobiológicos não deverá ultrapassar a duas horas.
- Em situações de emergência, a instância regional ou estadual deverão ser informadas para ajudar nas tomadas de decisão.
- Caso o defeito não seja solucionado até o término do trabalho, transferir os imunobiológicos para o serviço mais próximo ou para a regional.
- Quando a temperatura da geladeira ultrapassar a temperatura de +8°C, os imunobiológicos deverão ser colocados sob suspeita.

CALENDÁRIO VACINAL de criança



Idade	Nascimento	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	4 anos	Proteção (doenças evitadas)
(BCG)	Dose única										Formas graves de tuberculose na infância
Hepatite B	Dose ao nascer										Hepatite B
Poliomielite		1ª dose (VIP)		2ª dose (VIP)		3ª dose (VOP)			Reforço		Poliomielite
Pneumocócica 10 valente		1ª dose		2ª dose		3ª dose		Reforço			Pneumonia, otite, meningite e infecções causadas pelo <i>Pneumococo</i>
Pentavalente		1ª dose		2ª dose		3ª dose					Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
Rotavírus		1ª dose		2ª dose							Diarréia por Rotavírus
Meningococo C			1ª dose		2ª dose				Reforço		Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
Tríplice Viral								1ª dose			Sarampo, rubéola e caxumba
Febre Amarela							Dose Inicial ¹				Febre Amarela
DTP									Reforço	Reforço	Difteria, tétano, coqueluche

(1) Para residentes e viajantes que se deslocam para áreas com recomendação de vacinação (ACRV).

(2) Corresponde a uma dose de varicela e a 2ª dose da tríplice viral.



Melhorar sua vida, nosso compromisso.



Ministério da Saúde



Corpos Estranhos

Chamamos de corpo estranho qualquer elemento que possa entrar nas cavidades naturais, como os olhos, ouvidos, nariz e garganta. Geralmente, nas partes desprotegidas do empregado.

Corpo estranho nos olhos: Os olhos são os órgãos que estão mais em contato com o trabalho e, portanto, mais suscetíveis de receber corpo estranho, seja estilhaço, farpas, estrepes, poeiras e produtos químicos.

Tratamento:

- Pedir para que a vítima feche os olhos, pois as lágrimas poderão retirar o corpo estranho; não esfregar ou mexer o olho atingido;
- Se for uma quantidade grande de poeira ou produto químico, lavar com bastante água corrente, não tentar retirar o objeto com qualquer instrumento ou assoprar o olho;
- Se com essas medidas não sair o corpo estranho, tapar o olho afetado com gaze esterilizada ou pano limpo sem comprimir.
- Encaminhar ao médico imediatamente.

Corpo estranho no ouvido: O ouvido não sofre em locais de trabalho a penetração de corpos estranhos. Geralmente são colocados grãos de feijão, soja, pequenas pérolas, etc., voluntariamente, pelas crianças, ignorantes do perigo. Pode ser ainda que insetos, como besouros, moscas, entrem involuntariamente.

Tratamento:

- Levar imediatamente ao médico, para atendimento especializado.

Corpo estranho no nariz: Incidente raro em ambientes de trabalho e comum entre as crianças, no lar. Estas, quando cometem este ato, geralmente não o comunicam aos pais, ele pode se notar pela obstrução, dores nas narinas, secreção nasal purulenta e sangramento. Os objetos podem ser diversos, por exemplo, grãos de cereais e pequenos artefatos de plásticos, madeira ou papelão.

Tratamento:

- Fechar a narina que está livre e, mantendo a boca fechada, assoar com força, impelindo para fora o objeto;
- Se não der resultado, não tentar retirar com instrumentos pontudos, pinças, palitos, agulhas e levar ao médico imediatamente.

Corpo estranho na garganta: Geralmente, um corpo estranho na garganta provém de ingestão voluntária ou não de pedaços grandes de qualquer elemento que não consegue passar dessa região. O problema maior que pode causar é a asfixia e a morte por insuficiência respiratória. As crianças, por curiosidade, por ingenuidade, ingerem botões, moedas, bolas de gude, etc., causando transtornos sérios.

Tratamento:

- O acidentado deve ser tranqüilizado, fazer com que respire o mais normalmente possível sem entrar em pânico. Isto é muito importante, pois qualquer pessoa que engasga, seja com o que for, tende a ficar nervosa, entrar em pânico e termina por perder o controle da respiração, o que pode ser desastroso.
- Depois de tranqüilizar o acidentado e fazer com que respire normalmente, identificar o tipo de objeto que causou o engasgo.
- Passar imediatamente a aplicar as técnicas para expelir o corpo estranho. As principais técnicas recomendadas são: tapotagem, compressão torácica e compressão abdominal.

Tapotagem com o acidentado sentada ou em pé:	Tapotagem com o acidentado deitado:
Colocar-se ao lado do acidentado, ligeiramente por trás.	Deve-se ajoelhar ao lado do acidentado deitado de lado e puxá-la para si de modo a que a parede anterior do tórax do acidentado fique de encontro aos seus próprios joelhos.
Dar golpes fortes, com a mão em concha, de baixo para cima, nas costas do acidentado, entre as espáduas (omoplatas). As pancadas são dadas repetidamente e com frequência rápida.	Da mesma forma que faz com o acidentado em pé, dar pancadas fortes com a mão em concha, de baixo para cima, nas costas, entre as espáduas. As pancadas são dadas repetidamente em rápida sequência.
Usar a outra mão apoiada no tórax do acidentado para segurá-la.	



Se a pessoa não consegue mais ficar de pé (está inconsciente ou esgotada) ou se você não tem força suficiente, a manobra pode ser aplicada com ela sentada



VIOLÊNCIA

Diante dessa realidade, com a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, o MS ampliou o leque de variáveis contempladas no monitoramento

desses eventos que atingem crianças, adolescentes, mulheres, homens e pessoas idosas, sobre as quais ainda impera a lei do silêncio, do medo, do tabu e do preconceito.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A violência é um problema de todos os segmentos da sociedade. É questão de saúde pública, porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, a formulação de políticas específicas e a qualificação das equipes para a devida assistência.

Constitui-se em evento complexo que, além das sequelas físicas, quando não leva à morte, deixa sequelas emocionais graves, que podem comprometer de forma permanente a saúde, inclusive a saúde sexual e saúde reprodutiva da pessoa atingida por esse mal. Causa prejuízos econômicos, por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos.

Atualmente, o impacto da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes). O incremento da mortalidade por violências e acidentes, assim como do número de internações e de sequelas devido, principalmente, a homicídios, acidentes de transporte terrestre e quedas têm contribuído significativamente para a redução da expectativa de vida de adolescentes e jovens, e da qualidade de vida da população.

No ano de 2011, no Brasil, as causas externas representaram 8,6% do total de internações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ocupando a quinta posição entre as principais causas. As maiores taxas de internações por essas causas ocorreram entre homens de 20 a 39 anos (89,7 por 10 mil homens) e entre as mulheres de 60 e mais anos de idade (74,3 por 10 mil mulheres). No período entre 2002 e 2011, verificou-se incremento de 19,3% na taxa de internação por agressões.

Em 2010, as causas externas ocupavam a terceira posição entre as mortes da população total e a primeira posição entre óbitos de adolescentes (de 10 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 39 anos). As mortes por agressões e acidentes de transporte terrestre foram responsáveis por cerca de 67% dos óbitos por causas externas.

Em 2011, foram registradas 107.530 notificações de violência. Os Estados com maior razão de notificação foram: Mato Grosso do Sul com 221, Roraima 108 notificações e Rio Grande do Sul com 95 notificações, enquanto Ceará com 8 notificações, Maranhão com 12 notificações e Rondônia com 17 notificações apresentaram a menor razão de notificação.

O Relatório Mundial da OMS de 2002 sobre a Violência e Saúde destaca as seguintes tipologias:

1. **Violência auto infligida (auto provocada):** Tentativas de suicídio, suicídio, autoflagelação, autopunição, automutilação.
2. **Violência interpessoal:** subdivide-se em violência intrafamiliar e comunitária ou extrafamiliar.
 - **Violência intrafamiliar/doméstica:** Ocorre entre os membros da própria família, entre pessoas que tem grau de parentesco, ou entre pessoas que possuem vínculos afetivos. Também denominada de violência doméstica por alguns teóricos, embora outros estudiosos desse tema façam uma distinção entre a violência doméstica e a violência intrafamiliar.
 - **A violência extrafamiliar/ comunitária:** Ocorre entre indivíduos sem relação pessoal, conhecidos ou não, geralmente fora do domicílio. Inclui a violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou outras formas de violência sexual e violência institucional ocorrida, por exemplo, nas escolas, locais de trabalho, prisões e instituições de saúde.
3. **Violência coletiva:** subdividida em social, política e econômica, caracterizada pela dominação de grupos e do estado como, por exemplo, guerras, ataques terroristas, ou formas onde há manutenção das desigualdades sociais, econômicas, culturais, de gênero, etárias, étnicas.

Quanto a natureza dos atos violentos, é classificada em:

- **Violência Física:** (maus-tratos físicos ou abuso físico): são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.
- **Violência Sexual:** é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção.
- **Violência Psicológica:** é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que

coloque em risco ou cause dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral, a exemplo o assédio moral e o bullying.

- **Negligência/abandono:** é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência.
- **Trabalho infantil:** refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, que contrarie a legislação trabalhista vigente, que põem em risco o seu pleno desenvolvimento.
- **Tortura:** é o ato de constranger alguém com emprego de força, maus tratos ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental para obter qualquer tipo de informação, declaração, confissão ou vantagem para si ou terceira pessoa; provocar ação ou omissão de natureza criminosa; ou em razão de discriminação de qualquer natureza.
- **Tráfico de pessoas:** inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, escravo ou de servidão, ou para a remoção e comercialização de seus órgãos e tecidos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes.
- **Violência financeira/econômica:** é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição, ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra as pessoas idosas e mulheres. É também chamada de violência patrimonial.

Como prevenir: As intervenções da saúde pública são tradicionalmente caracterizadas em três níveis de prevenção:

- Prevenção primária – abordagens que pretendem prevenir a violência antes que ela ocorra;
- Prevenção secundária – abordagens centradas nas reações mais imediatas à violência, como cuidados médicos, serviços de emergência ou tratamento de doenças sexualmente transmissíveis após um estupro;
- Prevenção terciária – abordagens que focalizam os cuidados prolongados após a violência, como reabilitação e reintegração e esforços para diminuir o trauma ou reduzir a deficiência prolongada ligada à violência.

Estes três níveis de prevenção são definidos pelo seu aspecto temporal, isto é, se a prevenção se faz antes da ocorrência da violência, imediatamente depois dela ou, ainda, a longo prazo. Embora, tradicionalmente, sejam aplicados às vítimas da violência e em instalações para cuidados da saúde, os esforços de prevenção secundária e terciária são também considerados relevantes em relação ao agressor, sendo usados em processos judiciais contra a violência.

- Intervenções universais – abordagens direcionadas a grupos ou à população em geral sem considerar o risco individual; são exemplos disto os programas de prevenção de violência entregues a todos os estudantes de uma escola ou a crianças de determinada idade e em campanhas nos meios de comunicação de uma comunidade;
- Intervenções selecionadas – abordagens direcionadas a pessoas consideradas em alto risco de violência (expostas a um ou mais fatores de risco);

- Intervenções indicadas – abordagens direcionadas pessoas que já demonstraram comportamento violento; isto é, tratamento para agressores de violência doméstica.

PARADA CÁRDIORESPIRATÓRIA (PCR)

É a cessação da circulação e da respiração; é reconhecida pela ausência de pulso e pela apnéia em um paciente inconsciente.

PRINCIPAIS CAUSAS: Obstrução da vias aéreas; Afogamento; Embolia pulmonar; TCE; choques; ICC; Choque elétrico.

A PCR pode ser precedida **de sintomas** como: Dor no peito; Sudorese; Palpitações; Tontura; Escurecimento da visão ou visão turva; Desmaio.

Até que o diagnóstico correto da causa da parada cardiorrespiratória seja determinado, a equipe de ressuscitação deve preocupar-se basicamente em manter o bombeamento sanguíneo e a função respiratória através das **compressões torácicas e respiração**.

A **RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)** é um conjunto de medidas utilizadas no atendimento à vítima de parada cardio-respiratória. A RCP fornece o fluxo sanguíneo para os órgãos vitais até que a circulação efetiva passa ser restabelecida.

OBJETIVOS DA RCP:

- Evitar a morte;
- Restabelecer circulação e oxigenação;
- Atendimento imediato da vítima, reduzindo as chances de lesões cerebrais por falta de circulação e oxigenação cerebral.

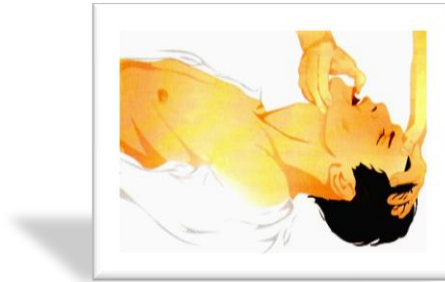
As Diretrizes da AHA 2010 recomendam uma sequência de procedimento de suporte básico de vida (SBV) em:

- **C-A-B (compressões torácicas, via aérea, respiração).**
- As PCRs neonatais são predominantemente asfíxicas, motivo pelo qual a sequência de ressuscitação é A-B-C com relação a compressão-ventilação de 3:1 foi mantida, exceto quando há etiologia claramente cardíaca.

C - Compressões torácicas: São realizadas com o paciente sobre uma superfície firme. O reanimador, voltado para o lado do paciente, coloca a palma de uma das mãos sobre a metade inferior do esterno, dois dedos acima do processo xifóide, e posiciona a outra mão sobre a primeira mão usando a força do peso corporal e mantendo os cotovelos retos. O reanimador pressiona rapidamente para baixo com profundidade de 2 polegadas para adultos e crianças e 1 ½ para bebês, a partir da área do ombro, para liberar uma compressão vigorosa na porção inferior do esterno da vítima com frequência no mínimo 100/mim.



A - Vias aéreas: A via aérea deverá ser aberta, com inclinação da cabeça e elevação da mandíbula.



B – Respiração: Duas ventilações de salvamento fornecidas com o uso de um ambu ou dispositivo de boca - máscara. Nunca fazer respiração boca a boca, sempre usar um dispositivo de barreira: máscara



POSICIONAMENTO DA VÍTIMA PARA RCP:

- Posicionar o acidentado em superfície plana e firme.
- Mantê-lo em decúbito dorsal, pois as manobras para permitir a
- Abertura da via aérea e as manobras da respiração artificial são mais bem executadas nesta posição.
- A cabeça não deve ficar mais alta que os pés, para não prejudicar o fluxo sanguíneo cerebral.
- Caso o acidentado esteja sobre uma cama ou outra superfície macia ele deve ser colocado no chão ou então deve ser colocada uma tábua sob seu tronco.

POSICIONAMENTO DO SOCORRISTA PARA A RCP:

- Este deve ajoelhar-se ao lado do acidentado, de modo que seus ombros fiquem diretamente sobre o esterno do acidentado.



RISCOS FÍSICOS, QUÍMICOS E BIOLÓGICOS

São considerados riscos ambientais os agentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes/mecânicos que possam trazer ou ocasionar danos à saúde do trabalhador nos ambientes de trabalho, em função de sua natureza, concentração, intensidade e tempo de exposição ao agente.

Tais agentes são:

- **RISCOS FÍSICOS:** Ruídos, vibrações, radiações ionizantes e não ionizantes, frio, calor, pressões anormais e umidade.
- **RISCOS QUÍMICOS:** Poeiras minerais, poeiras vegetais, poeiras alcalinas, fumos metálicos, névoas, neblinas, gases, vapores e produtos químicos diversos.
- **RISCOS BIOLÓGICOS:** Vírus, bactérias, parasitas, fungos e bacilos.

DANOS PARA O TRABALHADOR:

- Sofrimento físico e mental;
- Cirurgias e remédios;
- Próteses e assistência médica;
- Fisioterapia e assistência psicológica;
- Dependência de terceiros para acompanhamento e locomoção;
- Diminuição do poder aquisitivo;
- Desamparo à família;
- Desemprego;
- Marginalização;
- Depressão e traumas.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S)

Todo equipamento individual que se destine a proteção a saúde e integridade física do trabalhador.

OBJETIVO DO EPI

Os equipamentos de proteção individual não evitam acidentes, eles têm a função de proteger o usuário das lesões quando da ocorrência de acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais. Os EPI's são ferramentas de trabalho que visam proteger a saúde do profissional que utiliza Produtos Tóxicos, reduzindo os riscos de intoxicações decorrentes da exposição.

Disponibilidade e adequação dos EPI's, incluindo luvas, protetores oculares ou faciais, protetores respiratórios, aventais e proteção para os membros inferiores:

- **Luvas** – indicadas sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, com mucosas ou com áreas de pele não íntegra (ferimentos, escaras, feridas cirúrgicas e outros). Apesar de não existir um benefício cientificamente comprovado de redução dos riscos de transmissão de patógenos sangüíneos, o uso de duas luvas reduz, de forma significativa, a contaminação das mãos com sangue e, portanto, tem sido recomendado em cirurgias com alto risco de exposições (p.ex. obstétricas, ortopédicas, torácicas). A redução da sensibilidade tátil e as parestesias dos dedos podem dificultar essa prática entre alguns cirurgiões.
- **Máscaras, gorros e óculos de proteção** – indicados durante a realização de procedimentos em que haja possibilidade de respingos de sangue e outros fluidos corpóreos, nas mucosas da boca, nariz e olhos do profissional;
- **Capotes** (aventais de algodão ou de material sintético) – devem ser utilizados durante os procedimentos com possibilidade de contato com material biológico, inclusive em superfícies contaminadas;
- **Calçados fechados e botas** – proteção dos pés em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (p.ex. centros cirúrgicos, áreas de necrópsia e outros). Pro-pés, habitualmente compostos por material permeável, usados com sandálias e sapatos abertos não permitem proteção adequada.

Cuidados:

- Sempre que possível, executar as tarefas em local aberto.
- Utilizar protetores para os ouvidos.
- As operações com ar comprimido devem ter uma atenção especial, uma vez que, ruídos de alta pressão sonora e alta frequência podem provocar lesões permanentes no aparelho auditivo.
- Observar evidências no local (frasco de veneno, comprimidos, etc.);
- avaliar sinais vitais e nível de consciência;
- remover a vítima para local arejado, quando houver contaminação do meio ambiente;
- retirar a roupa e lavar com água corrente, quando houver contaminação da pele;
- não provocar vômitos se a vítima ingeriu gasolina, querosene, ácidos, soda cáustica ou se ainda estiver inconsciente ou apresentando convulsões;
- não ofereça líquidos e nem antídotos caseiros;
- encaminhar a vítima para atendimento médico.

RISCOS BIOLÓGICOS: Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente (idealmente até 2 horas após) para a sua maior eficácia. Recomenda que na assistência aos pacientes onde se manipula sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não-integra, faça-se o uso de equipamentos de proteção individual (máscaras, gorros, óculos de proteção, luvas, capotes e botas) e dos cuidados com materiais perfurocortantes, mesmo esterilizados.

Ter a máxima atenção durante a realização dos procedimentos;

- Jamais utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que envolvam materiais perfurocortantes;
- As agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;
- Não utilizar agulhas para fixar papéis;
- Todo material perfurocortante (agulhas, scalp, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampa;
- Os coletores específicos para descarte de material perfurocortante não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total e devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento.

Os profissionais de saúde devem ser vacinados para a hepatite B, independentemente de ocorrerem acidentes. A frequência de exposições a sangue pode ser reduzida, em mais de 50%, quando esforços são direcionados para a motivação e para o cumprimento destas recomendações.

Recomenda-se como primeira conduta, após a exposição a material biológico, os cuidados imediatos com a área atingida. **Essas medidas incluem a lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão nos casos de exposições percutâneas ou cutâneas.** Apesar de não haver nenhum estudo que demonstre o benefício adicional ao uso do sabão neutro nesses casos, a utilização de soluções anti-sépticas degermantes é uma opção. Não há nenhum estudo que justifique a realização de expressão do local exposto como forma de facilitar o sangramento espontâneo.

Nas exposições de mucosas, deve-se lavar exaustivamente com água ou com solução salina fisiológica.

Procedimentos que aumentam a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes como éter, hipoclorito ou glutaraldeído são contra-indicados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American Heart Association. Destaques das **Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**. Currents in Emergency Cardiovascular Care. Oct 2010Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.

BRASIL. **Portal da Saúde. Boletim Epidemiológico** - Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. v. 44; n. 9, 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/11319/783/boletim-epidemiologico-_volume-44-_no-9-_2013.html. Acesso em: 25 de agosto de 2013

_____.Ministério da saúde. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico : HIV e HEPATITES B e C, 2013?** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04manual_acidentes.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 17 de agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PENAB – **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 de agosto de 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva : instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde coletiva**. 2. ed. Brasília: Fiocruz, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de normas de vacinação**. 3 ed. Brasília: MS, 2001.

Calil, Ana Maria. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

Castro, Claudio Barbosa *et al.* **Curso Emergencista Pré-Hospitalar**. Módulo I. SENASP, 2007.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência um problema de saúde pública. *Ciências e Saúde Coletiva*. v. 11, p. 1163 – 1178, 2007.

FALÇÃO, L. F. dos R.; BRANDÃO, J. C. M. **Primeiros Socorros**. São Paulo: Martinari, 2010.

KNAUTH D.R; de OLIVEIRA F.A. Capítulo 15 - **Antropologia e atenção Primária à Saúde**. Em: *Medicina Ambulatorial. Fundamentos e Práticas em Atenção Primária à Saúde*.

MINAYO M.C.S. **Saúde – doença: uma concepção popular da etiologia**. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ. 4(4):363-381, 1988.

PAIM, J. S. **Modelos Assistenciais**: Reformulando o pensamento e incorporando a Proteção e a promoção da Saúde. Rio de Janeiro: ANVISA, 1999.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Ed. Guanabara Koogan. 1995. Capítulo 3: Saúde e Doença.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e Saúde**. 6º edição. MEDSI, Rio de Janeiro, 2003, Capítulo 2: **Epidemiologia**, História Natural e **Prevenção** de Doenças.

SESI – SEBRAE. **Saúde e segurança no trabalho: dicas de prevenção de acidentes e doenças no trabalho**. Brasília, 2005.