

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE: ABORDAGEM
INTEGRAL AO CLIENTE PORTADOR DE INFECÇÃO SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEL DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

3ª edição

Outubro / 2017

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE: ABORDAGEM INTEGRAL AO CLIENTE PORTADOR DE INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

3ª edição

Elaborado por:

- Ana Maria Alencar
- Agna Soares da Silva Menezes
- Andressa da Cruz Almeida
- Aline Ribeiro Nepomuceno
- Ana Paula Maciel
- Carolina dos Reis Alves
- Daniella Cristina Martins Dias Veloso
- Deiviane Pereira da Silva
- Fabrícia Vieira de Matos
- Genesco Leonardo de Souza Nunes
- Kenia Souto Moreira
- Ludmila Rodrigues Campolina
- Maria Fernanda Veloso Silva
- Michelly Silva Santos Mourão
- Patrícia Ferreira Costa
- Tatiane Fróes Fernandes
- Viviane Maia Santos

Outubro / 2017

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE: ABORDAGEM INTEGRAL AO CLIENTE PORTADOR DE INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

3ª edição

Revisado Por:

- Anderson Gonçalves de Souza (Médico Ginecologista Referência Técnica em Saúde da Mulher)
- Ariadna Angélica Rodrigues Dias Pereira (Médico Residente em Saúde da Família)
- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde)
- Cláudia Mendes Campos Versiani (Enfermeira Mestre em Enfermagem)
- Danilo Fernando Macedo Narciso (Médico Mestre em Ciências da Saúde)
- Deiviane Pereira da Silva (Enfermeira Residente em Saúde da Família)
- Genesco Leonardo de Souza Nunes (Enfermeiro Residente em Saúde da Família)
- Joice Fernanda Quadros (Enfermeira, referência técnica programas estratégicos, especialista em saúde da família)
- Kênia Souto Moreira (Enfermeira Especialista em Saúde da Família)

Outubro/ 2017

FICHA TÉCNICA

PREFEITO MUNICIPAL
Humberto Guimarães Souto

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Dulce Pimenta Gonçalves

ASSESSOR EXECUTIVO
José Mendes da Silva

OUVIDORA DA SAÚDE
Luciene Mussi França Nunes

DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
Shirley Ferreira de Sousa

DIRETORA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Bruno Pinheiro de Carvalho

DIRETORA DE VIGILANCIA EM SAÚDE
Aloizio Pereira da Cunha

COORDENADORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nayara Teixeira Gomes (Elaboração Janeiro/2017)
Daniella Cristina Martins Dias Veloso (Aprovação Fevereiro/2017)

Outubro / 2017

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.....	15
Figura 2 – Pirâmide etária de Montes Claros.....	16
Figura 3 – Comparação entre pirâmide etária de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil.....	17

LISTA DE TABELAS

Quadro 1- Distribuição da população por sexo e local em Montes Claros em 2010.....	16
Tabela 1 - Municípios da Microrregião Montes Claros e Bocaiúva	24
Tabela 2 - Rede física (SUS) de Montes Claros	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fluxogramas.....	16
Quadro 2 – Opções Terapêuticas para Corrimento Uretrais.....	54
Quadro 3 - Terapêutica para agentes menos frequentes de corrimentos uretrais.....	55
Quadro 4 - Tratar infecções por Clamídia e Gonorreia.....	57
Quadro 5 - Tratamento especial em caso de gestantes, nutrizes e menores 18 ano.....	58
Quadro 6 – Opções Terapêuticas para tricomoníase.....	60
Quadro 7 – Opções Terapêuticas para tricomoníase na gestação/nutrizes.....	61
Quadro 8 – Opções Terapêuticas para vaginose bacteriana.....	61
Quadro 9 – Opções Terapêuticas para vaginose bacteriana na gestação/nutrizes.....	62
Quadro 10 – Opções Terapêuticas para candidíase vulvovaginal.....	63
Quadro 11 –Opções Terapêuticas para Candidíase resistente ao tratamento tópico.....	63
Quadro 12 – Opções Terapêuticas para candidíase vulvovaginal em situação recorrente.....	63
Quadro 13 – Opções Terapêuticas para candidíase vulvovaginal na gestação.....	65
Quadro 14 – Opções Terapêuticas para úlceras genitais exceto herpes.....	66
Quadro 15 –. Tratamento da Sífilis.....	70
Quadro 16 –. Opções Terapêuticas para DIP, sem sinais de peritonismo ou febre (tratamento ambulatorial).....	72
Quadro 17 – Associação de Subtipos HPV e doenças neoplásicas e seus repercussões.....	72
Quadro 18 – Condições clínicas e tempo de contato sexual para comunicação aos parceiros.....	72
Quadro 19 - Vigilância Epidemiológica das IST	83

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 – Cliente com queixa de Corrimento Uretral.....	53
Fluxograma 2 – Cliente com queixa de Corrimento Vaginal sem microscopia	56
Fluxograma 3 – Cliente com queixa de Ulcera Genital	65
Fluxograma 4 – Cliente com queixa de desconforto ou dor pélvica.....	71

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO	23
3.	JUSTIFICATIVA	28
4.	ASPECTOS LEGAIS	29
5.	OBJETIVOS.....	44
6.	METODOLOGIA	45
7.	DESENVOLVIMENTO.....	47
7.1	ABORDAGEM INTEGRAL AO CLIENTE PORTADOR DE IST.....	47
7.2	ABORDAGEM SINDROMICA – CLIENTES COM QUEIXA DE CORRIMENTO URETAL	53
7.3	ABORDAGEM SINDROMICA – CLIENTES COM QUEIXA DE CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE	55
7.3.1	TRICOMONÍASE.....	60
7.3.2	VAGINOSE BACTERIANA.....	61
7.3.3	CANDIDIASE VULVOVAGINAL.....	62
7.4.-	ABORDAGEM SINDROMICA – CLIENTES COM QUEIXA DE ULCERA GENITAL	65
7.4.1	HERPES GENITAL	67
7.4.2	LINFOGRANULOMA VENEREO	68
7.4.3.	SIFILIS	69
7.5	ABORDAGEM SINDROMICA – CLIENTES COM QUEIXA DE DESCONFORTO OU DOR PELVICA	71
7.6	INFECÇÃO PELO PAPILOMAVIRUS HUMANO (HPV)	73
7.7	HEPATITES VIRAIS (HEPATITE B E C).....	74
7.7.1	HEPATITE B.....	75

7.7.2 HEPATITE C.....	76
7.8.SINDROME DA IMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV).....	76.
7.9.ACONSELHAMENTO EM IST/HIV/AIDS	80
7.10 ABORDAGEM AOS PARCEIROS SEXUAIS	88
7.11VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS IST	83
7.12 AÇÕES DE PREVENÇÃO DE IST	84
7.13 SERVIÇOS DE REFERENCIA.....	84
7.14 COMPETENCIAS DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO A SAUDE	85
REFERENCIA	89

RESUMO

O cuidado à saúde faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes de saúde da família é imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades de Saúde que compõem o Sistema Único de Saúde municipal para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência fez-se necessária a elaboração deste instrumento que contempla os objetivos: (1) Nortear o cuidar da enfermagem fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem de qualidade embasado nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; (2) Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde; (3) Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde especialmente de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa com a utilização de 13 documentos publicados a partir de 2002 disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Electronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados iniciou-se em Janeiro de 2013.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família se apresenta como uma alternativa para mudança do modelo assistencial imprimindo uma nova concepção do processo de saúde-doença; tendo como objetivo principal a reorganização da atenção básica com ênfase nas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde; tendo como desafio a mudança do paradigma da doença para a saúde, em que o foco de trabalho passa a ser a saúde, compreendida de forma mais ampla vinculada qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A organização da equipe de saúde da família é constituída por equipes multiprofissionais formadas por no mínimo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde tendo como ponto de apoio a unidade de saúde da família que deve ser o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde; e são responsáveis pelo acompanhamento de um número de famílias definidos, localizadas em uma área geográfica delimitada e tendo como desafio atuar nas ações de promoção da saúde, prevenção, atenção, reabilitação e manutenção da saúde visando uma maior resolubilidade deslocando o objeto de atenção à saúde de um polo individual para o coletivo objetivando a criação de vínculos e de laços de compromisso e de corresponsabilidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é estruturada com base no fortalecimento da atenção à saúde com ênfase na integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, tendo como foco principal a prevenção das doenças reconhecendo o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde definindo a atenção primária como o nível do sistema de saúde que constitui a porta de entrada para todas as necessidades e problemas com atenção à pessoa e não à doença no decorrer do tempo organizando, coordenando e racionalizando o uso adequado dos recursos tanto básicos quanto especializados necessários para o enfrentamento de todas as condições apresentadas pela pessoa, família e comunidade representando assim o eixo orientador do trabalho dos demais níveis hierárquicos visando à coordenação do cuidado (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A organização do sistema de saúde baseado na atenção básica com a prestação de serviços de qualidade influencia diretamente no perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, melhor controle das doenças crônicas, diminuição da mortalidade infantil e da menor perda de anos de vida para qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida demonstrando o grande impacto positivo por meio da garantia do acesso e qualidade da gestão e das práticas das equipes de saúde da família. Nesse aspecto, a qualidade em saúde pode ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades, expectativas, padrão de satisfação dos usuários sendo consistente com o conhecimento profissional com o intuito de aumentar a autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; BRASIL, 2008; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da Equipe de Saúde é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Porém, a ESF faz parte da rede distrital de saúde. Não é um serviço paralelo, separado do restante. Pelo contrário, ele integra o sistema de saúde local (BRASIL, 2011).

Este protocolo assistencial normatiza as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, no nível primário e secundário com a finalidade de proporcionar aos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, um instrumento de consulta para aprimoramento contínuo por meio da orientação de fluxos e atualização de condutas em Saúde da Mulher, garantindo uma assistência de enfermagem integral, holística e qualificada zelando pela segurança das mulheres assistidas.

Esta versão do protocolo aborda o cuidado ao cliente portador de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) com orientações referentes ao acompanhamento deste indivíduo colaborando para melhorar a qualidade de vida.

Os procedimentos são apresentados de forma detalhada, de maneira a complementar a compreensão do leitor baseados em literatura do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde e literatura de relevância nacional.

Apresentamos a segunda revisão do Protocolo da Assistência à Saúde da rede municipal de Montes Claros – Atenção Básica Janeiro/2006, por meio de um trabalho conjunto dos enfermeiros das equipes da ESF e das coordenações técnicas municipais, e tem como proposta instrumentalizar o enfermeiro da rede assistencial no desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e assistenciais na atenção primária do município de Montes Claros, de forma interdisciplinar e fundamentada no trabalho em equipe.

2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

O município de Montes Claros fundada em 3 de julho de 1857 possui uma área equivalente a 3.582 km², em que 38,70 km² estão em perímetro urbano e os 3.543,33 km² restantes representa a área rural (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros pertence à unidade federativa de Minas Gerais, mesorregião Norte de Minas que abrange oitenta e nove municípios distribuídos em sete microrregiões: Montes Claros, Pirapora, Bocaiuva, Januária, Salinas, Janaúba e Grão Mogol descrita na Figura 1. Possui como limites intermunicipais as cidades: São João da Ponte (ao norte), Capitão Enéas (nordeste), Francisco Sá (leste), Juramento e Glaucilândia (sudeste), Bocaiúva (sul), Claro dos Poções (sudoeste), São João da Lagoa e Coração (oeste) de Jesus, Mirabela e Patis (noroeste) (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros compreende vinte e dois municípios: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí, Varzelândia e Verdelândia. (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros situa-se na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto ao Norte do Estado de Minas Gerais, estando integrada na área do Polígono da Seca, região Mineira do Nordeste. Possui altitude de 678 metros e Clima tropical, a média de chuva anual é de 1074 mm³ e sua temperatura média anual é de 24,2 °C, variando de 16,3 a 29,4 °C (MONTES CLAROS, 2017).

O município está ligado a BR 135 - Bocaiúva/Januária, BR 365 - Pirapora Uberlândia , BR 251 - Rio/Bahia/Salinas/Coração de Jesus, BR 122 - Janaúba. Além de contar com a BR-135, BR-365, BR-251 e BR-122, sua malha viária municipal é constituída por, aproximadamente, 5.500 km de estradas vicinais, que ligam a sede do município aos distritos e diversas comunidades rurais (MONTES CLAROS, 2017).

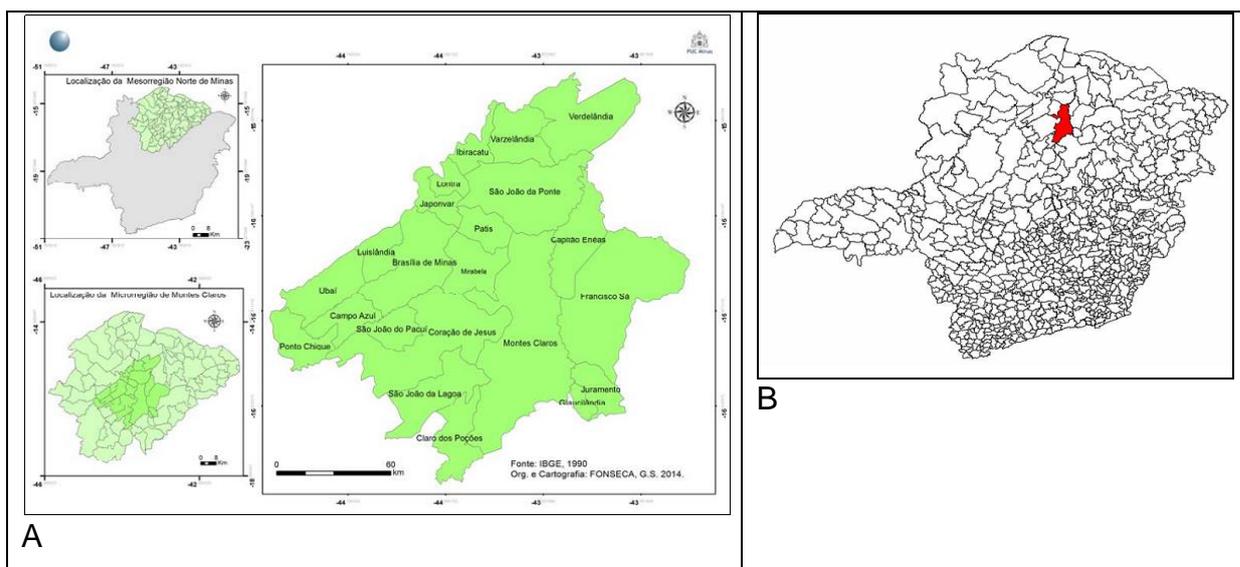


Figura 1: Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.

Fonte: Google maps

A cidade foi classificada pelo Plano Rodoviário Nacional como o segundo maior entroncamento Rodoviário do País, por causa da facilidade de acesso por rodovias às principais regiões do Brasil. Pelo ar, o Aeroporto oferece voos diários para Belo Horizonte, São Paulo e Salvador. A Ferrovia Centro Atlântica disponibiliza o transporte de cargas para as regiões Sudeste e Nordeste (MONTES CLAROS, 2017).

Aspectos demográficos

A população total do município conforme Censo 2010: 361.915 habitantes e a população estimada em 2017: 402.027 habitantes.

Quadro 1: Distribuição da população por sexo e local em Montes Claros-MG em 2010.

População residente Montes Claros								
Total	Homens	Mulheres	Situação do domicílio e sexo					
			Urbana			Rural		
			Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
361	174	187	344	164	179	17		
915	249	666	427	985	442	488	9 264	8 224

Fonte: IBGE. Censo 2010

A tabela da distribuição das faixas etárias demonstra uma evidente inversão da pirâmide com diminuição da população das faixas etárias menores com sinalização da manutenção e consolidação desta tendência. Isto provavelmente é fruto de políticas de controle de natalidade implementadas nos anos 70/80 do século passado e que foram muito bem absorvidas pela população brasileira (MONTES CLAROS, 2015). Evidenciado a seguir na Figura 2.

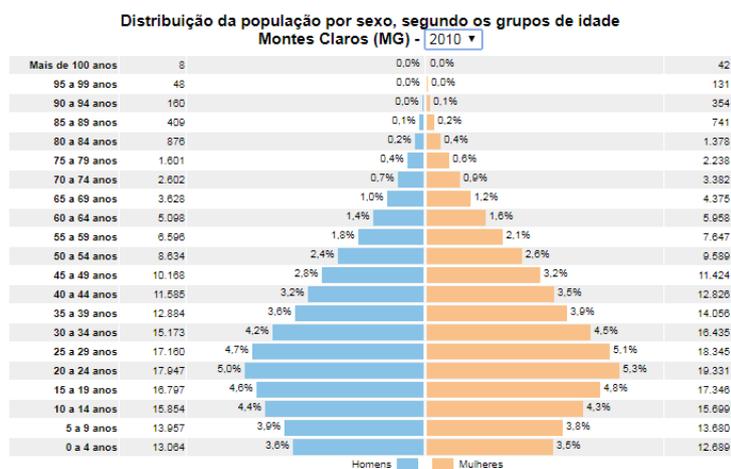


Figura 2: Pirâmide etária de Montes Claros-MG.

Fonte:

http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=314330

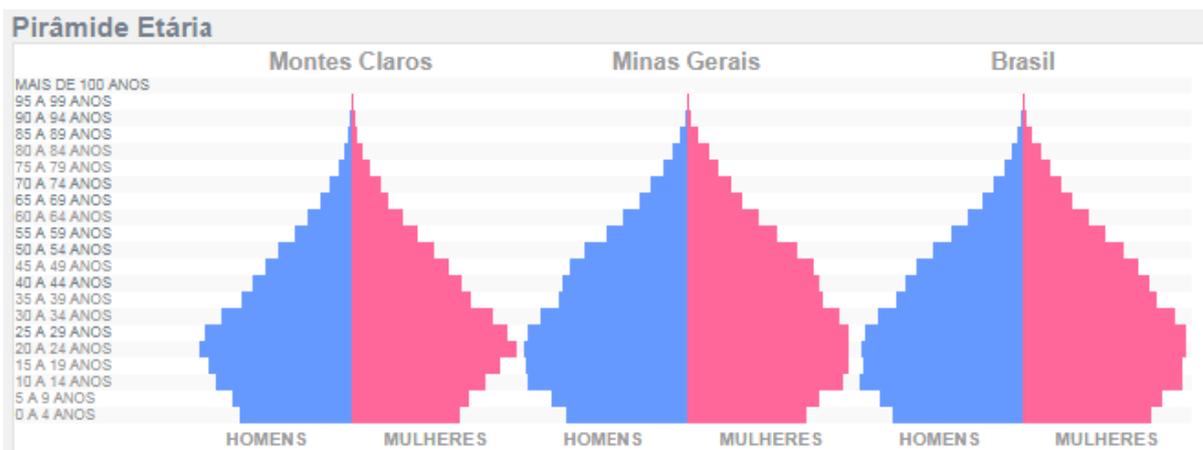


Figura 3: Comparação entre Pirâmide etária de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil.

Fonte:

http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=314330

A população de Montes Claros entre os anos de 2000 e 2010 cresceu a uma taxa média anual de 1,66%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Neste período, a taxa de urbanização do município passou de 94,21% para 95,17%. Segundo o censo de 2010, viviam no município 361.915 pessoas e conforme estimativa populacional divulgada pelo IBGE, neste ano de 2017, a cidade de Montes Claros ultrapassou os 400 mil habitantes. O crescimento populacional nos últimos anos é de 1,95%, superando inclusive a taxa nacional que é de 1,57% (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros abrange vinte e dois municípios, com exceção de Montes Claros as características socioeconômicas são bem similares. Com base nos dados extraídos do Censo demográfico do IBGE (2010), Montes Claros é espaço de maior atração populacional na microrregião, acredita-se que seja por apresentar melhores oportunidades de trabalho, assistência médica hospitalar e qualificação profissional, enfim, melhores indicadores socioeconômicos em relação aos demais municípios (IBGE, 2017).

No ano de 2002 ocorreu a maior taxa de crescimento populacional (3,02%), representando sua maior marca na última década. A estimativa de que a população chegasse a 400 mil habitantes em 2017 foi alcançada, mas, não se espera que chegue 1.000.000 de habitantes em 2030. No entanto, economistas alertam para a

necessidade de Montes Claros se preparar em infraestrutura para receber este crescimento populacional, que é de aproximadamente 4.100 habitantes/ano (FONSECA e FERNANDES, 2014).

Taxa de fecundidade e Esperança de vida ao nascer

No Norte de Minas ocorreu uma queda na taxa de fecundidade, em que as mulheres optam por um número menor de filhos, este fato é observado no cotidiano e nos indicadores, como a Taxa de Fecundidade Total (TFT), que é o número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo. Em 1980, no Norte de Minas, tínhamos uma média de 6,21 filhos por mulher, este valor vem caindo e a TFT que em 2000 era de 2,1 filhos, caiu em 2010 para 1,6 filhos.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,8 anos na última década, passando de 72,3 anos, em 2000, para 77,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 69,4 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil <www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/minas-gerais> Acesso em: Agosto/2017)

Atividades econômicas e de organização social

Atividades econômicas

O IBGE caracteriza como cidade média aquela que possui população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Na dinâmica econômica das cidades médias, o tamanho econômico é um indicativo responsável pela existência de infraestrutura necessária ao poder de atração locacional e ao papel de intermediação com outros centros urbanos (CASTELLO BRANCO, 2006). Uma das principais características de uma cidade média é o papel de centralidade, exercendo uma força de articulação com outros centros urbanos e a atuação como centro principal de oferta de serviços, comércio, moradia e emprego, entre outros bens para a sua área de influência. Neste sentido, uma cidade média mostra sua relevância no seu contexto regional e até em outros níveis de escalas (FRANÇA, 2011)

Montes Claros é o exemplo clássico de cidade média, possui uma economia diversificada e um comércio vibrante. Desde os primórdios da colonização a Região Norte Mineira vem sendo um Centro de Comercialização, o que lhe tem permitido não só quantificar a produção regional, como também influir na orientação e expansão da região.

Cada vez mais consolidada como “polo do Norte de Minas”, pela sua forte influência sobre as demais cidades que compõem a região, Montes Claros tem atraído variados setores de serviços, como os de saúde, educacional, comercial e de lazer. Sua infraestrutura urbana influencia o dinamismo da cidade ao agregar um espaço de serviços mais moderno e de maior complexidade.

Contudo, semelhante a outras cidades brasileiras, a produção da riqueza material assenta-se num modelo concentrador de renda. Conseqüentemente, a cidade apresenta espaços territoriais que antagonizam o dinamismo econômico e o peso das desigualdades sociais, sendo necessário, avançar em esforço que minimizem as desigualdades econômicas, sociais e políticas (FRANÇA, 2011).

Principais atividades econômicas

As principais atividades econômicas são a indústria (mantimentos, laticínios, infraestrutura, etc), o comércio (bastante diversificado), a agricultura e a pecuária. As indústrias aqui instaladas estão bem consolidadas podendo-se destacar a maior fábrica de Leite Condensado do Mundo (NESTLÉ), uma das três fábricas de insulina da América Latina (NOVONORDISK, antiga BIOBRÁS) e a quinta maior fábrica de cimento do Brasil (LAFARGE, antiga MATSULFUR). A maioria das fábricas está instalada em um dinâmico polo industrial, conhecido como Distrito Industrial de Montes Claros.

A pecuária é um dos maiores e mais importantes polos de desenvolvimento da região, rica em possibilidades e novas alternativas de investimentos, figura-se como um elo com os grandes centros. Neste setor, destaca-se a pecuária de corte e leite seguido pela agricultura com destaque para os produtos: feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado, dentre outros.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 5,60% trabalhavam no setor agropecuário, 0,16% na indústria extrativa,

9,53% na indústria de transformação, 10,35% no setor de construção, 1,03% nos setores de utilidade pública, 20,82% no comércio e 50,88% no setor de serviços.

Esta cidade média é uma das maiores economias mineiras, representando o 9º lugar no ranking municipal de composição do Produto Interno Bruto (PIB) estadual. O PIB *per capita* em 2014 era de R\$ 20.102,68.

Renda *per capita*

A renda per capita média de Montes Claros cresceu 98,51% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 327,75, em 1991, para R\$ 485,55, em 2000, e para R\$ 640,75, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,67%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,46%, entre 1991 e 2000, e 2,97%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 45,71%, em 1991, para 28,76%, em 2000, e para 11,99%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,60, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,53, em 2010.

População Ativa

Segundo o portal cidades do IBGE, em Montes Claros, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,12% em 2000 para 69,85% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 17,01% em 2000 para 9,50% em 2010. Segundo o censo de 2010, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,2 salários mínimos, haviam 101.744 (25,8 %) pessoas ocupadas e 36,4 % da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salários mínimos (<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>).

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

O município é o mais bem colocado da região, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDHM de 0,770. A cidade está na faixa considerada de desenvolvimento humano alto, entre 0,700 e 0,799. O índice leva em conta três aspectos, longevidade, acesso ao conhecimento e padrão de vida. Em Montes Claros, os indicadores ficaram em 0,868; 0,744 e 0,707, respectivamente. Os resultados dos três últimos IDHM são baseados em dados de 1991, 2000 e 2010. De acordo com o PNUD, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos, de 2000 a 2010, foi a educação, com crescimento de 0,189, seguida por longevidade e renda.

Grupos sociais organizados

Além dos CRAS, CREAS e Rede Solidária, subordinado à Secretaria Municipal de Políticas Sociais da prefeitura de Montes Claros- MG, no município também existem outras 48 Organizações Não Governamentais (ONGs) com atuação em diversas áreas.

Educação

A Proporção de crianças e jovens que frequentaram/completaram determinado ciclo escolar indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. Em Montes Claros, segundo dados do IBGE 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,94%, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 93,33%, a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 70,94% e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era 58,03%.

Também, em 2010, 89,99% da população de 6 a 17 anos do município estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série e a Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 98,4 %.

Em 2015, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade teve nota média de 6.2 e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. O IDEB foi criado em 2007 e reúne, em

um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações (MONTES CLAROS, 2017).

O número de pessoas de 10 anos ou mais de idade em Montes Claros em 2010 era de 308.936, destes frequentavam a escola 80.181 (25,95%). Dos 80.181 que frequentavam a escola, 37.479 (46,7%) eram do sexo Masculino e 42.702 (53,3%) do sexo feminino.

Na literatura não são encontrados dados recentes sobre a educação, muitos destes dados são provenientes dos censos nacionais e o último ocorreu em 2010. Em uma publicação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 2013, a média de escolaridade no Brasil, um dos critérios educacionais que o programa utiliza na elaboração do IDH, foi de 7,2 anos, o menor número entre os países da América do Sul. Este resultado indica a necessidade dos investimentos em educação no Brasil.

Rede de ensino pública e privada

O município conta com diversas escolas:

- Ensino infantil: 104 privadas e 80 municipais;
- Ensino fundamental: 51 estaduais, 58 municipais e 37 privadas;
- Ensino médio: 26 estaduais, 1 municipal e 17 particulares;
- 38 escolas municipais na zona rural.

Atualmente, a cidade de Montes Claros é considerada um pólo universitário, contando com a presença de duas universidades públicas e diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas do conhecimento, em níveis técnico, de graduação, pós-graduação Lato Sensu (especialização) e Stricto Sensu (mestrado e doutorado).

Instituições públicas de ensino superior

Universidade Estadual de Montes Claros (UNINONTES) .

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Núcleo de Ciências Agrárias - NCA)

Instituições particulares de ensino superior

Faculdades Ibituruna .

Instituto Superior de Educação Ibituruna (ISEIB) .

Faculdades de Saúde Ibituruna (FASI) .

Faculdade Santo Agostinho (FASA) .

Faculdades integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC) .

Faculdade de Ciência e Tecnologia de Montes Claros (FACIT) .

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE/SOEBRAS) .

Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) .

Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) .

Universidade de Uberaba (UNIUBE) .

Faculdade de Computação de Montes Claros (FACOMP) .

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) .

2.1 - Organização do Sistema de Saúde

O Sistema municipal de saúde está organizado conforme as diretrizes e princípios do SUS – Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a portaria 399 de fevereiro de 2006 que se refere o ao termo de compromisso entre os gestores no pacto para a saúde (pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa pelo SUS) (MONTES CLAROS, 2017).

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008): Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e Saúde do homem (MONTES CLAROS, 2017).

Região ampliada de saúde

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, organiza a região de saúde em que Montes Claros está inserida territorialmente como sede de

polo macro e microrregião, abrangendo 13 microrregiões e 87 municípios. O Município é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Município de maior densidade populacional da macrorregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de maior densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 1.609.862 de habitantes; que exerce força de atração para micros circunvizinhas, polarizando as regiões do norte de Minas Gerais. Os municípios polo macro acumulam também a função de polo micro (MONTES CLAROS, 2017).

Polo de Região de Saúde

Montes Claros é polo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água, perfazendo assim uma população de 459.387 (MONTES CLAROS, 2013), como apresenta a tabela a seguir:

TABELA 1 – Municípios da microrregião Montes Claros/Bocaiúva

CODIGO DO MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	ESTIMATIVA POPULACIONAL
310730	BOCAIUVA	46.949
311650	CLARO DOS POÇÕES	7.743
312380	ENGENHEIRO NAVARRO	7.125
312660	FRANCISCO DUMONT	4.892
312735	GLAUCILÂNDIA	2.977
312825	GUARACIAMA	4.737
313200	ITACAMBIRA	5.021
313640	JOAQUIM FELÍCIO	4.338
313680	JURAMENTO	4.129
314330	MONTES CLAROS	366.134
314545	OLHOS-D'ÁGUA	5.342
TOTAL:		459.387

FONTE: PDR SES-MG 2013

2.2 - Sistema Municipal de Saúde

De acordo com as diretrizes Estaduais, Nacionais e da Organização Mundial da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha no sentido de reverter um quadro de ações hospitalocêntrico/medicocêntrico para um modelo de saúde técnico assistencial, dando ênfase às ações de promoção e organização da saúde. Por outro lado, a urgência e emergência, em município de Gestão Plena, requer um controle sistemático e cumprimento da grade de referência, o município macrorregional desenvolve ações de nível secundário e terciário em um sistema de redes, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Mais Vida, etc. (MONTES CLAROS, 2015).

De forma a atender à população conforme o perfil epidemiológico local e regional, a Agenda de Saúde foi consensuada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde que segue os seguintes eixos prioritários: **Fortalecimento da Gestão, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção a Média e Alta Complexidade e Controle Social.**

Com essas diretrizes, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde 2014/2017, através de um planejamento estratégico e participativo, devidamente alinhado com o Plano de Governo Municipal e implementado através de uma proposta política administrativo do Município de Montes Claros, se organizando territorialmente para promover espaços de convivência capazes de potencializar a cultura da solidariedade e cooperação entre governo e sociedade local.

O Sistema municipal de Montes Claros em relação à rede física encontra-se distribuída conforme a tabela 2.

TABELA 2 - REDE FÍSICA (SUS) DE MONTES CLAROS

Serviços De Saúde	Quantidade
Unidades Básicas De Saúde (Área Urbana)	08
Policlínicas (Área Urbana)	02
Hospital Municipal Doutor Alpheu Gonçalves De Quadros	01
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Urbana)	121

Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Rural)	10
Consultório na Rua	01
Unidades De Saúde Mental (CAPs)	02
Centro Oftalmologia Social	01
Centro De Controle De Zoonoses	01
Pontos De Apoio CCZ	08
CTA/IST/Aids	01
Anexo Contendo: Almoxarifado E Galpão	01
Saúde Da Mulher	01
NASP (Núcleo de Saúde Pitágoras – Centro de Saúde Vila Oliveira)	01
Centro de Reabilitação e Órteses e Próteses	01
CEO (Centro De Especialidades Odontológicas)	01
Consultórios Odontológicos em ESF	08
Consultórios Odontológicos em Escolas Estaduais e Municipais.	20
Farmácias Populares	02
Laboratório Análise de Água	01

Fonte: SMS/MOC/2017

Rede de Serviços Contratados

HOSPITALAR		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Hospital Prontosocor		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
LABORATÓRIAL - ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA		
Exame	Santa Clara	Instituto de Patologia do Norte de Minas
Voumard	LAC	Lab. Santa Casa
Prolab	Biominas	Bioanálises Montes Claros
São Geraldo	Biodiagnóstico	Siper Labonorte

Citocenter	Biomontes	Rafha Cordeiro II
Citolab	São Paulo	Laboratório do Hospital Aroldo Tourinho
		Laboratório do Hospital Universitário Clemente de Faria
RADIOLOGIA		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
FISIOTERAPIA		
Hospital Aroldo Tourinho		
Clínica de Traumatologia E Fisioterapia (São José)		
Clínica de Fisioterapia São Lucas		
Fisiocenter/ Santa Casa		
Ortoclinica Ltda		
Clínica Geraldo Caldos		
SAÚDE AUDITIVA		
Otorrino Fisio Center		
NEFROLOGIA		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA/ MEDICINA NUCLEAR		
Ressonar Imagens Médicas		
Núcleo de Medicina Nuclear		
ONCOLOGIA		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		

3. JUSTIFICATIVA

. Estimativas recentes apontam para a ocorrência de mais de 10 milhões de novas infecções de transmissão sexual. Isso, associado ao alto índice de automedicação, torna o problema ainda maior, já que muitos dos casos não recebem orientação e tratamento adequados, tornando-se subclínicos, permanecendo transmissores e mantendo-se como elos fundamentais na cadeia de transmissão das infecções (BRASIL, 2006).

O uso de preservativos é considerado a medida mais eficiente para prevenir a contaminação e impedir sua disseminação. Vários tipos de agentes infecciosos (vírus, fungos, bactérias e parasitas) estão envolvidos na contaminação por IST, gerando diversas manifestações clínicas, como feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas.

Apesar da existência de novos métodos para diagnóstico e tratamentos, as doenças sexualmente transmissíveis (IST) continuam sendo consideradas um grave problema de saúde pública, com impacto socioeconômico e psicológico em todo o mundo. Os gastos no manejo das IST e suas complicações são substanciais. Elas estão entre as 10 principais causas de procura por serviços de saúde na maioria dos países em desenvolvimento e respondem por 17% das perdas econômicas com o binômio saúde-doença (BRASIL, 2011).

Considerando que o cuidado a saúde ao portador de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes de saúde da família é imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades Básicas de Saúde para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência fez-se necessária a elaboração deste instrumento, com o objetivo de nortear o cuidar da enfermagem.

4. ASPECTOS LEGAIS

As ações do Enfermeiro, previstas neste protocolo, estão respaldadas pela Lei de Exercício Profissional nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, pelo Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7498/86, pelas Resoluções COFEN nº 159/1993, nº 195/1997 e nº 358/2009 e pela Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (COREN, 2012; BRASIL, 2017).

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, aponta como pontos relevantes na prática do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde da atenção básica: a consulta de enfermagem, em toda a sua complexidade de execução (Art. 11, alínea i), a prescrição da assistência de enfermagem (Art. 11, alínea f), a prescrição de medicamentos, desde que seja normatizada em programas de Saúde Pública e em protocolos de rotina aprovados pela instituição de saúde (Art. 11 alínea c) e a solicitação de exames de rotinas e complementares, conforme a Resolução COFEN nº 195/1997, que estabelece, no Art. 1º, que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais (COREN, 2012).

Isto posto, a atuação do Enfermeiro está embasada no seu conhecimento técnico-científico, sendo responsabilidade do profissional toda ação praticada, e, ficando este, sujeito às penalidades de acordo com a lei.

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro é um integrante da equipe de saúde em que todos os profissionais são imprescindíveis no cuidar do ser humano de maneira integral, sendo que devem ser levadas em consideração as habilidades e as capacidades de cada um dos componentes da equipe, em consonância com os preceitos éticos e legais. Ressalta-se também, que a integração entre as várias disciplinas e profissionais é requisito fundamental para o alcance dos objetivos propostos.

Na equipe de saúde existem atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica segundo a Portaria 2436/ 2017:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;
- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

Enfermeiro

- I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

- I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e

esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras

normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

- IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XVII.- Processar filme radiográfico;
- XVIII.- Selecionar moldeiras;
- XIX.- Preparar modelos em gesso;
- XX.- Manipular materiais de uso odontológico.
- XXI.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

- I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas
- IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- VII.-Processar filme radiográfico;
- VIII.- Selecionar moldeiras;
- IX.- Preparar modelos em gesso;
- X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
- XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e
- XII.-Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na

Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica,

de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII.-Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na

AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a

investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as

características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Agente Comunitário de Saúde poderá executar em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Vale ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

Atribuições do ACE:

- I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;
- II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;
- III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;
- IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território;
- V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e
- VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

Pessoal Administrativo

- Acolher os usuários e visitantes;
- Prestar informações sobre o funcionamento das Unidades de Saúde;
- Agendar consultas e exames;
- Digitar dados da Unidade de Saúde;
- Organizar os recursos e materiais da Unidade de Saúde;
- Realizar outras atividades designadas pela coordenação da equipe.

Pessoal da Zeladoria e Manutenção

- I. Acolher e informar usuários e visitantes;
- II. Realizar e manter a limpeza e a higiene adequadas do local de trabalho;
- III. Comunicar ao coordenador da unidade a ocorrência de danos ao patrimônio público;
- IV. Realizar o reparo de equipamentos.

5. OBJETIVOS

Este protocolo tem como objetivos:

- Normatizar as ações dos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de saúde fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem embasada nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros;
- Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde;
- Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente da enfermagem;
- Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde dos portadores de diabetes pela equipe de enfermagem;

- Estruturar as consultas de enfermagem visando aumentar a resolubilidade para evitar a fragmentação da assistência;
- Valorizar o trabalho da equipe de enfermagem por meio da excelência da qualidade prestada;
- Sistematizar ações de educação em saúde para promoção de práticas saudáveis e ações de vigilância à saúde para prevenção e controle de doenças e agravos;
- Viabilizar a integração interdisciplinar por meio do trabalho em equipe;
- Integrar ensino, serviço e comunidade por meio das normas e ações estabelecidas no protocolo.

6. METODOLOGIA

O guia para elaboração de protocolo idealizado pelo COREN/MG (2012) define protocolo como um documento norteador do processo de intervenção que visa descrever de forma detalhada as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde em que as ações são realizadas em equipe multiprofissional de maneira interdisciplinar. Dessa forma, a elaboração desse protocolo contou com a participação de profissionais de categorias diversas (enfermeiro, médico) com representatividade, uma vez que o fazer em saúde deve visualizar o ser humano de forma holística dentro do seu contexto biopsicossocial. Contudo torna-se necessário também a colaboração de representantes do gestor Municipal e de membro do Conselho Municipal, já que saúde é direito de todos como resguardado pela Constituição e regulamentado na lei 8080.

Este protocolo utilizou a metodologia de revisão integrativa que visa proporcionar a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados e estudos na prática, esse é um método que permite a mais ampla abordagem metodológica referente as revisões, que vem sendo cada vez mais utilizadas na área da saúde por facilitar o aprofundamento em determinada temática (SOUZA *et al.*, 2010).

A primeira etapa de elaboração do protocolo consistiu em uma reunião do grupo de trabalho na sede da secretaria municipal de saúde no dia nove de janeiro de 2013 às 14:00 horas com a definição e divisão dos temas a serem abordados no

documento, seguido pela escolha da metodologia de trabalho que estabeleceu a divisão em duplas que visou a construção preliminar do documento com a busca de publicações relevantes com o prazo de entrega de 1 semana. O processo de construção ocorreu com a liberação semanal de dois turnos de trabalho sendo que um turno para encontro da dupla e outro para a socialização das produções e estabelecimento de condutas.

Este estudo baseou-se na pesquisa de documentos publicados no período de 2002 a 2012, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Electronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados teve início no mês de Janeiro de 2013.

O total de documentos selecionados foram treze, e para chegar a conclusão de quais documentos seriam escolhidos foram seguidos alguns critérios previamente estabelecidos. Os critérios de inclusão foram: a temática dos documentos deveria abordar assistência a saúde da mulher; as publicações devem estar escritas em língua portuguesa; devem ter sido publicadas a partir do ano de 2002; as publicações devem estar disponíveis de forma completa e gratuita. Os dois documentos descartados obedeciam aos seguintes critérios de exclusão: não respondiam a temática posta para estudo; não foram possíveis de encontra-los na íntegra; publicação anterior ao ano de 2002.

Nos dias 16 e 17 de janeiro de 2013 foi realizada reunião para apresentação dos documentos e ajustes necessários seguido pela confecção do documento final do protocolo. Na semana posterior, a versão preliminar foi encaminhada aos revisores para apreciação e colaboração.

No dia 01 de fevereiro de 2013 ocorreu uma plenária para apresentação do protocolo ao gestor municipal de saúde e equipe técnica da área de saúde da mulher com a participação da equipe de trabalho, representante do conselho municipal de saúde. Por se tratar de uma revisão com base nas literaturas essa pesquisa fica isenta de enviar para aprovação do Comitê de Ética em pesquisa, por não está diretamente envolvida com o público alvo e por se tratar de literaturas que já foram devidamente aprovadas pelo Comitê de Pesquisa.

O protocolo construído foi, então, enviado ao Conselho Municipal de Saúde na data de 06/02/2013, que o aprovou na plenária do dia 06/03/2013, sendo que esta deliberação se encontra registrada na ata da reunião ordinária número 311 – Trecentésima Décima Primeira. Em decorrência da não homologação o protocolo foi revisado em 2017 e enviado novamente ao Conselho Municipal de Saúde na data de 03/03/2017, que foi discutido em plenária na reunião ordinária 356/2017 – Trecentésima Quinquagésima Sexta no dia 08/03/2017 as 13:30 que teve como deliberação o agendamento de Reunião extraordinária no dia 15/03/2017 em que ocorreu a aprovação do Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros em plenária sendo que esta deliberação encontra-se registrada na ata da reunião extraordinária número 170 – Centésima Septuagésima.

No dia 27 de Dezembro de 2017, a senhora Secretária Municipal de Saúde sancionou a Portaria/SMS número 12 que regulamenta o Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros que entrou em vigor na presente data.

7. DESENVOLVIMENTO

Este protocolo encontra-se distribuído na área temática - Abordagem integral ao cliente portador de Infecção Sexualmente Transmissível do município de Montes Claros.

7.1. Abordagem Integral ao cliente portador de Infecção Sexualmente Transmissível (IST)

O objetivo do atendimento ao portador de IST é prover na consulta de Enfermagem um diagnóstico precoce e tratamento oportuno reduzindo o tempo de espera, favorecendo a ruptura da cadeia de transmissão da doença. Diante disto, o Ministério da Saúde desenvolveu e testou fluxogramas específicos para auxiliar o profissional na realização do atendimento e na tomada de decisões. Seguindo os passos do instrumento, o profissional Enfermeiro estará habilitado a: determinar um diagnóstico baseado em uma abordagem sindrômica e implementar o tratamento imediato (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a).

Os fluxogramas foram desenvolvidos a partir da queixa principal que motivou o (a) usuário a procurar o atendimento, e pelos achados etiológicos mais prevalentes em cada síndrome e ajustados a partir de um estudo de validação nacional (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a).

A abordagem sindrômica do cliente portador de IST objetiva prover na primeira consulta o diagnóstico, o tratamento e o aconselhamento adequado seguindo os passos dos fluxogramas em que o profissional estará habilitado a segundo os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; BRASIL 2006a):

1. Fazer o diagnóstico sindrômico.
2. Iniciar o tratamento imediatamente.
3. Realizar aconselhamento para:
 - a) Testagem para o HIV (anti-HIV) e sífilis (VDRL).
 - b) Adesão ao tratamento.
 - c) Promoção do uso de preservativos (masculino ou feminino) visando a redução de riscos de reinfecção e transmissão para o(s) parceiros(s) sexual(is).
 - d) Convocação do(s) parceiro(s) para o diagnóstico e o tratamento de IST e infecção pelo HIV.

A abordagem ao portador de IST é norteada pelos fluxogramas descritos:

QUADRO 1 – Fluxogramas.

FLUXOGRAMAS	ÚLCERA GENITAL
	CORRIMENTO URETRAL E CORRIMENTO CERVICAL
	CORRIMENTO VAGINAL
	DOR PÉLVICA
Lembrar que no atendimento de pessoa com DST, o profissional de saúde deverá incluir:	
1. Exame clínico-genital minucioso, visando à busca de outras DST coexistentes.	
2. Aconselhamento que permita a percepção e a adoção de práticas para a redução de risco como, por exemplo, o uso de preservativos.	
3. Oferecimento do teste anti-HIV e de sífilis.	
4. Orientações para adesão ao tratamento instituído e às outras recomendações.	
5. Diagnóstico e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is).	
6. Notificação do caso.	

Fonte: BRASIL, 2006a, p.50.

A anamnese e o exame físico constituem-se nos principais elementos diagnósticos das IST, mesmo quando disponíveis os exames laboratoriais. O profissional de saúde, conhecendo a anatomia e fisiologia do homem e da mulher poderá associar os dados da anamnese e fazer um diagnóstico de presunção das principais síndromes (abordagem sindrômica). Atitudes de preconceito, juízos de valor e imposição de condutas deverão ser evitadas, garantindo o diálogo, apesar das diferenças (BRASIL, 2006).

É importante lembrar que outras doenças (diabetes, dermatoses, imunodeficiências etc.), o estado nutricional, as associações entre as diferentes IST (coinfecções) e o uso de medicamentos, podem interferir tanto no diagnóstico como no tratamento da IST que motivou a consulta (BRASIL, 2006).

Sendo assim, deverá ser realizado o exame clínico-genital minucioso embasado no Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissível (2006) e Caderno de Atenção Básica n. 18 (BRASIL, 2006) que contemple a busca de outros agravos por meio de inspeção geral, controle de pressão arterial, toque retal etc. Nas mulheres, realizar a palpação das mamas e, quando houver indicação, a citologia oncótica do colo do útero.

- **Exame Físico:** Observar pele e mucosas, particularmente couro cabeludo, orofaringe, palma das mãos, plantas dos pés e genitais. Palpar os gânglios de todos os segmentos corporais. Quaisquer lesões (ulceradas ou não, em baixo ou alto-relevo, hiperêmica, hipercrômica, circular, irregular, circinada) deverão ser anotadas e correlacionadas com a história em questão.
- **Exame Genital Feminino:** O exame especular deverá ser feito após breve explicação à usuária sobre o procedimento; dividido em exame estático e dinâmico.

No exame estático deve ser observado:

- ✓ a distribuição dos pelos;
- ✓ conformações anatômicas (grandes e pequenos lábios, clitóris, hímen, Monte de Vênus, períneo, borda anal);
- ✓ distrofias, discromias, tumorações e ulcerações;

Para o exame dinâmico:

- ✓ Calçar luvas de procedimento;
- ✓ Verificar canal uretral feminino e observar presença de corrimento ou secreção;
- ✓ Colocar os dedos indicador e médio no intróito vaginal, na região que corresponde às glândulas de Bartholin (correspondendo à posição aproximada das “5” e “7” horas) e tracioná-las para baixo e para fora entreabrindo a vulva, que ficará completamente exposta;
- ✓ Introduzir o espéculo sempre com uma inclinação de 75°, pressionando a parede posterior da vagina, evitando o traumatismo de uretra e bexiga, exercendo rotação do espéculo para a posição horizontal e abrindo-o até a exposição do colo do útero.
- ✓ Observar as paredes vaginais, além do aspecto do colo do útero, localização, coloração e da secreção cervical (odor, coloração e quantidade).
- ✓ O espéculo deve ser retirado cuidadosamente, evitando pinçar o colo ou causar dor e traumatismo uretral. Durante a retirada, lenta e cuidadosa, observar as paredes vaginais.

Caso seja necessário, as usuárias devem iniciar o tratamento imediatamente, de acordo com a abordagem sindrômica. Na consulta de retorno caso o problema persista, encaminhar a paciente para o serviço de referência. Quando houver indicação a coleta da citologia oncótica cervical deve ser realizada após o tratamento das IST. Caso o profissional suspeite da impossibilidade de retorno da usuária para a realização do exame preventivo do câncer de colo do útero, a coleta pode ser feita imediatamente.

Toque vaginal: O toque vaginal deverá ser explicado à usuária e realizado com luva previamente lubrificada da seguinte forma:

- ✓ Introduzir o dedo indicador para deprimir o períneo posterior, o que contribuirá para o relaxamento da musculatura.
- ✓ Introduzir o dedo médio e o indicador, procurando sentir a elasticidade vaginal, presença de tumorações e/ou abaulamentos, consistência e tamanho do colo e aberturas do canal cervical.

- ✓ Mover o colo uterino para um lado e outro, traciona-se os ligamentos cardinais e largo, podendo evidenciar-se a presença de dor, sugerindo processos inflamatórios, o que é fundamental para o diagnóstico de DIP (doença inflamatória pélvica).
- ✓ Após essas manobras deve-se tocar com a outra mão a parede abdominal da usuária, sempre respeitando os movimentos respiratórios e aproveitando a expiração para a palpação profunda.
- ✓ Empurrar o colo e o útero para cima, de modo que o fundo possa ser palpado entre a mão abdominal e a vaginal. Durante a palpação, notar seu tamanho, a consistência, a mobilidade, a regularidade de sua forma, o ângulo em relação ao colo e à vagina e a possível sensibilidade da usuária.
- ✓ As regiões anexas são palpadas inserindo os dedos na vagina lateralmente ao colo, até o fundo do fórnix, e tracionando as estruturas na pelve com a mão abdominal.
- ✓ As estruturas anexas (ligamento largo, trompa e ovário) são palpadas entre as duas mãos.

Exame Genital Masculino:

O exame da genitália masculina deve ser realizado da seguinte forma:

- ✓ O usuário deverá estar em pé, com as pernas afastadas, e o profissional sentado à sua frente para uma melhor inspeção, tanto da região inguinal quanto dos órgãos genitais externos.
- ✓ Para a região anorretal, o usuário deverá curvar-se para a frente, afastando as nádegas com suas próprias mãos ou, melhor ainda, deitado em decúbito lateral com leve anteflexão do tronco e da coxa não encostada na maca.
- ✓ Observar e palpar cadeias ganglionares e quaisquer outras tumorações, ulcerações, fístulas ou fissuras.
- ✓ Notar possíveis desvios do eixo peniano, aberturas anômalas da uretra, assimetria testicular, processo inflamatório da bolsa escrotal.

A anamnese e o exame clínico do cliente norteará a escolha do fluxograma adequado frente à queixa principal que motivou a procura do serviço de saúde.

Em todos os casos de clientes portadores de IST vale destacar que deve ser realizado Ações Essenciais complementares a todos os casos que incluem medidas gerais segundo BRASIL (2006a; 2016):

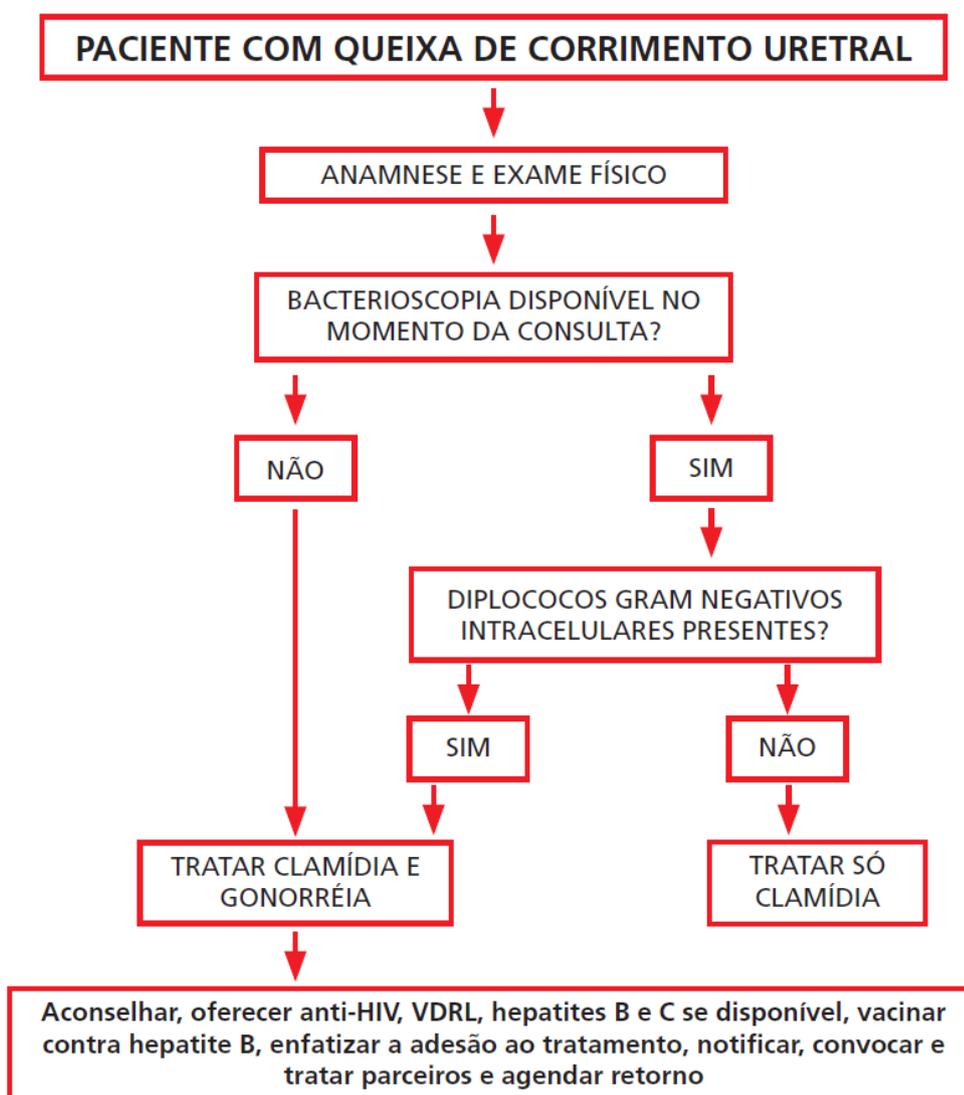
- Aconselhar e oferecer testes VDRL, anti-HIV, hepatite B, gonorreia e clamidia (quando disponíveis);
- Conversar com a pessoa sobre a importância de se realizar a sorologia para sífilis, hepatite B e para o HIV, uma vez que é muito frequente a presença de mais de uma IST.
- Enfatizar a adesão às recomendações e ao tratamento- Concluir o tratamento prescrito, mesmo que os sintomas ou sinais tenham desaparecido.
- Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas.
- Oferecer e estimular o uso de preservativos e gel lubrificante em todas as relações sexuais, orientando quanto à técnica de uso.
- Ofertar vacinação contra hepatite B.
- Ofertar profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado.
- Encorajar a pessoa a comunicar ao(s) parceiro(s) sexual(is) dos últimos três meses, para que possam ser atendidos e tratados. Fornecer à pessoa cartão(ões) de convocação de parceiro(s), devidamente preenchido(s). Essa atividade é fundamental para interromper a cadeia de transmissão e evitar a reinfecção.
- Notificar o caso no formulário apropriado (SINAN) conforme a portaria 204, de fevereiro de 2016. As demais doenças se considerado conveniente, notificar de acordo com a lista estabelecida nos estados/municípios.
- Agendar o retorno da pessoa para o controle de cura e entrega de resultados dos exames laboratoriais, quando realizados.
- Recomendar o retorno ao serviço de saúde sempre que suspeitar de IST.

7.2- Abordagem Sindrômica - Clientes com queixa de corrimento uretral feminino e masculino

A queixa de corrimento uretral relaciona-se a presença de agentes etiológicos em que prevalece a existência de *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*

apesar da existência de outros agentes como: *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*. O diagnóstico etiológico com a identificação por meio de exames laboratoriais inviabiliza o controle das IST de maneira ótima e oportuna, sendo assim diante da referida queixa será utilizado o Fluxograma de Corrimento Uretral (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a).

FLUXOGRAMA 1- CLIENTE COM QUEIXA DE CORRIMENTO URETRAL



Fonte: Brasil, 2006.

O enfermeiro após o seguimento do fluxograma 1 irá implementar as condutas terapêuticas adequadas optando pelos medicamentos de primeira opção seguido pelos demais de acordo com as especificidades como descrito no Quadro 2.

QUADRO 2- OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA CORRIMENTOS URETRAIS.

CLAMÍDIA		GONORREÍ
Azitromicina , 1 g, VO, dose única; ou		Ciprofloxacina 500mg, VO, dose única (contraindicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos);
Doxiciclina 100mg, VO de 12/12horas, por 7 dias (contraindicado em gestantes, nutrizes e menores de 10 anos);	+	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única;
ALTERNATIVA		ALTERNATIVA
Eritromicina (estearato) , 500mg,VO de 6/6 horas por 7 dias.	+	Cefotaxima , 1.000mg, IM, dose única.
Eritromicina (estearato) , 500mg,VO de 12/12 horas por 14 dias		Ofloxacina , 400mg, dose única (contraindicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos);
Ofloxacina , 200mg, 12/12 horas, por 7 dias.		Cefixima 400mg, VO, dose única; ou
Ofloxacina , 400mg, 1X, por 7 dias.		Espectinomicina 2g, IM, dose única;
Tetraciclina , 500mg, VO, 6/6horas por 7 dias.		Ampicilina 2 ou 3g + Probenecida 1g, VO, dose única.
		Tianfenicol 2,5g, VO, duas doses a cada 12/12horas.

Fonte: Brasil, 2016.

Orientações específicas:

- Não ordenhar a uretra durante ou após tratamento.
- Lembrar que em menores de 18 anos e gestantes está contraindicado o uso de ofloxacina.
- No retorno (7 a 10 dias), em caso de existência do corrimento ou recidiva, se o tratamento para gonorréia e clamídia do paciente e de seus parceiros foi adequado, deverá ser oferecido tratamento para agentes menos frequentes (micoplasma, ureaplasma, T. vaginalis) conforme o Quadro 3.

QUADRO 3- OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA AGENTES MENOS FREQUENTES DE CORRIMENTOS URETRAIS

Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 7 dias	+	Metronidazol 2 g,VO,dose única
--	----------	---------------------------------------

Fonte: BRASIL, 2006.

7.3- Abordagem Sindrômica - Clientes com queixa de corrimento vaginal e cervicite.

A queixa espontânea de corrimento vaginal relatada pelas mulheres indica a necessidade de inclusão no histórico de enfermagem dos critérios de risco para identificação daquelas mulheres com maior possibilidade de infecção cervical por gonococo ou clamídia.

Nestes casos, mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite, a cliente será considerada como portadora assintomática (pode ocorrer em cerca de 80% das mulheres e deve receber o tratamento concomitante (BRASIL, 2006, BRASIL, 2006^a, BRASIL, 2016).

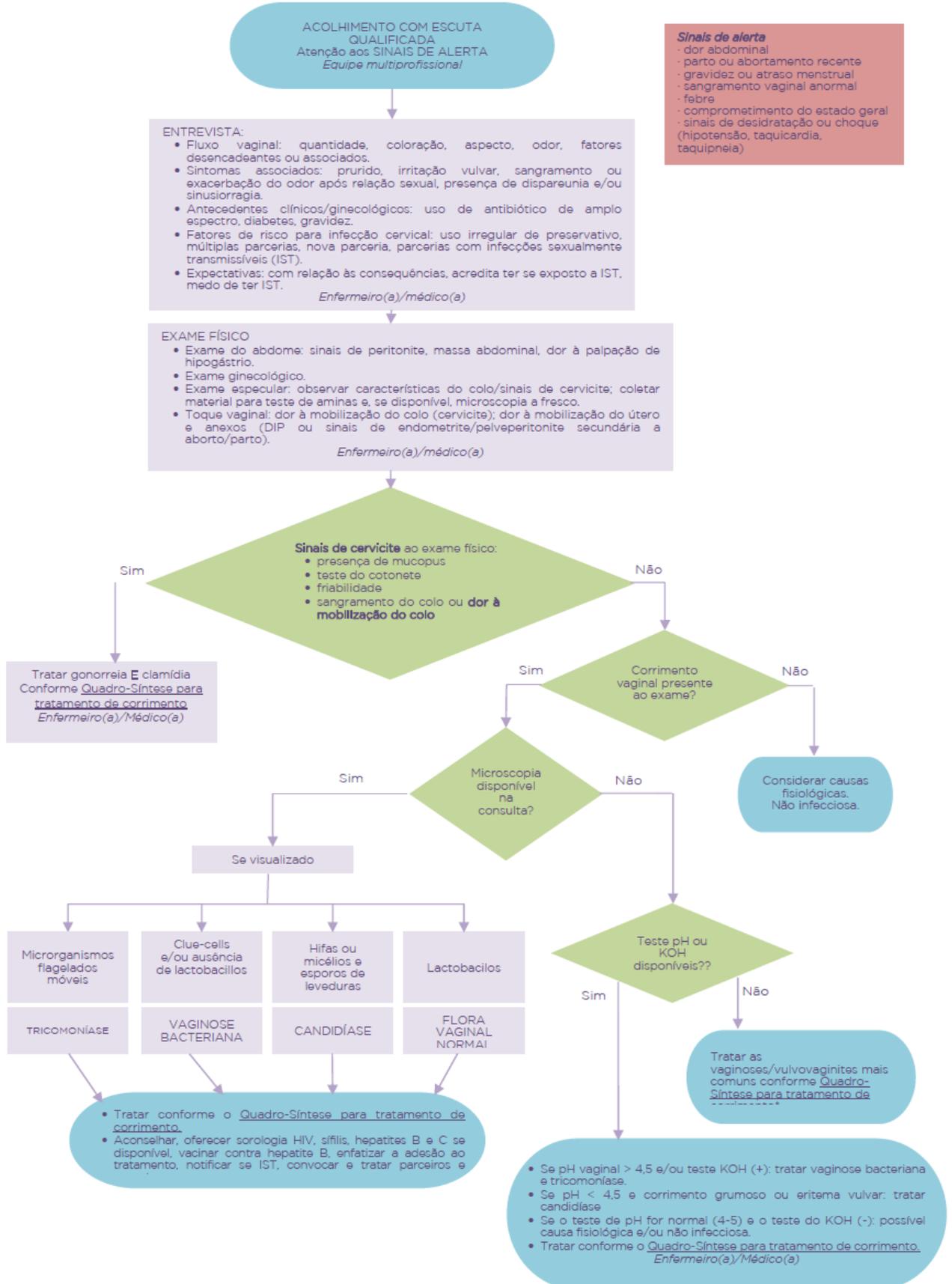
A presença de qualquer critério de risco para infecção cervical é suficiente para indicar tratamento; os critérios de risco segundo WHO, RTI (2005) adaptado por BRASIL (2006) são:

- Parceiro com sintomas.
- Paciente com múltiplos parceiros, sem proteção.
- Paciente acredita ter se exposto a IST.
- Paciente proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo (>10%) e clamídia (>20%).

Vale destacar, que se houver mucopus endocervical (teste do cotonete positivo) ou colo friável ou dor a mobilização do colo ou presença de algum critério de risco, recomenda-se o tratamento como cervicite (gonorreia e clamídia) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a).

Os fluxogramas 2 descrevem a abordagem do enfermeiro frente a cliente com queixa de corrimento vaginal e cervicite.

FLUXOGRAMA 2- CLIENTE COM QUEIXA DE CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE.



No processo de implementação do fluxograma de conduta frente a queixa de corrimento vaginal deve ser realizado o Exame Clínico-Ginecológico que deve seguir os seguintes passos segundo o manual publicado por Brasil (2006a):

- Examinar a genitália externa e região anal.
- Separar os lábios vaginais para visualizar o intróito vaginal integralmente.
- Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino.
- Fazer o teste de pH vaginal, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador na parede vaginal lateral (evitar tocar o colo).
- Colher material para o teste de Whiff (teste das aminas ou do “cheiro” = lâmina com uma gota de KOH 10% sobre uma gota de conteúdo vaginal, sendo positivo se cheiro de peixe podre) e para realização da bacterioscopia, quando disponível.
- Fazer teste do cotonete do conteúdo cervical (colher *swab* endocervical com cotonete e observar se muco purulento contrapondo em papel branco).
- Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococos, pesquisa de clamídia.

Se a paciente apresentar os **sinais clínicos de cervicite (queixas - corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria; Achados no exame físico- sangramento ao toque, mucopus e dor a mobilização do colo uterino)**, devido a possibilidade de coinfeção e desenvolvimento da doença infecciosa pélvica, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos, conforme quadro a seguir.

QUADRO 4- TRATAR INFECÇÃO POR CLAMÍDIA E GONORRÉIA

CLAMÍDIA		GONORRÉIA
Azitromicina , 1 g, VO, dose única; ou		Ciprofloxacina 500mg, VO, dose única (contraindicado em gestantes, nutrízes e menores de 18 anos);
Doxiciclina 100mg, VO de 12/12horas, por 7 dias (contraindicado em gestantes, nutrízes e menores de 10 anos);	+	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única;
ALTERNATIVA		ALTERNATIVA
Eritromicina (estearato) , 500mg,VO de 6/6 horas por 7 dias.	+	Cefotaxima , 1.000mg, IM, dose única.

Eritromicina (estearato) , 500mg, VO de 12/12 horas por 14 dias		Ofloxacina , 400mg, dose única (contraindicado em gestantes, nutrízes e menores de 18 anos);
Ofloxacina , 200mg, 12/12 horas, por 7 dias.		Cefixima 400mg, VO, dose única; ou
Ofloxacina , 400mg, 1X, por 7 dias.		Espectinomicina 2g, IM, dose única; ou
Tetraciclina , 500mg, VO, 6/6horas por 7 dias.		Ampicilina 2 ou 3g + Probenecida 1g, VO, dose única.
		Tianfenicol 2,5g, VO, duas doses a cada 12/12horas.

Fonte: Brasil, 2016.

OBSERVAÇÃO - Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única.

Outro aspecto que o profissional enfermeiro deve ficar atento é com relação ao tratamento de gestantes, nutrízes e menores de 18 anos uma vez que alguns medicamentos são contraindicados.

QUADRO 5- TRATAMENTO ESPECIAL EM CASO DE GESTANTES, NUTRIZES E MENORES DE 18 ANOS.

CLAMÍDIA		GONORREÍA
PRIMEIRA ESCOLHA		PRIMEIRA ESCOLHA
Azitromicina , 1 g, VO, dose única.		Ceftriaxona 500mg, IM dose única.
SEGUNDA ESCOLHA		SEGUNDA ESCOLHA
Amoxicilina , 500mg, VO, 8/8horas, por 7 dias; ou		Espectinomicina 2g, IM, dose única; ou
Eritromicina (estearato) , 500mg, VO de 6/6 horas por 7 dias; ou	+	Ampicilina 2 ou 3g + Probenecida 1g, VO, dose única.
Eritromicina (estearato) , 500mg, VO de 12/12 horas por 14 dias (casos de intolerância gástrica)		Cefixima 400mg, VO, dose única; ou

Fonte: Adaptado Brasil, 2016.

As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: DIP, infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

A ausência de sinais que evidenciem corrimento vaginal e nem sinais de cervicite, e com critérios de risco ausentes, o enfermeiro deve pensar em causas fisiológicas e/ou não infecciosas; que podem ser assim investigadas segundo os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a):

- A vagina apresenta secreções fisiológicas que podem aumentar em volume no período perimenstrual, no período ovulatório e na fase de excitação sexual.
- As secreções podem ser de origem alérgica (sabonete, desodorante, roupa íntima de material sintético) ou irritativa (produtos químicos, absorvente interno).
- A cliente deve ser esclarecida sobre essas possibilidades e orientada para retorno quando indicado.
- Devem ser oferecidos os testes para sífilis, hepatite B e anti-HIV após o aconselhamento.

Na evidência de corrimento vaginal, deve-se, sempre que possível proceder à análise microscópica que é o método definitivo para o diagnóstico etiológico do corrimento vaginal. Entretanto, não estando disponíveis no momento da consulta o teste para a medida do pH vaginal e o teste das aminas, e sendo visualizado o corrimento vaginal no exame especular, a paciente deve ser tratada para todas as possíveis patologias que causam, mais comumente, vulvovaginites infecciosas: tricomoníase, vaginose bacteriana e candidíase. Cabe destacar que a vaginose e a candidíase são infecções endógenas; não sendo consideradas IST (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a).

G. vaginalis e *C. albicans* podem habitar a vagina sem causar sintomas, e a infecção causadas por esses agentes não é considerada IST, diferentemente da infecção por *T. Vaginalis*, que é classificada como IST. (DUNCAN *et al.*, 2013)

7.3.1- TRICOMONÍASE

A Tricomoníase é causada pelo agente etiológico: *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), que tem período de incubação de 2 a 8 dias cuja transmissão por via sexual é de 60 a 80% sendo portanto, considerada a única IST dentre os agentes causadores de corrimento vaginal. A principal manifestação clínica é secreção vaginal abundante amarela-esverdeada, bolhosa e fétida; disúria (menos frequente; polaciúria, prurido intenso, edema de vulva; dispareunia,

hiperemia da mucosa com placas avermelhadas no colo uterino causando colpíte difusa e/ou focal com aspecto de framboesa e ao teste de Schiller aspecto tigróide (DUNCAN *et al.*, 2013; BRASIL, 2016).

A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncótica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares, estas podem estar associadas à tricomoníase. Nesses casos, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 2 ou 3 meses, para avaliar se há persistência dessas alterações (BRASIL, 2006a).

TODOS os parceiros devem ser tratados com dose única (BRASIL, 2016).
ATENÇÃO: 50% dos casos são assintomáticos.

QUADRO 6- OPÇÕES TERAPEUTICAS PARA TRICOMONIASE.

Metronidazol 2g, VO dose única, ou
Metronidazol de 400 a 500mg, VO de 12/12horas, por 7 dias ou
Metronidazol 250mg, VO de 8/8horas, por 7 dias ou
Secnidazol 2g, VO, dose única; ou
Tinidazol 2g, VO, dose única

Fonte: Brasil, 2006a

O profissional deve orientar o cliente que durante o tratamento com esses medicamentos que são derivados imidazólicos, deve-se evitar a ingestão de álcool para que não ocorra o efeito antabuse que se caracteriza por mal-estar, náuseas, tonturas, prurido ou rash cutâneo e gosto metálico na boca (BRASIL, 2006).

QUADRO 7 – OPÇÃO TERAPEUTICA PARA TRICOMONIASE NA GESTAÇÃO/ NUTRIZES.

Metronidazol 2g, VO dose única.
Metronidazol 400-500mg, VO de 12/12horas, por 7 dias ou
Metronidazol 250mg, VO de 08/08horas, por 7 dias.
Observação: Tratar independentemente da idade gestacional

Fonte: Brasil, 2016.

Observação: Suspender o aleitamento por 24 horas. A nutriz deverá ser orientada para retirar o leite necessário para alimentar o bebê durante esse período, antes de iniciar o tratamento (BRASIL, 2006a).

7.3.2- VAGINOSE BACTERIANA

A vaginose bacteriana acontece pelo desequilíbrio da flora vaginal devido a ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos da microbiota vaginal. Os agentes etiológicos são *Gardnerella vaginalis*, *mobiluncus sp*, *bacteroides sp*, *mycoplasma hominis*, *peptococcus* e outros anaeróbios (BRASIL, 2016).

O quadro clínico caracteriza-se por corrimento amarelo/ acinzentado fluido com odor fétido que se acentua após ao ato sexual e durante o período menstrual devido ao pH básico do esperma e sangue gerando a exalação de cheiro de peixe podre em decorrência da liberação das aminas putrescina e cadaverina. Sem sinais inflamatórios (DUNCAN *et al.*, 2013; BRASIL, 2016).

QUADRO 8 – OPÇÃO TERAPEUTICA PARA VAGINOSE BACTERIANA.

Metronidazol 500mg, VO de 12/12horas, por 7 dias ou
Metronidazol 2g, VO dose única, ou
Metronidazol Gel, 100mg/g 1 aplicador vaginal (5g), 1x ao dia, por 5dias ou
Clindamicina creme 2%, 1 aplicador (5g), 1x ao dia por 7 dias.
ALTERNATIVA
Clindamicina 300mg, VO, de de 12/12horas, por 7dias
Clindamicina óvulos , 100 mg, 1x ao dia por 3 dias.

Fonte: Brasil, 2016.

QUADRO 9 – OPÇÃO TERAPEUTICA PARA VAGINOSE NA GESTAÇÃO/ NUTRIZES.

Metronidazol 250mg, VO de 8/8horas, por 7 dias ou
Metronidazol 500mg, VO de 12/12horas, por 7 dias ou
Clindamicina 300mg, VO, de 12/12horas, por 7dias ou
Clindamicina óvulos , 100 mg, 1x ao dia por 3 dias.
Metronidazol gel a 0,75% , 1 aplicador (5g) 1x ao dia por 5 dias.

Fonte: Brasil, 2016.

Observação: Suspender o aleitamento por 24 horas. A nutriz deverá ser orientada para retirar o leite necessário para alimentar o bebê durante esse período, antes de iniciar o tratamento.

Fonte: Brasil, 2006a

Na vaginose bacteriana, os parceiros não precisam ser tratados de forma geral, já que não se trata de IST. Alguns autores recomendam o tratamento do parceiro apenas em casos recidivantes (BRASIL, 2006).

7.3.3- CANDIDIÁSE VULVOVAGINAL

A candidíase é uma infecção da vulva e vagina causada por um fungo comensal (*Candida spp* e *Candida albicans*) que habita a mucosa vaginal e cresce quando o meio se torna favorável cujo agente principal é a *cândida albicans*. Manifesta-se como corrimento vaginal esbranquiçado e grumoso aderida à parede vaginal e ao colo do útero, prurido vaginal intenso, sem odor, disúria, ardor, dispareunia de introito, edema de vulva, hiperemia da mucosa vulvar e vaginal, maceração e fissura (DUNCAN *et al.*, 2013; BRASIL, 2016).

Orientar medidas higiênicas como uso de roupas íntimas de algodão para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vaginal, evitar calças apertadas e retirar roupa íntima para dormir (BRASIL, 2016).

QUADRO 10 – OPÇÃO TERAPEUTICA PARA CANDIDIASE VULVOVAGINAL.

Miconazol , creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite ao deitar-se por 7 dias;ou
Clotrimazol , creme a 1%, via vaginal aplicação à noite ao deitar-se por 7 dias;
Clotrimazol , óvulos 100mg, 1 aplicação via vaginal à noite ao deitar-se dose única
Tioconazol creme a 6%, aplicação à noite por 7 dias
Tioconazol óvulos de 300mg, aplicação única ao deitar-se
Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite, ao deitar-se por 14 dias

Fonte: BRASIL, 2016.

O tratamento sistêmico deve ser feito somente nos casos recorrentes (4 ou mais episódios por ano) ou de difícil controle; sendo importante investigar fatores predisponentes como diabetes, gravidez, uso de corticoides, imunodeficiência, infecção pelo HIV. Em situação de recidiva recomenda-se o tratamento do parceiro pela via oral; vale destacar que parceiros sintomáticos também devem ser tratados (BRASIL, 2006).

QUADRO 11– OPÇÃO TERAPEUTICA PARA CANDIDIASE RESISTENTE AO TRATAMENTO TÓPICO

Fluconazol 150mg, VO em dose única ou
Itraconazol 200mg, VO 12/12 horas, por 1 dia

Fonte: BRASIL, 2006a; BRASIL, 2016.

QUADRO 12 – OPÇÃO TERAPEUTICA PARA CANDIDIASE VULVOVAGINAL EM SITUAÇÃO RECORRENTE (QUATRO OU MAIS EPISÓDIOS EM UM ANO).

Fluconazol 150mg, VO , 1 x por semana, por 6 meses ou
Itraconazol 400mg, VO, 1 x/ mês, por 6 meses ou
Cetoconazol 100 mg, VO 1 x dia por 6 meses.

FONTE: BRASIL, 2016.

Caso persiste os sintomas, encaminhar para ser avaliada na média complexidade, pois, muitas vezes, o quadro é sugestivo de candidiase de repetição, mas se trata de outras doenças que cursam com prurido vulvar (BRASIL, 2016).

A candidiase é comum durante a gestação apresentando recidivas em virtude das condições propícias do pH vaginal no período gravídico. Qualquer um dos tratamentos tópicos pode ser usado na gestação.

QUADRO 13 – OPÇÃO TERAPEUTICA PARA CANDIDIASE VULVOVAGINAL NA GESTAÇÃO.

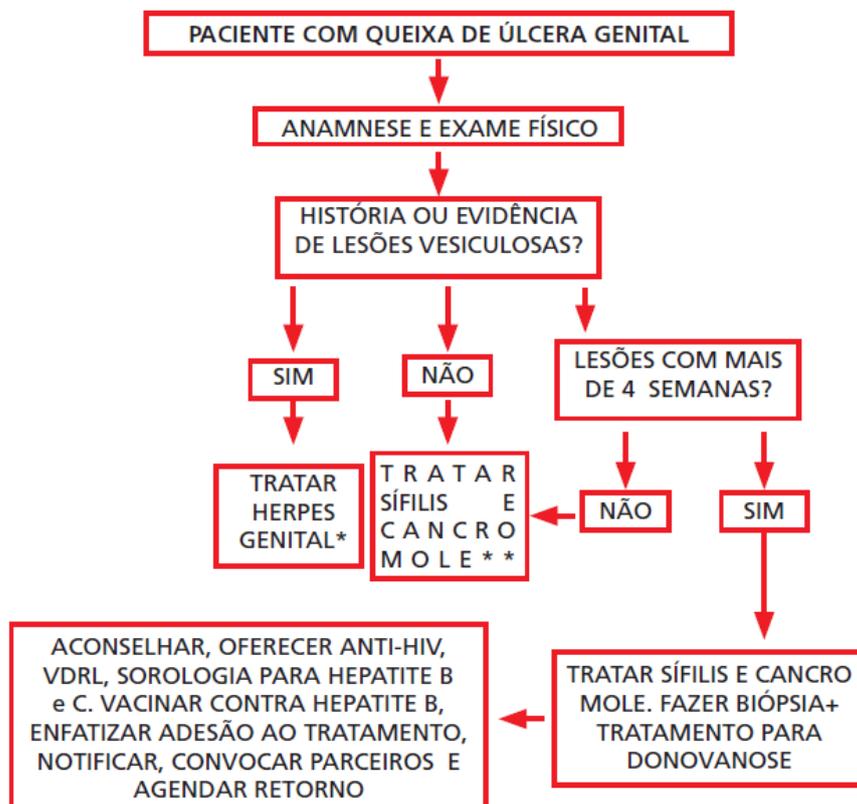
Miconazol , creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite ao deitar-se por 7 dias;ou
Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite, ao deitar-se por 14 dias
Clotrimazol , creme a 1%, via vaginal aplicação à noite ao deitar-se por 7 dias;
Clotrimazol , óvulos 100mg, 1 aplicação via vaginal à noite ao deitar-se dose única

Fonte: BRASIL, 2016.

7.4- Abordagem Sindrômica -Cliente com queixa de ulcera genital

A existência de lesão genital e/ou anal ulcerada, de origem não traumática, excluída a evidencia clinica ou antecedente de lesões vesiculares. Deve ser utilizado o Fluxograma de Ulcera Genital.

FLUXOGRAMA 3 – CLIENTE COM QUEIXA DE ULCERA GENITAL.



Fonte: Brasil, 2006.

OBS: Tratar preferencialmente com dose única o parceiro.

Na ausência de lesões vesiculosas, recomenda-se o tratamento presuntivo para as duas causas mais frequentes de úlcera genital, a sífilis primária e o cancro mole:

QUADRO 14- OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA ÚLCERAS GENITAIS (EXCETO HERPES)

Agente	1ª opção	2ª opção	Outras situações
Sífilis	Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega), ou	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrizes);	Alergia a penicilina - eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (ver capítulo específico)
+			
Cancro mole	Azitromicina 1 g VO em dose única, ou Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos) ou Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única;	Gestantes – contra-indicado uso de ciprofloxacina. Usar eritromicina ou ceftriaxona Obs: devido aos efeitos adversos da eritromicina tais com intolerância gástrica, utilizar a ceftriaxona pode ser uma alternativa á eritromicina

Fonte: BRASIL, 2006

Vale destacar, que Gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina devem ser dessensibilizadas sendo que esse procedimento ocorre a nível hospitalar em virtude da possibilidade de reações que necessitam de intervenções imediatas e de maior complexidade, maiores informações sobre esse procedimento em Manual de testes de sensibilidade à penicilina, disponível em <<http://www.aids.gov.br/Documentos e Publicações>>. (BRASIL, 2006a).

Na impossibilidade de dessensibilização as gestantes podem ser tratadas com Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 15 dias (sífilis com até 1 ano de evolução, ou recente) ou 30 dias (sífilis com mais de 1 ano de

evolução, ou tardia). Porém não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória à investigação e tratamento adequados da criança ainda na maternidade sendo necessário encaminhar a criança ao serviço especializado caso essas recomendações não tenham sido cumpridas (BRASIL, 2006a).

Se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas, deve-se suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasias. Encaminhar o paciente ou, se houver condições, realizar biópsia para investigar (BRASIL, 2006). Ao mesmo tempo, iniciar tratamento para **donovanose**, tratar até o desaparecimento das lesões com (BRASIL, 2016):

- **Doxiciclina** 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica; ou
- **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica; ou.
- **Sulfametoxazol/Trimetoprim** (800 mg/160 mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica.
- **Tetraciclina** 500 mg, de 6/6 horas, durante 3 semanas ou até cura clínica; ou
- **Azitromicina** 1 g VO em dose única, VO, 1x por semana por 3 semanas ou até cicatrizar as lesões.

Segundo os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) o cliente dever ser alertado para a longa duração do tratamento para donovanose e solicitar retornos semanais para avaliação da evolução clínica. Não havendo melhora do quadro, e de posse do diagnóstico histopatológico, encaminhar o paciente para o tratamento adequado. Na existência de histórico ou evidencia de lesões vesiculosas, recomenda-se o tratamento para herpes.

7.4.1-HERPES GENITAL

Para o 1o episódio de herpes genital, iniciar o tratamento o mais precocemente possível segundo os protocolos do Ministério da Saúde com:

- **Aciclovir** 200 mg, 4/4 hs, 5x/dia, por 7 dias **ou** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias
- **Valaciclovir** 1 g, VO, 12/12, horas por 7 dias; **ou**
- **Famciclovir** 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias.

Nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (aumento de sensibilidade, ardor, dor, prurido) com:

- **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias (ou 200 mg, 4/4hs, 5x/dia, 5 dias); **ou**
- **Valaciclovir** 500 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias; ou 1 g dose única diária, 5 dias
- **Famciclovir** 125 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias.

Casos recidivantes (6 ou mais episódios/ano) podem se beneficiar com terapia supressiva:

- **Aciclovir** 400 mg, 12/12 hs, por até 6 anos **ou**
- **Valaciclovir** 500 mg por dia por até 1 ano; **ou**
- **Famciclovir** 250 mg 12/12 hs por dia por até 1 ano.

Situações Especiais:

Gestantes: tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação.

Herpes e HIV: No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, pensar na presença de infecção pelo HIV, quando se recomenda tratamento injetável: • **Aciclovir** 5 a 10 mg por Kg de peso EV de 8/8 horas, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica.

7.4.2- LINFOGRANULOMA VENEREO

Doença infecciosa de transmissão exclusivamente sexual, caracterizada pela presença de bubão inguinal, tendo como período de incubação entre 3 a 30 dias cujo agente etiológico é a *Chlamydia trachomatis* - sorotipos L 1, L2 e L3 (BRASIL, 2006).

A doença evolui em três fases: lesão de inoculação, disseminação linfática regional e sequelas. A lesão de inoculação inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequela localizada no homem, no sulco coronal, frênulo e prepúcio; na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula e outras partes da genitália externa. Depois da inoculação segue a disseminação linfática regional sendo que no homem ocorre entre 1 a 6 semanas após a lesão inicial, sendo geralmente unilateral motivando a procura pelo serviço de saúde. Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de

inoculação sendo que as sequelas são mais frequentes quando ocorre a entrada do agente causal pela via retal gerando acometimento do reto (BRASIL, 2006).

O comprometimento ganglionar segue com supuração e fistulização por orifícios múltiplos. A lesão anal pode levar à proctite e proctocolite hemorrágica; já a lesão oral pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional. A obstrução linfática crônica leva à elefantíase genital, que na mulher é denominada estiômene. Podem ocorrer fístulas retais, vaginais, vesicais e estenose retal; vale destacar que os antibióticos não revertem as sequelas (BRASIL, 2006).

Os parceiros sexuais devem ser examinados e tratados se tiver havido contato sexual com o paciente nos 30 dias anteriores ao início dos sintomas (BRASIL, 2006).

O tratamento do Linfogranuloma segundo recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006):

- **Doxiciclina** 100 mg, VO, 12/12 horas por 21 dias ou
- **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas por 21 dias ou.
- **Sulfametoxazol/Trimetoprim** (800 mg e 160 mg), VO, 12/12 horas por 21 dias.

7.4.3-SÍFILIS

Doença infecciosa de evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*, possui transmissão sexual ou vertical, podendo produzir formas adquirida ou congênita da doença. A transmissão sexual é predominante. O risco de infecção durante o ato sexual de 60% na fase primária na presença das lesões (cancro duro, condiloma plano, placas mucosas, lesões úmidas). Os sítios de inoculação do agente causal, em geral são os órgãos genitais podendo ocorrer também extragenitais como lábios, língua, e áreas de pele que possuam solução de continuidade. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer período gestacional podendo ocasionar graves danos para o concepto (BRASIL, 2006).

A sífilis classifica-se em:

- **Sífilis adquirida**
 - recente (menos de um ano de evolução): primária, secundária e latente recente;
 - tardia (com mais de um ano de evolução): latente tardia e terciária;

• **Sífilis congênita**

- recente (casos diagnosticados até o 2º ano de vida);
- tardia (casos diagnosticados após o 2º ano de vida);

A suscetibilidade é universal e os anticorpos produzidos em infecções anteriores não confere imunidade sendo assim o individuo pode adquirir sífilis sempre que se expor ao *Treponema* (ROSSO *et al.*, 2014).

O diagnostico laboratorial pode ser realizado por meio de testes sorológicos não treponêmicos como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e treponêmicos que incluem a imunofluorescência como FTA-Abs (Fluorescent *Treponema* Antibody Absorvent Test) (BRASIL, 2006; ROSSO *et al.*, 2014)). O tratamento da sífilis depende da fase da infecção segundo Brasil (2006):

QUADRO 15– Tratamento da Sífilis.

Estadiamento	Penicilia G Benzatina	Dose-Intervalo	Controle- VDRL
Sífilis Primária	2.400.000 milhões UI IM (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).	Dose única	Mensal: gestantes Trimestral: Não gestantes
Sífilis Secundária ou latente precoce	2.400.000 milhões UI, IM, (Total de 4,8 milhões U.I).	2 doses (repetida após 1 semana)	Mensal: gestantes Trimestral: Não gestantes
Sífilis Terciária, latente tardia ou de duração ignorada	2.400.000 milhões UI, IM, (Total de 7,2 milhões U.I).	3 doses (dose semanal por 3 semanas)	Mensal: gestantes Trimestral: Não gestantes

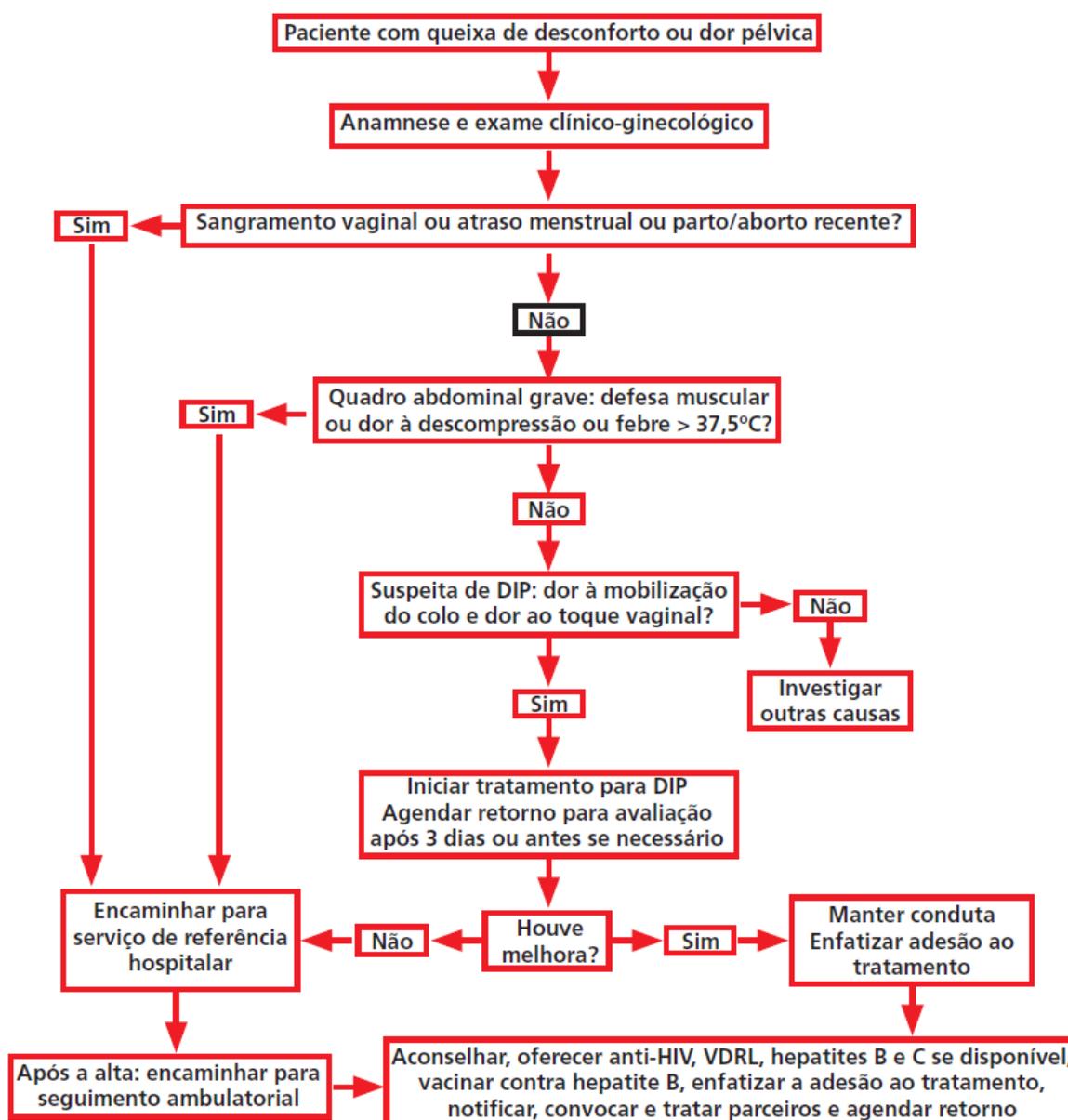
Fonte: Adaptado de Rosso *et al.*, 2014 e Brasil, 2006.

Os exames não treponêmicos são importantes para acompanhar a evolução da cura uma vez que tendem a negatização após o tratamento e os exames treponêmicos permanecem reagentes indefinidamente mesmo após tratamento (BRASIL, 2006; ROSSO *et al.*, 2014).

7.5.-Abordagem Síndrômica – Cliente com queixa de desconforto ou dor pélvica

A Doença Inflamatória Pélvica é uma síndrome clínica atribuída a ascensão de microrganismos do trato genital inferior, espontânea ou devida a manipulação (curetagem, inserção do DIU, biópsia de endométrio) comprometendo o endométrio, trompas, anexos uterinos; causadas por infecções polimicrobiana com envolvimento de bactérias anaeróbicas e facultativas sendo 90% originárias de agentes sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a; DUNCAN *et al.*,2013).

FLUXOGRAMA 4 – CLIENTE COM QUEIXA DE DESCONFORTO OU DOR PÉLVICA.



Fonte: Brasil, 2006.

O exame ginecológico deve seguir os mesmos passos descritos anteriormente, a seguir limpar o colo uterino e observar se existe mucopus ou colo friável. Após exame da vulva, vagina, colo uterino e conteúdo vaginal realizar o exame pélvico bimanual pesquisando ao toque a existência de hipersensibilidade, dor a mobilização do colo ou anexo e presença de massas ou coleções (ROSSO *et al.*, 2014).

Quando no exame não houver presença de discreta dor a mobilização ou a palpação deve iniciar tratamento para DIP que se encontra no Quadro 20.

QUADRO 16- Opções terapêuticas para DIP, sem sinais de peritonismo ou febre (tratamento ambulatorial):

Esquema 1	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única		Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias		Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias
Esquema 2	Ofloxacina 400 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias Ou Ciprofloxacina 500 mg 12/12horas por 14 dias.	+	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias	+	Metronidazol 500 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias

Fonte: BRASIL, 2006

Ao iniciar o tratamento para DIP, recomenda-se a cliente medidas gerais como repouso, abstinência sexual, tratamento sintomático (analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não hormonais). Se a cliente estiver em uso do DIU, esse deve ser retirado (após pelo menos 6h de cobertura com antibiótico). Agendar retorno em 3 dias para reavaliação e se, ao retornar, a cliente estiver apresentando melhora do quadro, o tratamento instituído deve ser mantido, recomendando-se sempre a necessidade de completá-lo. O retorno pode ser antes de três dias em caso de não houver melhora ou se houver piora do quadro. Caso não tenha melhora do quadro, o cliente deve ser encaminhado ao tratamento hospitalar com antibiótico endovenoso (BRASIL, 2006).

7.6-Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)

O *Papilomavírus humano* (HPV) é um DNA-vírus do grupo papovavírus, com mais de 100 tipos reconhecidos atualmente, 20 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em 2 grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros cofatores, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intraepiteliais e do câncer invasor do colo uterino, da vulva, da vagina e da região anal (BRASIL, 2006).

QUADRO 17- Associação de subtipos HPV e doenças neoplásicas e seus precursores.

Classificação	Tipos de HPV
Baixo risco: Estão associados às infecções benignas do trato genital como o condiloma acuminado ou plano e lesões intra-epiteliais de baixo grau. Estão presentes na maioria das infecções clinicamente aparentes (verrugas genitais visíveis) e podem aparecer na vulva, no colo uterino, na vagina, no pênis, no escroto, na uretra e no ânus.	6, 11, 42, 43 e 44
Alto risco: Possuem uma alta correlação com as lesões intra-epiteliais de alto grau e carcinomas do colo uterino, da vulva, do ânus e do pênis (raro).	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 56, 58, 59 e 68

Fonte: BRASIL, 2006

A maioria das infecções são assintomáticas ou inaparentes. Outras podem apresentar-se sob a forma de lesões exofíticas, os chamados condilomas acuminados, verrugas genitais ou cristas de galo (BRASIL, 2006).

Infecção clínica pelo HPV na genitália (com lesão macroscópica)

Na forma clínica condilomatosa, as lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se, mais frequentemente, no homem, na glande, sulco bálano-prepucial e região perianal, e na mulher, na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos (BRASIL, 2006).

O diagnóstico do condiloma é basicamente clínico, podendo ser confirmado pela biópsia que se encontra indicada quando:

- Existir dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas);
- as lesões não responderem ao tratamento convencional;
- as lesões aumentarem de tamanho durante ou após o tratamento;
- o paciente for imunodeficiente.

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das lesões condilomatosas, o que leva a cura da maioria dos pacientes. O enfermeiro deverá encaminhar o usuário com lesões condilomatosas para o profissional médico de referencia (BRASIL, 2006).

Os parceiros sexuais de usuários com condilomas devem ser convocados, uma vez que poderão se beneficiar de exame clínico para avaliação da presença de condilomas e caso necessário o enfermeiro deve encaminhar para o profissional médico de referencia (BRASIL, 2006).

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. Os pacientes devem ser notificados das possibilidades de recorrência, que frequentemente ocorre nos três primeiros meses (BRASIL, 2006).

7.7- HEPATITES VIRAIS (HEPATITE B E C)

As hepatites virais constituem um problema de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo, dado a prevalência e a magnitude da infecção relativa ao número de indivíduos infectados e elevado potencial de complicações das formas agudas e crônicas. Ao exame físico, o profissional de saúde deve pesquisar a presença de lesões sugestivas de uso de drogas injetáveis, tatuagens e piercings (ROSSO *et al.*, 2014).

São reconhecidos cinco principais tipos de hepatites virais provocados por diversos agentes etiológicos e com cursos clínicos variados; entretanto, para fins de condução deste protocolo será enfatizado hepatite B e C (ROSSO *et al.*, 2014).

7.7.1- HEPATITE B

A transmissão do vírus da hepatite B (VHB) ocorre por via parenteral, via vertical (maternoinfantil), via sexual sendo considerada uma IST. Diante de um exame HBsAg positivo, o enfermeiro deverá encaminhar o usuário para consulta especializada no Centro de Testagem e Aconselhamento -CTA (ROSSO *et al.*, 2014).

Vacina contra hepatite B

A vacina contra hepatite B esta disponível para faixas etárias específicas e para situações de maior vulnerabilidade, conforme descrito seguir.

Faixas etárias específicas

- Na faixa etária entre 0 a 49 anos.
- Gestantes.

Para todas as faixas etárias

A vacina contra a hepatite B esta disponível nos Centros de Referencia para Imunobiologicos Especiais (CRIE), conforme Manual do CRIE nos seguintes casos:

- vítimas de abuso sexual;
- vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB;
- comunicantes sexuais de portadores de HBV;
- profissionais de saúde;
- hepatopatias crônicas e portadores de hepatite C;
- doadores de sangue;
- transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea;
- doadores de órgãos sólidos ou de medula óssea;
- potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou politransfundidos;
- nefropatias crônicas/dialisados/síndrome nefrotica;
- convívio domiciliar continuo com pessoas portadoras de HBV;
- asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;
- fibrose cística (mucoviscidose);

- doença de depósito;
- imunodeprimidos;
- populações indígenas;
- usuários de drogas injetáveis e inaláveis;
- pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos,
- instituições de menores, forças armadas, etc);
- carcereiros de delegacias e penitenciárias;
- homens que fazem sexo com homens;
- profissionais do sexo;
- profissionais de saúde;
- coletadores de lixo hospitalar e domiciliar;
- bombeiros, policiais militares, policiais civis e policiais rodoviários;
- profissionais envolvidos em atividade de resgate.

7.7.2-HEPATITE C

O vírus da Hepatite C (VHC) é o principal agente etiológicos da hepatite crônica, sendo o maior responsável por cirrose e transplante hepático. A transmissão ocorre pela via parenteral e via sexual que é pouco frequente ocorrendo principalmente em pessoas com múltiplos parceiros. A transmissão vertical é rara quando comparada a hepatite B (ROSSO *et al.*, 2014).

Diante de um exame anti- VHC positivo, indica contato prévio com o vírus, dessa forma o enfermeiro deve encaminhar o usuário para consulta especializada no Centro de Testagem e Aconselhamento -CTA (ROSSO *et al.*, 2014).

7.8.- SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - HIV

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida constitui um conjunto de sinais e sintomas relacionados a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Com o objetivo da realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV deve ser realizada uma triagem sorológica utilizando exames para detectar anticorpos denominados anti-HIV-1 e anti-HIV-2 através do método ELISA, sendo necessário o aconselhamento pré-teste, autorização e aconselhamento pós teste (ROSSO *et al.*, 2014; BRASIL, 2006).

Aconselhamento pós-teste anti-HIV:

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) diante de **resultado negativo**:

- Informar que um resultado negativo pode significar duas situações: a pessoa não está infectada, ou foi infectada tão recentemente que seu organismo não produziu anticorpos numa quantidade que possa ser detectada pelo teste utilizado ("janela imunológica").
- Na hipótese de "janela imunológica", orientar sobre a necessidade de um novo teste, e reforçar a necessidade de não-exposição ao risco de infecção para o HIV e outras IST.
- Lembrar que um resultado negativo não significa imunidade.
- Discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta questões de gênero, vulnerabilidade, direitos reprodutivos, diversidade sexual e uso de drogas.
- Com os usuários de drogas, reforçar os benefícios do uso exclusivo de materiais para o consumo de drogas injetáveis.

Diante de **resultado positivo**:

- Reafirmar o caráter confidencial e voluntário da testagem anti-HIV.
- Garantir à pessoa o tempo necessário para que ela assimile o impacto do diagnóstico e expresse dúvidas e sentimentos.
- Lembrar que o resultado positivo não significa morte, ressaltando que a infecção é controlada.
- Ressaltando a importância de acompanhamento médico e psicossocial para o controle da infecção.
- Encaminhar o paciente para o serviço especializado, com atendimento multidisciplinar e grupos comunitários de apoio.
- Discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta questões de gênero, vulnerabilidade, direitos reprodutivos, diversidade sexual e uso de drogas.
- Reforçar a necessidade do uso de preservativo em todas as relações sexuais, e no caso de usuários de drogas injetáveis, reforçar a necessidade do não compartilhamento de seringas e agulhas, lembrando a necessidade de redução dos riscos de reinfecção e transmissão desse vírus para outras pessoas.

Para **gestante**, além das informações acima, informar que:

- A transmissão vertical do HIV pode ocorrer durante a gestação, o trabalho de parto, no parto e pela amamentação.
- A transmissão vertical do HIV pode ser reduzida com a instituição de intervenções profiláticas - via de parto e uso de terapia antirretroviral (TARV), indicada após avaliação clínica e laboratorial e não amamentação.
- Em caso de carga viral alta por ocasião do parto, para prevenir a transmissão da infecção para o bebê, a cirurgia cesariana eletiva é a via de parto de escolha.
- Para o recém-nascido estará indicado o uso do AZT em solução oral logo após seu nascimento, que deverá ser mantido durante as primeiras seis semanas de vida (42 dias).
- Existe o risco de transmissão do HIV (e do HTLV) pela amamentação, tanto pela mãe quanto por outra mulher. Por esse motivo a amamentação é contraindicada, bem como o aleitamento cruzado, devendo essas mulheres ser orientadas quanto a obtenção e o preparo do leite artificial.
- No caso de bebês prematuros e/ou de baixo peso, que necessitam do leite humano, serem orientadas de como obter esse leite pasteurizado de um Banco de Leite Humano reconhecido pelo Ministério da Saúde.
- Toda criança exposta ao HIV terá, ao nascer, o resultado do teste anti-HIV positivo, pela presença de anticorpos maternos. Portanto, será necessário o acompanhamento da criança, em serviço especializado, até definição de seu diagnóstico.
- É necessário que o(s) parceiro(s) realize(m) o teste anti-HIV.
- É importante o uso correto do preservativo durante todas as relações sexuais, com vistas à prevenção de transmissão e/ou reinfecção pelo HIV e de outras IST.
- Após avaliação do caso, o profissional de saúde poderá concluir da necessidade de realizar o teste de todos os filhos do casal.

O profissional de saúde deve garantir o tempo necessário para que a pessoa, e somente ela, decida com quem e quando deverá compartilhar esse diagnóstico, prestando-lhe o suporte psicológico necessário nesse processo.

Diante de **resultado indeterminado**:

- Explicar que um resultado indeterminado pode significar: um falso positivo ou um verdadeiro positivo de uma infecção recente, cujos anticorpos anti-HIV circulantes não estão ainda em quantidade suficiente para serem detectados pelos testes diagnósticos utilizados (janela imunológica).
- Orientar a realização de nova coleta para refazer o teste no período de 30 dias da emissão do resultado da primeira amostra, para verificar se houve soroconversão.
- Discutir as possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste, e referir a sua disponibilidade para o atendimento sem agendamento prévio; se necessário, encaminhar o(a) usuário(a) para atendimento psicoterápico.
- Reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de infecção pelo HIV, hepatites e outras IST.

Observação: No caso de gestantes, essa condição se constitui situação na qual a realização de exames como a carga viral deve ser considerada para auxiliar na definição da necessidade de uso de terapia antirretroviral para redução da transmissão vertical. Para isso, a gestante deverá ser encaminhada para um serviço de referência que possa utilizar estratégias adequadas na confirmação do seu estado sorológico.

A mulher, e seu parceiro, deverão ser orientados para o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Reforçar as medidas para prevenção do HIV e outras IST em todas as oportunidades com a mulher.

Após a realização da etapa de triagem sorológica, algumas situações podem ser encontradas:

1. a amostra que apresentar resultado não reagente no teste realizado, terá seu resultado definido como “ **Amostra negativa para HIV** “.
2. a amostra que apresentar resultado reagente ou inconclusivo no teste, deverá ser submetida à etapa de confirmação sorológica por meio do teste de *Western blot*.

Na ocorrência de testagem sorológica positiva ou indefinida para HIV através do método ELISA, o enfermeiro deve encaminhar o usuário para consulta médica.

7.9- Aconselhamento em IST/HIV/AIDS

Aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às IST/HIV/Aids (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a).

A prática de aconselhamento tem se configurado como uma estratégia de prevenção importante, sendo parte essencial do processo de diagnóstico do HIV. Para orientar a realização dessa prática, foram sistematizados procedimentos pré e pós-teste que auxiliam o profissional na realização desse procedimento (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a).

Para isso, é fundamental que os profissionais:

- Tenham informações atualizadas e tecnicamente corretas sobre o HIV e aids, e outras IST.
- Reconheçam suas próprias limitações e potencialidades.
- Percebam as necessidades da pessoa em atendimento, dando sempre que possível respostas a essas demandas e respeitando a individualidade da pessoa.
- Adotem uma postura de acolhimento, valorizando o que a pessoa sabe, pensa e sente a respeito de si mesma.

Os documentos do Ministério da Saúde (2006) enfatizam que o processo de aconselhamento inclui três componentes- educativos, de avaliação de risco e de apoio emocional:

- No momento educativo, há a troca de informações sobre HIV/aids e outras IST, o esclarecimento de dúvidas, orientação e demonstração do uso correto do preservativo e esclarecimento sobre o teste anti-HIV.
- A avaliação de risco consiste num diálogo objetivo sobre estilo de vida, exposições a situações de risco relacionadas a práticas sexuais e uso de drogas, levando o(a) usuário(a) a perceber suas práticas de risco e suas possibilidades de proteção.

Para a realização do processo de aconselhamento é necessário:

- Reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações.
- Identificar com clareza as necessidades do(a) usuário(a) ou do grupo.

- Facilitar a expressão de sentimentos e prestar apoio emocional.
- Explorar as situações de risco do(a) usuário(a) ou grupo e medidas de prevenção específicas.
- Trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste e o impacto na vida de cada usuário (a).
- Considerar as possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste e reforçar medidas de prevenção neste período.
- Enfatizar a relação entre IST e HIV.
- Reforçar a necessidade do atendimento do(s) parceiro(s) sexual(is) e/ou daquele(s) que compartilha(m) os materiais para uso de drogas.
- Identificar a rede de apoio disponível (família, parceiros, amigos, trabalho, outros).
- Ajudar a pessoa a reconhecer suas responsabilidades e identificar dificuldades para a adoção de práticas mais seguras, reforçando sua autoestima e autoconfiança.
- Oferecer o teste anti-HIV e solicitá-lo, com o consentimento do(a) usuário(a).
- Informar sobre a disponibilização de insumos de prevenção no serviço e em outros locais.
- Encaminhar o (a) paciente para outros serviços, quando necessário, incluindo atendimento psicoterápico e/ou grupos comunitários de apoio.
- Para gestantes, além das informações referidas acima, explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para o controle da infecção materna, quanto para a prevenção da transmissão vertical.

No caso de profissional de saúde envolvido em acidente ocupacional com risco de infecção para o HIV e outras IST:

- Considerar a especificidade do acidente.
- Encaminhar ao serviço de referência para avaliação de risco e início de terapia antirretroviral (TARV) quando indicado.
- Afirmar a necessidade de retorno para a busca do resultado do teste.

7.10. Abordagem dos parceiros sexuais

O ideal é que os parceiros sejam trazidos para aconselhamento, diagnóstico e tratamento pelo próprio portador de IST. Caso não compareça, outras atividades poderão ser desenvolvidas, de acordo com as possibilidades de cada serviço (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a).

Princípios da convocação de parceiros

Para que se rompa a cadeia de transmissão das IST, é fundamental que os contatos sexuais dos indivíduos infectados sejam tratados. O profissional deve aconselhar o cliente que:

- a natureza confidencial de suas informações;
- a possibilidade de parceiros sem sintomas estarem infectados;
- a possibilidade de reinfeção se um parceiro permanece infectado;
- as consequências para o parceiro, se não tratado;
- as consequências para outros contatos do parceiro, se esse não for tratado;
- formas de transmissão e risco da infecção;
- a necessidade de pronto atendimento médico e os locais onde consegui-lo;
- a necessidade de evitar contato sexual até que seja tratado e/ou aconselhado;
- na impossibilidade de evitar contato sexual, a necessidade de uso consistente do preservativo.

Procedimentos para comunicação de parceiros

Serão considerados parceiros, para fins de comunicação ou convocação, os indivíduos com quem o cliente relacionou-se sexualmente entre 30 e 90 dias, segundo a tabela abaixo, excluindo-se os parceiros de mulheres com corrimento por vaginose bacteriana e candidíase (BRASIL, 2006).

QUADRO 18- Condições clínicas e tempo de contato sexual para comunicação aos parceiros.

	Úlceras	Corrimento uretral ou infecção cervical	DIPA	Sífilis	Tricomoníase
Tempo do contato sexual	90 dias	60 dias	60 dias	Secundária=6m Latente = 1 ano	Parceiro atual

Fonte: WHO 2005

Fonte: Brasil, 2006.

7.11-Vigilância Epidemiológica das IST

Apenas a sífilis em gestante, sífilis congênita, a AIDS e a infecção pelo HIV em gestantes/ crianças expostas são doenças de transmissão sexual de notificação compulsória. Para as outras IST, recomenda-se a notificação universal baseada em síndromes, via SINAN, conforme tabela abaixo:

QUADRO 19- Vigilância Epidemiológica das IST

DST	CÓDIGO (CID 10)
SÍNDROME DA ULCERA GENITAL (EXCLUÍDO HERPES GENITAL)	N48.5
SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL	R36
SÍNDROME DO CORRIMENTO CERVICAL (SINTOMÁTICO)	N72
SÍFILIS EM ADULTOS (EXCLUÍDA A FORMA PRIMÁRIA)	A53
HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISÓDIO)	A60
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	A63.0
SÍFILIS NA GESTANTE	O98.1

Fonte: BRASIL, 2006

7.12.- Ações de prevenção de IST

Insumos de Prevenção

Preservativos

A oferta de preservativo no serviço de saúde melhora o vínculo entre a equipe de saúde e a população, promovendo maior receptividade às ações de educação em saúde. A transmissão sexual é a principal responsável pela maioria dos casos de IST, e o preservativo, quando usado de forma correta e sistemática, é considerado o principal insumo de prevenção, além de conferir dupla proteção (BRASIL, 2006).

Durante sua disponibilização, o profissional de saúde deve reforçar:

- A qualidade do preservativo oferecido no serviço público.
- Que não há interferência no prazer sexual.
- Questões de gênero e possibilidades de negociação do uso do preservativo.
- A necessidade de conhecer e lidar com o próprio corpo.
- O uso no sexo oral.
- A aquisição em unidades públicas de saúde de forma gratuita ou em farmácias.

7.13- Serviço de referência

CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento de Montes Claros

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços de saúde direcionados para o diagnóstico e prevenção de IST. Nesses serviços, são realizados testes para HIV, sífilis e hepatites B e C.

O usuário passa por uma sessão de aconselhamento individual ou coletivo. O aconselhamento tem como objetivos oferecer apoio emocional ao usuário, esclarecer suas informações e dúvidas sobre IST e HIV/aids e ajudá-lo a avaliar os riscos que corre e as melhores maneiras que dispõe para prevenir-se.

São disponibilizados insumos de prevenção, como camisinhas masculinas e femininas, gel lubrificante e material educativo.

Endereço: Avenida Floriano Neiva , S/N – Alto São João Fone: (38) 3229-3319 – 3229-3318

7.14- Competências dos profissionais da rede de atenção à saúde

Atribuições comuns a todos os profissionais

As atribuições dos profissionais no atendimento aos portadores de HIV/aids e outras IST se apoiam nas seguintes diretrizes:

1. Contribuir para reduzir o preconceito e discriminação que envolvem as questões relacionadas à sexualidade.
2. Promover a inserção social das pessoas vivendo com HIV/aids.
3. Sensibilizar a população com relação à promoção, prevenção, diagnóstico e assistência a esses agravos.
4. Garantir acesso e atendimento às populações mais vulneráveis para essas infecções.
5. Atuar de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados no tratamento de pessoas com esses agravos.
6. Identificar e desenvolver ações em parceria com os serviços existentes na comunidade.

Tendo por base o exposto, pode-se definir as seguintes atribuições para a equipe:

NA COMUNIDADE

1. Desenvolver atividades educativas, com o objetivo de sensibilizar a população quanto à prevenção e controle desses agravos.
2. Estabelecer uma relação de confiança com o portador de IST, HIV/AIDS.
3. Oferecer as gestantes no acompanhadas de pré-natal os testes para HIV, Hepatite B e sífilis.
4. Identificar as pessoas com queixa sugestiva de IST e realizar avaliação.
5. Realizar planejamento de ações de promoção à saúde e prevenção às IST/HIV/aids.

NA UNIDADE DE SAÚDE

1. Estabelecer uma relação de confiança, com o portador de IST, HIV/AIDS.
2. Desenvolver atividades educativas de prevenção e controle desses agravos.
3. Garantir acolhimento a todas as pessoas que busquem as UBS.
4. Organizar o processo de trabalho da unidade para atendimento da demanda identificada na comunidade.
5. Realizar aconselhamento e oferecer o teste anti-HIV aos portadores de IST, às pessoas vulneráveis e aos que buscam o serviço com clínica sugestiva de IST, HIV/aids ou história de risco para esses agravos.
6. Promover a adesão das gestantes ao pré-natal e oferecer o teste para sífilis, para Hepatite B e para o HIV, a todas as gestantes da área de abrangência da unidade, realizando aconselhamento pré e pós-teste.
7. Inserir a abordagem de risco para as IST e infecção pelo HIV nas diferentes atividades realizadas.
8. Utilizar a abordagem sindrômica na assistência ao portador de IST, levando em conta o contexto pessoal, familiar e social em que a doença se desenvolve.
9. Desencadear ações de aconselhamento/testagem e tratamento voltadas aos parceiros sexuais dos portadores desses agravos.
10. Garantir a observância das normas de precaução universal, a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico.
11. Realizar as ações, de vigilância epidemiológica, pertinentes a cada caso.
12. Encaminhar os portadores de HIV/AIDS e outras ISTs (se necessários), aos serviços de referência.
13. Realizar assistência domiciliar aos pacientes portadores de aids, buscando atuar de forma integrada com a equipe de assistência domiciliar terapêutica.

ENFERMEIRO

- Acolher usuário de forma humanizada;
- Promover atendimento integral ao usuário;
- Realizar Consulta de enfermagem;
- Solicitar exames para complementação diagnóstica, quando necessário conforme protocolo;
- Realizar/ participar de atividades de educação permanente/educação continuada junto aos demais profissionais da equipe.

- Encaminhar, quando necessário, o usuário ao médico segundo fluxo de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento;
- Executar tratamento das ISTs diagnosticadas segundo protocolo;
- Seguir as normas de precaução universal, a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico;
- Realizar as ações, de vigilância epidemiológica, pertinentes a cada caso.
- Realizar visita domiciliar, quando necessário;
- Oferecer testes anti-HIV com aconselhamento pré e pós teste segundo critérios de vulnerabilidade.
- Abordar a prevenção das ISTs em todos os atendimentos individuais e coletivos.
- Coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem na prevenção das ISTs/AIDS;
- Controlar a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações;
- Respeitar o sigilo profissional em relação ao diagnóstico do paciente;

MÉDICO

- Acolher usuário de forma humanizada;
- Promover atendimento integral ao usuário;
- Realizar Consulta médica;
- Solicitar exames para complementação diagnóstica, quando necessário;
- Realizar/ participar de atividades de educação permanente/educação continuada junto aos demais profissionais da equipe.
- Encaminhar, quando necessário, os usuários a serviços de referência de média e alta complexidade segundo fluxo de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento;
- Executar tratamento das ISTs diagnosticadas;
- Seguir as normas de precaução universal, a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico.
- Realizar as ações, de vigilância epidemiológica, pertinentes a cada caso.
- Realizar visita domiciliar, quando necessário;

- Oferecer testes anti-HIV com aconselhamento pré e pós teste segundo critérios de vulnerabilidade.
- Abordar a prevenção das ISTs em todos os atendimentos individuais e coletivos;
- Respeitar o sigilo profissional em relação ao diagnóstico do paciente.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Acolher usuário de forma humanizada;
- Promover atendimento integral ao usuário;
- Administrar medicamentos e executar procedimentos de enfermagem, quando necessário;
- Participar de atividades de educação permanente/educação continuada junto aos demais profissionais da equipe.
- Seguir as normas de precaução universal, a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico.
- Realizar as ações, de vigilância epidemiológica, pertinentes a cada caso.
- Realizar visita domiciliar, quando necessário;
- Abordar a prevenção das ISTs em todos os atendimentos individuais e coletivos.
- Levantar e informar complicações e abandono de tratamento;
- Auxiliar os médicos e enfermeiros quando solicitado;
- Respeitar o sigilo profissional em relação ao diagnóstico do paciente;

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

- Acolher usuário de forma humanizada;
- Participar de atividades de educação permanente/educação continuada junto aos demais profissionais da equipe.
- Realizar as ações, de vigilância epidemiológica, pertinentes a cada caso.
- Realizar visita domiciliar;
- Abordar a prevenção das ISTs em todo contato com usuário;
- Respeitar o sigilo profissional em relação ao diagnóstico do paciente;
- Realizar busca ativa de casos na comunidade;
- Agendar consulta de enfermagem ou médico e retorno;

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Painel de indicadores do SUS n. 4- Temático Saúde da Família*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *HIV/Aids, hepatites e outras IST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Caderno de Atenção Básica n. 18).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. *Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica*. Belo Horizonte: 2012.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária em Evidencias*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MATTEI DA, TAGLIART MH, MORETTO EFS. O enfermeiro na equipe de saúde da família. *RECENF* v.11, n.3, p. 308-317, 2005.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - atenção básica*. Montes Claros, 2006.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2013.

ROSSO, C.F.W. et al. *Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado de Goiás*. 2 ed. Goiania: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014.

SOUZA, M.T *et al.* *Revisão integrativa: o que é e como fazer.* *Einstein.* 2010, n.8, p.102-6.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.* Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

FONSECA, Gildete Soares; FERNANDES, Duval Magalhães. Montes Claros espaço de emigração e imigração intermunicipal na microrregião de Montes Claros. Trabalho apresentado no XVI Seminário sobre a Economia Mineira, realizado em Diamantina (Minas Gerais), de 16 a 20 de setembro de 2014. Disponível em:

<<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/montes-claros-espaco-de-emigracao-e-imigracao-intermunicipal-na-microrregiao-de-montes-claros.pdf>>

Acesso em: Agosto/2017.

IBGE-CIDADES. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>> Acesso em:

Agosto/2017.

CASTELLO BRANCO, M. L. G. Algumas considerações sobre a identificação das cidades médias. SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. (org) *Cidades médias: espaços em transição.* São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 89-112.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:

<www.ibge.gov.br/> Acesso em: Agosto/2017.

FRANÇA, Iara Soares de. Indicadores sociais e econômicos para uma leitura do processo de fragmentação do espaço urbano e desigualdade social na cidade média de Montes Claros/MG. 2011. Disponível em:

<<file:///C:/Users/jairo.nascimento.SMSAU/Downloads/51-100-1-SM.pdf>> Acesso em:

Agosto/2017.

SANTOS, Luíz Filipe Rodrigues dos; Santos, Maria Santana Silva; Santos, Thaís Pereira dos; *Desigualdades socioeconômicas em Montes Claros-MG: breves apontamentos.* V Congresso em Desenvolvimento Social, 2016. Disponível em:

<http://www.congressods.com.br/anais/gt_02/DESIGUALDADES%20SOCIOECONOMICAS%20EM%20MONTES%20CLAROS.pdf> Acesso em: Setembro/2017.

ADHB - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em:

<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg> Acesso em:

Setembro/2017.

MEC. Ministério da Educação. Portal do MEC. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/32962>> Acesso em: Setembro/2017.

PNAD (Pesquisa Nacional : Disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149> Acesso em: Setembro/2017.