



PACK Brasil Adulto

Practical Approach to Care Kit
Kit de Cuidados em Atenção Primária

Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde

2020

Agradecimentos

O **PACK Global Adult** foi desenvolvido durante um período de 18 anos por Ruth Cornick e Lara Fairall para a realidade Sul-Africana e alinhado e adaptado às mais recentes evidências e recomendações globais por Camilla Wattruss, Sandy Picken, Ajibola Awotiwon e Emma Carkeek da Unidade de Tradução de Conhecimento (Knowledge Translation Unit – KTU), do Instituto do Pulmão da Universidade da Cidade do Cabo (University of Cape Town Lung Institute). Seu desenvolvimento foi consultivo e interativo. Experiências e feedback das edições anteriores informaram melhoras no conteúdo e apresentação.

Nós agradecemos o papel representado pelos parceiros de adaptação e implementação do **PACK**, especialmente o Departamento de Saúde da municipalidade da Cidade do Cabo, o Departamento de Saúde da Província do Cabo Ocidental e o Departamento Nacional de Saúde da África do Sul e agradecemos os clínicos, gestores e usuários por suas contribuições nas edições anteriores desta ferramenta de manejo clínico.

No Brasil a adaptação do **PACK Global Adult** foi realizada em 2015 pela equipe da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis sob a liderança do Médico de Família Ronaldo Zonta, atuando como coordenador técnico-científico (guideline leader), e de Jorge Ernesto Sérgio Zepeda e Matheus Pacheco de Andrade, como coordenadores gerais do projeto. O processo de adaptação foi orientado pela Knowledge Translation Unit, liderado por Camilla Wattruss.

A primeira edição do **PACK Brasil Adulto**: versão Florianópolis foi lançada em 2016, sendo que em 2017, 2018 e 2020 foram desenvolvidas e lançadas suas atualizações com base nas mais recentes evidências científicas, protocolos clínicos nacionais e na experiência/feedback dos treinadores locais, especialistas, gestores e demais profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Essa é a primeira edição do **PACK Brasil Adulto**: versão nacional lançada agora em 2020. Ela foi desenvolvida com base na versão Florianópolis com ajustes e adaptações.

A coordenação do projeto agradece a contribuição valerosa e decisiva dos seguintes profissionais de saúde de Florianópolis: Ana Cristina Magalhães Fernandes Báfica, Elizimara Ferreira Siqueira, Filipe Barros Perini, João Paulo Mello da Silveira e Julia Maria de Souza que atuaram como equipe nuclear no processo de revisão, adaptação e tradução do material.

O **PACK Brasil Adulto**: versão Florianópolis 2020 e a versão nacional não seriam possíveis sem o apoio irrestrito da gestão central da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, na figura do atual Secretário Prof. Dr. Carlos Alberto Justo da Silva.

Agradecemos ainda a contribuição dos colegas a seguir, que atuaram como consultores no processo de atualização para a versão de 2018:

| | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| Alessandra Vieira | Camila Zardo Manassi | Ennel Mendonça Gutzeit | Kelly Lucia dos Santos de Sousa | Nathalia Rezende Pimentel |
| Amanda Priscila de Souza Pereira | Carlos Eduardo Lara Henriques | Fernanda Karolinne Melchior Silva Pinto | Kelly Maciel Silva | Neura Mello Berka |
| Ana Carolina Severino da Silva | Caroline Schweitzer de Oliveira | Fernanda Simas França | Kenia Alice da Silva | Nicolle Vigna Nakata |
| Ana Cristina Vidor | Cheila Cristine Prim | Gabriela Liliane Wiest | Leila Beatriz Brandes de A Ferreira | Rafael Garcia Eymael |
| Ana Lucia Biz | Chris de Brida | Guilherme Mortari Belaver | Lisiane Candido | Renata da Rosa Turatti Fetznor |
| Ana Maria Bim Gomes | Cristiane Regina Pereira | Ieda Hubner Campos | Luciane Mara dos Santos | Reno Ortega Viero |
| André Costa Dias | Cristiane Rodrigues Waltrick | Indiana Acordi | Luiz Fernando Niquerito Nunes | Rodolfo Weber Mayer |
| Anelise Alves Nunes | Daniela Salome de Andrade | Ingrid do Socorro da Silva Lopes | Lysiane de Medeiros | Sara de Brito de Bem Silva |
| Angelica da Silva | Deborah de Oliveira Renzetti | Jaciara Vilselia Pacifico Vieira | Marcelo Suderio Rodrigues | Tatiane Aparecida Pinto |
| Angelica Maria Uzcatedra Diaz | Denise Tatiana Loesch | Jason Joavaert Mota Kreis | Marcos Paulo Marzollo Maria | Tatiane Shimanko Bugs |
| Ariadna Belinda Saavedra Ibacache | Deniz Faccin | João Caetano Carpeggiani | Marcos Revillion de Oliveira | Vinicius Paim Brasil |
| Bibiana de Moraes Arns | Denos Barbosa Goulart Neto | João Paulo Neri Garibaldi | Marynes Terezinha Reibnitz | Wagner Omar Cury Silva |
| Caio Visalli Lucena da Cunha | Diogo Luis Scalco | Juliana Cipriano Braga Silva | Nathalia Ferraz Olskovicz | |

Atribuímos as fontes das fotografias a: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), BMJ Best Practice, a Division of Rheumatology, Faculty of Health Sciences, Stellenbosch University, e os pacientes e funcionários da University of Cape Town's Division of Dermatology, Department of Medicine; Division of Otolaryngology, Department of Surgery and School of Public Health e Family Medicine. Atribuímos o layout à Pearl Spiller da Knowledge Translation Unit, University of Cape Town Lung Institute e as ilustrações à Izak Volgraaf e Angelo Arthur de Capua.

Como referenciar o PACK: PACK Brasil Adulto: versão nacional. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2020. Título original: Practical Approach to Care Kit – PACK Global Adult.

AVISO LEGAL: O conteúdo deste documento foi desenvolvido para, e intenciona-se para o uso por, profissionais de saúde trabalhando na Atenção Primária à Saúde em países em desenvolvimento. A informação é provida como se apresenta sem qualquer representação, condição ou garantias sobre sua precisão, relevância, utilidade ou adequação de propósito. Quaisquer declarações do contrário são nulas. O usuário é totalmente responsável pela utilização desta informação. Ao alcance máximo da lei, o University of Cape Town Lung Institute (Pty) Ltd e o BMJ Publishing Group Limited não poderão ser responsabilizados por qualquer aspecto do cuidado em saúde com base na confiança nesta ou com a ajuda desta, informação ou qualquer outro uso dela. Usuários deste material são fortemente encorajados a consultar variadas fontes de informação e usar seu próprio julgamento profissional quando tratando de pacientes usando esta informação. É de responsabilidade dos usuários assegurarem-se que a informação contida neste documento é apropriada ao cuidado requerido para cada paciente sob seu cuidado. A informação contida neste documento não pode ser considerada substituição deste julgamento.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Sobre o PACK

O **Practical Approach to Care Kit - PACK Global Adult** – é uma ferramenta abrangente para suporte à tomada de decisão clínica na atenção primária, voltada para o manejo de pacientes adultos, com 18 anos ou mais. Ele usa algoritmos simples para avaliar e tratar pacientes com sintomas comuns e tem um formato padronizado de *checklist* para o cuidado de doenças crônicas. Ele oferece suporte clínico para a integração do cuidado ao paciente com múltiplos problemas e, sempre que possível, orienta o diagnóstico de condições crônicas prioritárias.

O **PACK Global Adult** foi desenvolvido, testado e refinado pela Knowledge Translation Unit (KTU) do Universtery of Cape Town Lung Institute em conjunto com clínicos, gestores dos Departamentos de Saúde Provincial e Nacional e outros formuladores de políticas na África do Sul.

O **PACK Global Adult** foi projetado para apoiar o cuidado na atenção primária em cenários de países em desenvolvimento, nos quais recursos e habilidades clínicas são escassos e faltam evidências. Numa tentativa de fazer recomendações baseadas em evidências, pragmáticas e localmente relevantes tanto quanto possível, o **PACK Global Adult** alinha-se com a ferramenta de tomada de decisões clínicas do BMJ, o Best Practice, assim como os mais recentes protocolos da Organização Mundial de Saúde, incluindo a Lista de Medicamentos Essenciais. No **PACK Brasil Adulto: versão nacional** o mesmo grau de alinhamento se dá com os protocolos, normas e listas nacionais. O material é projetado para ser usado em cenários com prevalência de HIV e TB, assim como abrange doenças não transmissíveis, problemas de saúde da mulher, saúde mental e cuidados paliativos.

A KTU construiu uma base de dados que usa como referência o Best Practice e outros protocolos que alimentam cada uma das cerca de 4000 recomendações clínicas, diagnósticas e de manejo do **PACK Global Adult**. Esta base de dados apoiou o processo de adaptação do **PACK Global Adult** para o contexto brasileiro e também serve como fonte para atualizações anuais, garantindo sua relevância ao longo do tempo.

Como usar o PACK Brasil Adulto: versão nacional

O **PACK Brasil Adulto: versão nacional** é desenhado para refletir o processo de condução de uma consulta clínica com um paciente adulto na atenção primária. Ele é dividido em três sessões principais: Avaliação Geral de Saúde, Sintomas e Condições Crônicas:

- No paciente estável que demanda/necessita de avaliação de rotina comece pela avaliação geral de saúde do paciente para então abordar seu(s) sintoma(s) e/ou condição(ões) crônica(s).
- No paciente que apresentar um ou mais sintomas, inicie identificando o sintoma principal. Use o índice "Conteúdos: sintomas" para encontrar a página correspondente ao sintoma do paciente. Decida se o paciente necessita de atenção urgente (quadro vermelho) e, se não for o caso, siga o algoritmo para planejar o manejo ou para considerar uma condição crônica na seção de condições crônicas do **PACK Brasil Adulto: versão nacional**.
- No paciente com uma condição crônica conhecida, use o índice "Conteúdos: condições crônicas" para encontrar a página correspondente à condição do paciente. Vá para as páginas de cuidados de rotina, com códigos de cores, para manejar as condições crônicas do paciente usando a estrutura "Avalie, Aconselhe e Trate".
- As setas direcionam para outra página do **PACK Brasil Adulto: versão nacional**:
 - A seta de retorno (↩) direciona para uma página nova mas sugere que você retorne e continue na página original.
 - A seta reta (→) direciona para continuar em outra página.
- As tabelas de avaliação nas páginas de Cuidados de Rotina são dispostas em 3 tons para refletir aspectos da história, exame físico e investigações complementares a serem considerados.
- Consulte o glossário para abreviaturas e unidades usadas no **PACK Brasil Adulto: versão nacional**.

O **PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis** tem o potencial de possibilitar o compartilhamento e a transferência de tarefas necessários para tornar a Atenção Primária à Saúde prática e eficiente. As responsabilidades de médicos e enfermeiros estão claramente sinalizadas e definidas nos algoritmos estipulados, estando alinhadas aos **Protocolos de Enfermagem do município de Florianópolis**:

- Os medicamentos, exames e procedimentos destacados com a cor **laranja** devem ser prescritos, solicitados ou realizados exclusivamente por médicos.
- Os medicamentos destacados com a cor **verde** podem ser prescritos tanto por médicos como por enfermeiros.
- Os medicamentos destacados com a cor **azul** podem ser prescritos inicialmente somente por médicos e podem ser renovados por enfermeiros.
- Os exames e procedimentos na cor **preta** podem ser solicitados ou realizados tanto por médicos como por enfermeiros.

Caso o gestor municipal opte por validar esse documento como protocolo de enfermagem para os fins previstos na Lei Federal nº 7.498/1986 e na Resolução COFEN nº 195/1997, deverá publicar documento normativo explicitando isso.

Para informações adicionais sobre o PACK e seu programa de treinamento, para solicitar cópias impressas, ou oferecer feedback, contate as equipes de Florianópolis ou do BMJ ou KTU:
Florianópolis: packadultofloripa@gmail.com KTU: ktu@uct.ac.za ou www.knowledgetranslation.co.za/contact-us BMJ: support@bmj.com ou www.bmj.com

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATORIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Como usar o PACK



Sempre comece na página de conteúdos:

Avaliação geral de saúde | Sintomas | Condições crônicas

Use o quadro vermelho para determinar se o paciente precisa de **atenção urgente e maneje-o** apropriadamente.

Se o paciente não precisa de atenção urgente, siga o algoritmo para planejar o manejo ou para considerar uma condição crônica.

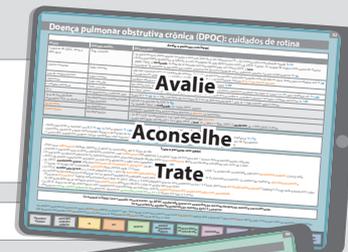
O paciente tem/precisa:

Disso ou

Daquilo

O guia usa setas para encaminhar para páginas relevantes durante a avaliação ou cuidado de rotina:

- A seta de retorno ↶ guia para uma nova página mas sugere que você retorne para continuar na página original.
- A seta direcional → guia para continuar em outra página.



A abordagem em 3-passos **Avalie**, **Aconselhe** e **Trate** padroniza a abordagem do paciente com uma condição crônica.

A tabela 'Avalie' é dividida em diferentes escalas de cinza para indicar as 3 áreas de avaliação:

Avalie

História (o que perguntar)

Exame físico (o que procurar)

Exames complementares (que testes fazer/solicitar)

Medicamentos, **exames** e **procedimentos** podem ter um código de cores alinhado ao escopo de práticas dos diversos profissionais clínicos que trabalham na atenção primária.



CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Condições crônicas

Tuberculose (TB)

| | |
|--|----|
| Tuberculose (TB): diagnóstico | 76 |
| TB Sensível (TB-S): cuidados de rotina | 78 |

HIV

| | |
|---|----|
| Exposição a fluidos infecciosos: profilaxia pós-exposição | 74 |
| Reavaliar o paciente em profilaxia pós-exposição | 75 |
| HIV: diagnóstico | 81 |
| HIV: cuidados de rotina | 82 |

Hepatite

| | |
|-------------------------------|----|
| Hepatite B (HBV): diagnóstico | 87 |
| Hepatite C (HCV): diagnóstico | 88 |

Doenças respiratórias crônicas

| | |
|---|----|
| Asma e DPOC: diagnóstico | 89 |
| Usando inaladores e espaçadores | 89 |
| Usando um medidor de pico de fluxo expiratório ('peak flow') | 90 |
| Asma: cuidados de rotina | 91 |
| Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): cuidados de rotina | 92 |

Doenças crônicas do estilo de vida

| | |
|---|-----|
| Risco Cardiovascular (RCV): diagnóstico | 93 |
| Risco Cardiovascular (RCV): cuidados de rotina | 94 |
| Diabetes: diagnóstico | 95 |
| Diabetes: cuidados de rotina | 96 |
| Hipertensão: diagnóstico | 98 |
| Hipertensão: cuidados de rotina | 99 |
| Insuficiência cardíaca: cuidados de rotina | 101 |
| Derrame (AVC): diagnóstico e cuidados de rotina | 103 |
| Doença cardíaca isquêmica: avaliação inicial | 104 |
| Doença cardíaca isquêmica: cuidados de rotina | 105 |
| Doença Arterial Periférica (DAP) | 106 |

Saúde mental

| | |
|---|-----|
| Uso de álcool/drogas | 107 |
| Uso de tabaco | 108 |
| Depressão: diagnóstico | 109 |
| Depressão e/ou ansiedade generalizada: cuidados de rotina | 110 |
| Esquizofrenia | 112 |
| Demência | 114 |

Epilepsia

115

Desordens musculoesqueléticas

| | |
|-----------------|-----|
| Artrite crônica | 116 |
| Gota | 117 |
| Fibromialgia | 118 |

Saúde da mulher

| | |
|---|-----|
| Contraceção | 119 |
| A paciente gestante | 121 |
| Cuidado pré-natal de rotina | 123 |
| Cuidado pós-natal (puerperal) de rotina | 125 |
| Menopausa | 127 |

Cuidados paliativos

128

Outras páginas

| | | | | | |
|-------------------------|---|------------------------------------|-----|---|-----|
| Prescreva racionalmente | 8 | Comunique-se efetivamente | 130 | Proteja-se do estresse ocupacional | 132 |
| Encaminhe adequadamente | 9 | Proteja-se de infecção ocupacional | 131 | Apoie o paciente para fazer uma mudança | 133 |

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Glossário: acrônimos

A

| | |
|--------|---|
| ACS | Agente comunitário de saúde |
| AGC | Células glandulares atípicas |
| AINEs | Anti-inflamatórios não-esteroidais |
| AIT | Acidente isquêmico transitório |
| ARV | Antiretroviral |
| ASC-H | Células escamosas atípicas sugestivas de alto grau/ células atípicas |
| ASC-US | Células escamosas atípicas de significado indeterminado |
| AVC | Acidente vascular cerebral, derrame |

B

| | |
|--------|-----------------------------|
| BCF | Batimento cardíaco fetal |
| BT e F | Bilirrubina total e frações |

C

| | |
|----------|------------------------------------|
| CIT | Centro de Informações Toxicológica |
| CK total | Creatinquinase total |
| CT | Colesterol total |
| CV | Carga viral |

D

| | |
|------|------------------------------------|
| DAP | Doença arterial periférica |
| DCV | Doença cardiovascular |
| DIP | Doença inflamatória pélvica |
| DM | Diabetes |
| DPOC | Doença pulmonar obstrutiva crônica |
| DPP | Data provável de parto |
| DRGE | Doença do refluxo gastroesofágico |

E

| | |
|-----|---------------------------|
| ECG | Eletrocardiograma |
| EDA | Endoscopia digestiva alta |
| EEG | Eletroencefalograma |

F

| | |
|----|-------------------------|
| FA | Fosfatase alcalina |
| FC | Frequência cardíaca |
| FR | Frequência respiratória |

G

| | |
|-----|-------------------------|
| GGT | Gamaglutamiltransferase |
|-----|-------------------------|

H

| | |
|------|---|
| HAS | Hipertensão arterial sistêmica |
| Hb | Hemoglobina |
| HBV | Hepatite B |
| HCV | Hepatite C |
| HMG | Hemograma |
| HSB | Homens que fazem sexo com homens |
| HSIL | Lesões escamosas intraepiteliais de algo grau |

I

| | |
|------|------------------------------------|
| IAM | Infarto agudo do miocárdio |
| ILTB | Infecção latente por tuberculose |
| IMC | Índice de massa corporal |
| IPs | Inibidores de protease |
| IST | Infecção sexualmente transmissível |
| ITU | Infecção do trato urinário |

L

| | |
|------|--|
| LDH | Desidrogenase Láctica ou Lactato Desidrogenase |
| LSIL | Lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau |
| LSN | Limites Superiores da Normalidade |

M

| | |
|-----|------------|
| MMG | Mamografia |
|-----|------------|

N

| | |
|----------|--------------------|
| não-HDLc | Colesterol não-HDL |
|----------|--------------------|

P

| | |
|------|--|
| PA | Pressão arterial |
| PAD | Pressão arterial diastólica |
| PAS | Pressão arterial sistólica |
| PCR | Proteína C-reativa |
| PEP | Profilaxia pós-exposição |
| PPL | Punho percussão lombar/sinal de Giordano |
| PrEP | Profilaxia pré-exposição de risco pelo HIV |
| PT | Prova tuberculínea |

| | |
|-------------|--|
| PT e F | Proteínas totais e frações |
| PU | Parcial de urina |
| PU, C e TSA | Parcial de urina, cultura e antibiograma |

Q

| | |
|----|------------------|
| QP | Quimioprofilaxia |
|----|------------------|

R

| | |
|------|--|
| RAC | Relação albumina/ creatinina urinárias |
| RHA | Reação de hipersensibilidade ao abacavir (ABC) |
| RCP | Reanimação cardiopulmonar |
| RCV | Risco cardiovascular |
| RHZE | Rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol |
| RNM | Ressonância nuclear magnética |

S

| | |
|---------|-------------------------------|
| SaO2 | Saturação de oxigênio |
| SMZ/TMP | Sulfametoxazol + Trimetoprima |
| SNC | Sistema Nervoso Central |

T

| | |
|------|--|
| TAP | Tempo de ativação da protrombina |
| TARV | Terapia antiretroviral |
| TB | Tuberculose |
| TC | Tomografia computadorizada |
| TFGe | Taxa de filtração glomerular estimada |
| TGC | Triglicerídeos |
| TR | Teste rápido |
| TS | Teste de sensibilidade a drogas contra tuberculose |
| TTPa | Tempo de tromboplastina parcial ativada |
| TVP | Trombose venosa profunda |

U

| | |
|------|-------------------------------|
| USG | Ultrassonografia |
| USTV | Ultrassonografia transvaginal |

V

| | |
|-----|---------------------------------|
| VHS | Velocidade de Hemossedimentação |
|-----|---------------------------------|

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Glossário: notação científica

| Símbolo | Sistema Internacional de Unidades | Grandeza física |
|----------------|-----------------------------------|-------------------|
| Símbolo | | |
| °C | Grau Celsius | Temperatura |
| C | | |
| cm | Centímetro | Comprimento |
| D | | |
| dL | Decilitro | Volume |
| H | | |
| h | Horas | Tempo |
| K | | |
| Kg | Quilograma | Massa |
| L | | |
| L | Litro | Volume |
| log | Logaritmo | Função matemática |

| Símbolo | Sistema Internacional de Unidades | Grandeza física |
|-----------------|-----------------------------------|-----------------|
| M | | |
| m | Metro | Comprimento |
| mcg | Micrograma | Massa |
| mEq | Miliequivalente | Massa |
| mg | Miligrama | Massa |
| min | Minutos | Tempo |
| mL | Mililitro | Volume |
| mm | Milímetros | Comprimento |
| mm ³ | Milímetro cúbico | Volume |
| S | | |
| seg | Segundos | Tempo |
| sem | Semana | Tempo |
| U | | |
| U | Unidade internacional | Volume |

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MÚSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Prescreva racionalmente

Avalie o paciente que necessita de prescrição

| Avalie | Observações |
|------------------------|---|
| Diagnóstico | Confirme : o diagnóstico do paciente, que o medicamento é necessário e que os benefícios superam os riscos. |
| Outras condições | Pode ser necessário ajustar a dose (ex: tenofovir em doença renal; hidroclorotiazida em doença hepática) ou prescrever medicamento alternativo (ex: não prescreva ibuprofeno se úlcera péptica, exacerbação de asma, doença renal, gestação). |
| Outros medicamentos | Verifique todos medicamentos (prescritos, isentos de prescrição, plantas) para possível interação, especialmente se em contraceptivo hormonal, TARV, tratamento para TB ou epilepsia. |
| Alergias | Se alergia conhecida/confirmada ou reação prévia com medicamento, discuta alternativas. |
| Idade | <ul style="list-style-type: none"> Se > 65 anos considere diminuir dose ou frequência do medicamento (para antibióticos e TARV prescreva dose plena). Evite medicamentos desnecessários. Revise uso dos medicamentos se: use 5 ou mais medicamentos, usando omeprazol, benzodiazepínicos (como diazepam), antidepressivos (como amitriptilina, fluoxetina), teofilina, codeína, AINEs (como ibuprofeno) ou anlodipino. |
| Gestante/amamentando | Se gestante ou amamentando verifique se medicamento(s) é(ão) seguro(s). Certifique-se de que a paciente receba os cuidados de rotina do pré-natal ▶ 123 . |
| Resposta ao tratamento | <ul style="list-style-type: none"> Se as condições do paciente não melhorarem, avalie adesão ao tratamento e considere trocar o tratamento ou diagnóstico alternativo. Se em antibióticos, avali resistência. Avalie efeitos adversos e relate uma possível reação adversa ao medicamento. |

Aconselhe o paciente que necessita de prescrição

- Explique ao paciente por que o medicamento é necessário, qual efeito terá e o que acontecerá se for tomado incorretamente.
- Explique ao paciente quando e como tomar o medicamento e por quanto tempo. Peça ao paciente para repetir a sua explicação para garantir que ele(a) tenha entendido.
- Eduque o paciente sobre a importância da adesão para garantir o sucesso do tratamento: não aderir ao medicamento pode levar a uma recaída ou piora da condição e possível resistência ao medicamento.
- Orientar o paciente sobre os possíveis efeitos adversos e o que fazer se eles ocorrerem.
- Medicamentos isentos de prescrição e tratamentos com plantas podem interferir no medicamento prescrito. Incentive o paciente a discutir com o prescritor antes de utilizá-los.

Trate o paciente que necessita de prescrição

- Garanta que o prescritor apropriado faça a prescrição e que o receituário seja adequado à classe medicamentosa prescrita.
- Se inseguro sobre escolha do medicamento, tipo de receituário, efeitos adversos ou interações medicamentosas, consulte formulário de medicamentos, colegas experientes/farmacêuticos/recursos de apoio.
- Garanta que a prescrição contenha todos os detalhes necessários – veja exemplo de prescrição ao lado. Escreva de forma legível.
- Garanta que o paciente tenha uma via da receita em mãos. Faça também uma receita quando prescrição é realizada por um formulário padrão (por exemplo, na prescrição de TARV).
- Se paciente necessita de antibiótico, tente evitar resistência bacteriana ao antibiótico:
 - Confirme** se paciente de fato necessita de antibiótico.
 - Se necessário e possível, colha amostra biológica para cultura/antibiograma antes de iniciar antibiótico e ajuste o tratamento com os resultados.
 - Prescreva** o curso efetivo mais curto na dose e na via mais apropriadas.

Local de atendimento, nome do paciente, endereço, data de nascimento

Nome genérico do medicamento e quantidade do medicamento

Dosagem por unidade, frequência, via, instruções e alertas

Nome do prescritor, número do registro profissional, número para contato/e-mail

Data

PRESCRIÇÃO

Centro de Saúde Vida

Nome: Sr Marcos Dias

Endereço: Ruas das Aclias, 12

Data de nascimento: 22/01/1950

Tratamento:

Amoxicilina 500mg, 30 comprimidos
Tomar 1 comprimido pela boca a cada 8 horas
por 10 dias.


Carimbo e assinatura

Dr João Nunes

CRM/SC 11.111

Centro de Saúde Vida, Florianópolis/SC

Tel: 3235.5545

E-mail: equipe1@email.com

Data: 30/10/2015

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Encaminhe adequadamente

Avalie o paciente que necessita de encaminhamento

| Avalie | Observações |
|---|--|
| Tipo de encaminhamento | <ul style="list-style-type: none"> • Confirme se paciente necessita de encaminhamento com urgência, no mesmo dia, com prioridade ou para próxima consulta disponível: <ul style="list-style-type: none"> - Se condição com risco imediato à vida, encaminhe com urgência - Se condição menos grave que não ameaça a vida, mas necessita de cuidados adicionais no mesmo dia, encaminhe no mesmo dia. - Se condição séria que necessita ser vista o mais rápido possível: discuta investigação/manejo pré-encaminhamento com médico regulador/serviço de teleconsultoria, verifique os guias de encaminhamento locais e encaminhe com prioridade. • Se nenhum dos acima é necessário, encaminhe para próxima consulta disponível. |
| Requisitos para encaminhamento de urgência/emergência | <ul style="list-style-type: none"> • Se necessita serviço de ambulância, ligue para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192. • Verifique se necessita ser manejado em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou em Emergência Hospitalar. Verifique guias locais de encaminhamento, se disponível. • Discuta manejo pré-hospitalar com médico/enfermeiro de referência antes de encaminhar o paciente. |
| Requisitos para encaminhamento que não é de urgência/emergência | <ul style="list-style-type: none"> • Assegure-se de que o paciente necessita de encaminhamento. Evite uso excessivo de consultas com especialistas. • Verifique investigação/manejo pré-encaminhamento. Se possível, investigue e resolva o problema sem encaminhamento: <ul style="list-style-type: none"> - Discuta com colegas de trabalho experientes ou equipe de apoio multiprofissional ou serviço de teleconsultoria. - Discuta com médico experiente/especialista usando telefone/e-mail/ferramenta de comunicação virtual conforme guias de encaminhamento locais • Verifique os motivos do encaminhamento, que todas as investigações/tratamentos apropriados foram feitos na atenção primária e que o encaminhamento seja feito ao especialista apropriado conforme guias locais de encaminhamento. Se incerto, discuta com médico experiente/especialista, consulte guia local de encaminhamento ou discuta com médico regulador. |

Aconselhe o paciente que necessita de encaminhamento

- Explique o plano de encaminhamento, motivo(s) para o encaminhamento, qual(is) questão(ões) você espera que o especialista responda e quando você espera que a consulta ocorra. Peça ao paciente para repetir a sua explicação para garantir que ele(a) tenha compreendido.
- **Informe o paciente que você continua responsável pelo cuidado integral dele(a).** Oriente que ele(a) pode retornar a qualquer momento se o encaminhamento atrasar, sua condição piorar ou se tiver perguntas ou preocupações.
- Assegure-se de que o paciente saiba que sua informação clínica pode ser/será revelada para outros:
 - Explique que a informação pode ser/será compartilhada: como (carta ou registro eletrônico), para quem e porque será compartilhada.
 - Peça consentimento para compartilhar informações relevantes. Se paciente negar, respeite o desejo do paciente a não ser que seja essencial para a segurança dele: explique que o encaminhamento não pode acontecer sem disponibilizar certa(s) informação(ões). Garanta que apenas informações relevantes sejam compartilhadas.
- Oriente o paciente a manter suas informações de contato pessoal (número de telefone, endereço, e-mail) atualizadas para garantir que ele(a) possa ser contatado para detalhes do agendamento.
- Oriente que encaminhamentos inapropriados podem fazer mais mal do que bem (ex. causar ansiedade no paciente, atrasar os cuidados apropriados necessários). **Incentive o paciente a evitar auto encaminhamento e a discutir com seu médico da atenção primária antes/depois das consultas com especialista.**

Trate o paciente que necessita de encaminhamento

- Garanta que a carta de encaminhamento contenha todas as informações relevantes. Escreva com letra legível. Inclua:
 - Motivo do encaminhamento (para tratamento/cirurgia/investigação/diagnóstico/se quiser que o especialista assuma o manejo do paciente)
 - Problemas/sintomas/diagnósticos atuais e questões que você quer que o especialista responda.
 - Consultas prévias com especialista, medicamentos em uso e tratamentos e resultados de exames pré-encaminhamento
 - Contato do médico que está referenciando (telefone, e-mail)
- Tenha e atualize **lista de pacientes encaminhados com prioridade** e *verifique regularmente por questões pendentes do médico regulador.*

Avaliação geral de saúde

Avalie a saúde geral do paciente em todas as consultas

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|----------------------------|--|--|
| Sintomas | Toda consulta | Maneje sintomas conforme a página do sintoma. |
| TB | Toda consulta | Se tosse ≥ 3 semanas, sudorese noturna, febre ≥ 2 semanas, dor no peito ao respirar ou escarro sanguinolento, exclua TB ↪ 76. |
| Planejamento familiar | Toda consulta | Avalie necessidades de contracepção ↪ 119 e planos de gravidez. Se planos, prescreva ácido fólico ↪ 11. Se gestante, ofereça cuidado pré-natal ↪ 123. |
| Saúde sexual | Toda consulta | Pergunte sobre sintomas genitais ↪ 38, orientação sexual, práticas sexuais de risco ¹ e problemas sexuais ↪ 47. |
| Depressão | Toda consulta | No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 109. |
| Uso de álcool/drogas | Toda consulta | No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ² /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 107. |
| Uso de tabaco | Toda consulta | Se fuma tabaco ↪ 108. Apoie para mudança ↪ 133. |
| Riscos em pessoa idoso | Toda consulta se > 65 anos | <ul style="list-style-type: none"> Se teve mudança em função laboral/social, confusão ou comportamento atípico ↪ 70. Se ao menos 6 meses ≥ 1: problema de memória, desorientação, dificuldade de fala, menos capaz para atividades diárias ou laborais/social ↪ 114. Considere diminuir dose/frequência de medicamentos (prescreva dose plena de antibióticos e TARV) e evitar medicamentos desnecessários. Discuta se paciente usa omeprazol, diazepam, fluoxetina, amitriptilina, teoflina, codeína, ibuprofeno ou anlodipino ou está usando ≥ 5 medicamentos. |
| Peso (IMC) | Anualmente | IMC é peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m). Meta de IMC > 18,5 e < 25. Se IMC < 18,5, discuta com nutricionista. Se IMC > 25, avalie RCV ↪ 93. |
| PA | Primeira consulta, então conforme valor | Verifique PA ↪ 98. |
| RCV | Se 40-75 anos | Avalie RCV ↪ 93 na primeira consulta, depois conforme risco. |
| Diabetes | Se necessário | Verifique necessidade de rastrear diabetes ↪ 95. |
| HIV | Se necessário | <ul style="list-style-type: none"> Verifique necessidade de rastrear HIV ↪ 81. Repita cada ano ou se gay/HSH, profissional do sexo, pessoa trans ou uso arriscado de álcool/drogas ↪ 107, repita cada 6 meses. |
| Sífilis | Se necessário | <ul style="list-style-type: none"> Verifique necessidade de rastrear sífilis ↪ 44. Se ≤ 30 anos, repita cada ano ou se gay/HSH, profissional do sexo, pessoa trans ou uso arriscado de álcool/drogas ↪ 107, repita cada 6 meses. |
| Hepatite B | Se necessário | Se tem registro de anti-HBs ≥ 10 UI/mL, considere imune. Se < 10 UI/mL ou desconhecido, verifique necessidade de rastrear HBV ↪ 87. |
| Hepatite C | Se necessário | Verifique necessidade de rastrear HCV ↪ 88. |
| Câncer colorretal | <ul style="list-style-type: none"> Se 50-75 anos Se ≥ 40 anos e fator de risco³ | <ul style="list-style-type: none"> Se 50-75 anos: solicite sangue oculto em fezes (3 amostras consecutivas). Se negativo, repita cada 2 anos. Se positivo: solicite colonoscopia e interprete. Se ≥ 40 anos e fator de risco³: solicite colonoscopia e interprete. Se normal, repita cada 5 anos até 75 anos. |
| Câncer de colo uterino | Se necessário | Avalie necessidade de fazer rastreio de câncer do colo de útero ↪ 43. |
| Câncer de mama em mulheres | <ul style="list-style-type: none"> Se 50-69 anos Se ≥ 40 anos e fatores de risco⁴ | <ul style="list-style-type: none"> Examine para nódulos/sintomas em mamas ↪ 33 ou nódulos em axilas ↪ 19. Solicite MMG (USG não é exame de rastreio) e interprete: <ul style="list-style-type: none"> - BIRADS 0: se assimetria focal, solicite MMG compressão seletiva; se microcalcificações agrupadas, MMG c/magnificação; se nódulo, USG; e discuta. - BIRADS 1 ou 2: rastreio negativo. - BIRADS 3: repita em 6, 12, 24 e 36 meses; se imagem s/modificação: repita MMG cada 2 anos. Se imagem c/nódulo, também solicite USG e discuta. - BIRADS 4A ou incerto: discuta/encaminhe com prioridade para decidir sobre avaliação complementar. - BIRADS 4B, 4C ou 5: discuta/solicite biópsia por agulha grossa (core-biopsy)⁵ e encaminhe com prioridade. - BIRADS 6: câncer, encaminhe com prioridade para tratamento. Se rastreio negativo, repita MMG cada 2 anos. Se fatores de risco⁴, repita anualmente e discuta com especialista quando parar. |

¹IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativos, uso arriscado de álcool/drogas ↪ 107. ²Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ³Dois ou mais pais/irmãos com CA colorretal, ou um pai/irmão com CA de cólon ou pólipos adenomatosos antes dos 60 anos de idade. ⁴Mãe/irmã/filha com CA de mama antes dos 50 anos; ou mãe/irmã/filha com CA de mama bilateral ou CA de ovário em qualquer idade; ou pai/irmão/filho com CA de mama em qualquer idade; ou história pessoal de radiação torácica antes dos 30 anos. ⁵**Discuta** e escolha entre core-biopsy guiada por esterotaxia ou USG. Se core-biopsy não disponível, considere **PAAF**.

CONTEÚDOS:
SINTOMASCONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICASDOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Aconselhe o paciente sobre sua saúde em geral

- Pergunte sobre as preocupações e expectativas da consulta de rotina/check-up e tente respondê-las. Para dicas de comunicação efetiva [▷ 130](#).
- Eduque quem nem todos os exames, tratamentos e procedimentos ajudam a prevenir doenças. Alguns têm pouco/ningum benefício e podem até causar danos. Sugira ao paciente que sempre pergunte aos profissionais de saúde as seguintes perguntas para avaliar se está recebendo a quantidade adequada de cuidados: 'Eu realmente preciso fazer esse exame/tratamento/procedimento? Quais são os riscos? Existem opções mais simples ou seguras? O que acontece se eu não fizer esse exame/tratamento/procedimento? Quais os custos (financeiros, emocionais ou de tempo)?'
- Ajude escolher mudanças de estilo de vida para melhorar ou manter sua saúde em geral. Apoie para mudança [▷ 133](#).



Maneje o estresse

Avalie e maneje o estresse [▷ 73](#).

Evite uso arriscado de álcool/drogas
Limite consumo de álcool em ≤ 2 doses/¹ dia e evite beber pelo menos 2 dias/semana.



Coma bem

- Coma diferentes alimentos com moderação. Reduza o tamanho das porções.
- Aumente o consumo de frutas e vegetais.
- Reduza alimentos gordurosos: prefira alimentos com baixo teor de gordura, corte a gordura animal.
- Reduza alimentos salgados pré-processados (caldos e molhos, sopa de pacote). Evite adicionar sal ao alimento.
- Evite ou use menos açúcar.



Seja ativo

- Almeje pelo menos 30 minutos de exercício moderado (ex. caminhada acelerada) na maioria dos dias da semana.
- Aumente atividades do dia-a-dia como jardinagem, tarefas domésticas, caminhar ao invés de usar transporte, usar escadas ao invés de elevador.
- Exercite os braços se não puder usar as pernas.

Pratique sexo seguro e prevenção combinada

- Teste regularmente para HIV, sífilis e hepatites.
- Oriente parcerias a testarem regularmente.
- Saiba onde buscar PEP e PREP (orienta fluxos).
- Use preservativos e gel lubrificante (forneça e oriente uso).



Dirija com segurança

- Use cinto de segurança (motorista e passageiros)
- Use capacete se dirigir motocicleta.



Pare/evite fumar
Se fuma tabaco [▷ 108](#).



Se exponha ao sol com segurança, principalmente se pele clara

- Evite exposição solar das 10h às 15h.
- Use protetor solar e roupas para proteção (como bonés) quando exposto/a ao sol.

Trate preventivamente para manter a saúde geral do paciente

- Não prescreva suplementos vitamínicos. Se planejando engravidar prescreva **ácido fólico** 5mg ao dia até 3 meses após início da gestação. Se veganismo, **discuta** e considere suplementação de vitamina B12.
- Evite medicamentos para dormir pois podem causar dependência. Se dificuldades para dormir [▷ 73](#).
- Evite uso crônico de inibidores de bomba de prótons (como omeprazol). Tente outros tratamentos antes e use a menor dose pelo menor tempo possível.
- Revise história vacinal, vide tabela (não vacine se alergia a componente da vacina ou agudamente doente). Se tem condição crônica, vide página específica para outras vacinas.

| Vacina | Quem e quando | Observações |
|--|---|--|
| Hepatite B | Se não vacinado, vacinação incompleta ou desconhecida | <ul style="list-style-type: none"> • Teste para HBV ▷ 87, vacine e avalie indicação de testagem pós-vacina ▷ 87. • Prescreva 3 doses em zero, 1 e 6 meses. Se HIV/câncer/disfunção imune, prescreva 4 doses <i>dobradas</i> em 0, 1, 2 e 6 ou 12 meses. |
| Difteria e tétano (dT) ou Difteria, tétano e coqueluche acelular (dTpa) | <ul style="list-style-type: none"> • Se último reforço ≥ 10 anos atrás • Se vacinação incompleta (< 3 doses de difteria e tétano na vida) ou desconhecida • Se gestante | <ul style="list-style-type: none"> • Se último reforço de dT ≥ 10 anos atrás: prescreva reforço de dT. • Se vacinação incompleta ou desconhecida: prescreva vacinação ou complete esquema vacinal com 2 meses de diferença entre doses. • Se gestante: aplique dTpa (em cada gestação) entre 20 semanas de gestação até 45 dias após o parto: <ul style="list-style-type: none"> - Se vacinação de difteria e tétano (dT) completa: prescreva uma dose de dTpa. - Se vacinação de difteria e tétano (dT) incompleta ou desconhecida: complete esquema vacinal de dT com 1 mês de diferença entre doses. Garanta que uma dessas doses é de dTpa e aplique de preferência antes do parto. • Não vacine se história de Síndrome de Guillain Barre em até 6 semanas após vacina dT. |
| Sarampo, caxumba e rubéola | Se < 50 anos e vacinação incompleta (< 2 doses na vida) ou desconhecida | <ul style="list-style-type: none"> • Se 30-49 anos, prescreva uma dose. Se < 29 anos ou profissional de saúde, prescreva 2 doses com 1 mês de diferença entre doses. • Oriente contracepção confiável até 28 dias após última dose. Não vacine se gestante ou HIV com CD4 < 200. |
| Influenza | Se ≥ 60 anos e restrito ao leito/institucionalizado | <ul style="list-style-type: none"> • Prescreva vacina anualmente. • Não vacine se história de Síndrome de Guillain Barre em até 6 semanas após vacina contra influenza. |
| Febre amarela | Se não vacinado e mora/viajando para região próxima/área de febre amarela | <ul style="list-style-type: none"> • Prescreva uma dose da vacina na vida (pelo menos 10 dias antes de viajar). Se > 60 anos ou gestante, discuta e avalie risco/benefício. • Não vacine se amamentando bebê < 6 meses ou se HIV com CD4 < 200. |
| Pneumocócica (VPP23) | Se ≥ 60 anos e restrito ao leito/institucionalizado | Prescreva uma dose e uma dose de reforço após 5 anos. |

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

O paciente com uma emergência

Considere COVID-19
Consulte guia local mais atual

Atenda o paciente com uma emergência:

O paciente responde à sua voz?

Não: chame ajuda, contate SAMU (192) e, se disponível, providencie desfibrilador
Procure o pulso (carotídeo ou femoral) por no máximo 10 segundos.

Sim

Sem pulso ou não tem certeza

Com pulso

Inicie RCP¹:

- Faça ciclos de 30 compressões torácicas e 2 respirações (na taxa de 100-120 compressões/minuto).
- Se desfibrilador disponível, verifique ritmo. Se chocável, aplique 1 choque e retome RCP imediatamente.
- Aplique **adrenalina** 1mL (1:1000) EV, seguida de 5mL de **água destilada** (água destilada: green). Repita cada 3-5 minutos.
- Se desfibrilador disponível, verifique ritmo cada 2 minutos (5 ciclos) e aplique choque se necessário. Se não disponível/não chocável, verifique pulso:
- Se pulso cheio retornar, pare RCP e verifique respiração (veja ao lado).
- Se sem pulso, continue RCP por pelo menos 30 minutos².

O paciente está respirando?

Não

- Faça 1 respiração a cada 6 segundos.
- Verifique pulso a cada 2 minutos.
- Se sem pulso, inicie RCP (veja ao lado)

Sim

Avalie e maneje via aérea, respiração, circulação e nível de consciência:

Via aérea

- Se via aérea obstruída (roncos, gargarejos, ruídos respiratórios), abra com manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo. Se trauma, faça ao invés a manobra de elevação da mandíbula, mantendo o pescoço estável.
- Remova corpos estranhos da boca e faça sucção de fluidos.
- Se inconsciente, insira cânula orofaríngea. Se resistir, engasgar ou vomitar, use cânula nasofaríngea lubrificada.
- Intube se incapaz de manter via aérea com cânula.

Respiração

- Se dificuldade para respirar ou SaO₂ < 90%, aplique oxigênio 1-2L/min via cânula nasal (1-2L/min).
- Se FR < 9 ou lábios/lingua azul(is), conecte bolsa-válvula-máscara ao oxigênio e lentamente ventile cada respiração com o paciente.
- Intube se bolsa-válvula-máscara e ainda dificuldade para respirar, SaO₂ < 90% ou lábios/lingua azul(is).
- Se falta de ar súbita, ruídos respiratórios diminuídos/mais ressonantes/dor em 1 dos lados, desvio de traqueia: provável **pneumotórax hipertensivo**:
- **Insira** cateter calibre 14 acima da 3ª costela na linha médio clavicular. Providencie dreno torácico.

Circulação

- Estabeleça acesso EV.
- Se PA sistólica < 90, FC ≥ 100 ou sangramento intenso: aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar.
- Pare sangramento: aplique pressão e eleve membros. Se sangramento intenso persistir, aplique torniquete acima do ferimento.

Nível de consciência

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

| Melhor resposta motora | Melhor resposta verbal | Abertura ocular |
|---------------------------|--------------------------|-----------------|
| 6 Obedece comandos | 5 Orientado | 4 Espontânea |
| 5 Localiza a dor | 4 Confuso | 3 Ao chamado |
| 4 Retira o estímulo à dor | 3 Palavras inapropriadas | 2 Na dor |
| 3 Flexão anormal à dor | 2 Sons incompreensíveis | 1 Nenhuma |
| 2 Extensão à dor | 1 Nenhuma | |
| 1 Nenhuma | | |

- Some os pontos para ter um único resultado de até 15 pontos:
- Se ECG ≤ 8, intube o paciente.

Continue o manejo de acordo com o problema e os sintomas:

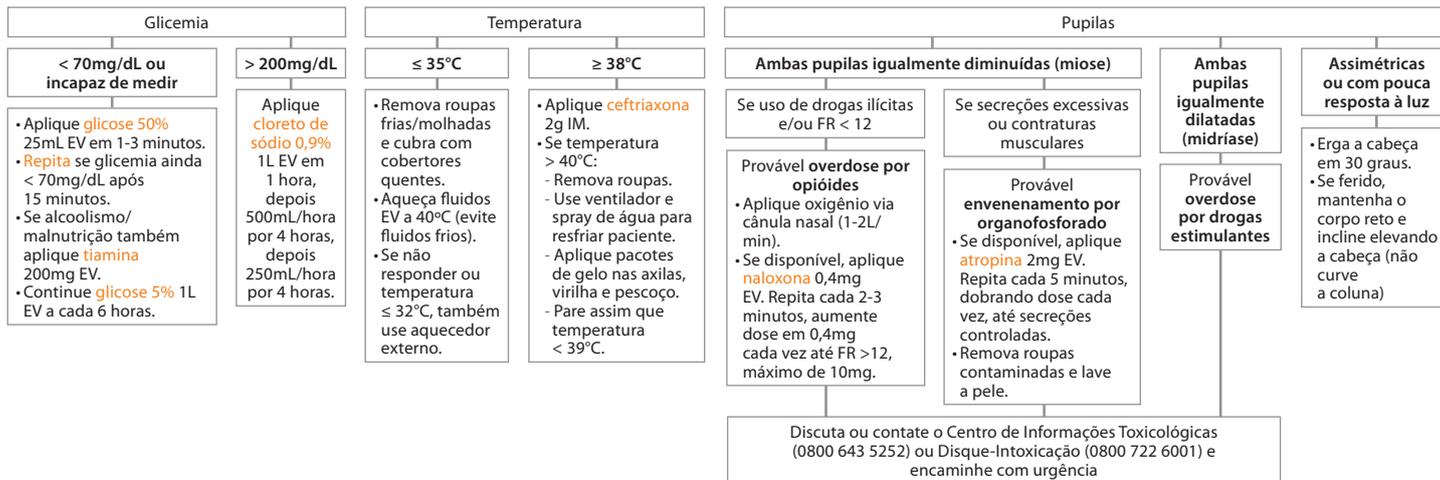
- Se pupilas assimétricas ou com pouca resposta à luz, eleve a cabeça em 30 graus. Se ferido, mantenha o corpo reto e incline elevando a cabeça (não curve a coluna).
- Imobilize o pescoço com collar cervical rígido (se disponível) e sacos de areia/blocos em ambos os lados da cabeça/pescoço se paciente ferido e: lesão na cabeça, ECG < 15, sensibilidade no pescoço/coluna, membro fraco/dormente ou pupilas anormais. Use prancha de imobilização se precisa mover o paciente.
- Identifique todos os ferimentos e procure causas: desnude o paciente e avalie frente e costas. Se ferido, utilize rolagem para virar. Então cubra e mantenha aquecido.
- Continue avaliando o paciente de acordo com os sintomas. Maneje os sintomas como na página do sintoma. Se inconsciente → 13. Se ferido → 14.

¹Se paciente tem uma doença terminal, considere se deve ou não prosseguir. ²Continue RCP por mais tempo se temperatura <35°C, afogamento, envenenamento ou tomou medicamentos.

O paciente inconsciente

Atenda com urgência o paciente inconsciente

- Primeiro avalie e maneje vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência ➔ 12.
- Identifique todos os ferimentos e procure causas: desnude o paciente e avalie frente e costas. Se ferido, utilize rolagem para virar. Então cubra e mantenha aquecido.
- Se convulsões, ferimentos ou queimaduras também maneje conforme página do sintoma.
- Se início súbito de rash difuso ou edema de face/língua, provável **anafilaxia**:
 - Eleve as pernas e aplique oxigênio 1-2L/min via cânula nasal.
 - Aplique imediatamente **adrenalina** 0,5mL (1:1000) IM no terço médio da face anterolateral da coxa. Repita cada 5-15 minutos se necessário.
 - Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1-2L EV rápido independente da PA. Depois, se PA < 90/60, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Pare se falta de ar piorar.
- Verifique glicemia, temperatura e pupilas:



- **Encaminhe com urgência.**
- **Enquanto aguarda a remoção:**
 - Verifique PA, FC, FR, SaO2 e nível de consciência (Glasgow) a cada 15 minutos. Insira cateter urinário, se disponível.
 - Se PA < 90/60, FC > 100, FR > 20 ou < 9, SaO2 < 90% ou queda no nível de consciência (Glasgow), reavalie e maneje vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência ➔ 12.

O paciente ferido

Atenda com urgência o paciente ferido:

- Primeiro avalie/maneje vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência ➔ 12.
- Identifique ferimentos/causas: desnude, avalie frente/costas. Se necessário, utilize rolagem para virar. Então cubra/mantenha aquecido.

Hematomas e sangue na urina

- Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1L EV a cada hora por 2 horas.
- Se fluxo urinário > 200mL/hora, aplique 500mL/hora.
- Pare se falta de ar piorar.

Ferida e ≥ 1 dos seguintes:

- Baixa perfusão abaixo da lesão: membro frio, pálido ou sem pulso
- Sangramento excessivo ou pulsátil
- Ferida penetrante na cabeça/pescoço/tórax/abdome

- Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar.
- Se sangramento excessivo ou pulsátil, aplique pressão direta e eleve o membro.
- Se sangramento grave e persistente, faça torniquete acima da ferida.

Fratura e ≥ 1 dos seguintes:

- Baixa perfusão abaixo da lesão: frio, pálido, dormente, sem pulso
- Aumento da dor, rigidez muscular, membro dormente
- Suspeita de fratura de fêmur, pelve ou coluna
- Fraqueza ou dormência abaixo da fratura
- Ferida aberta próximo a fratura
- > 3 costelas fraturadas
- Deformidade grave

- Aplique **morfina** 5mg EV.
- Se baixa perfusão ou fraqueza/dormência abaixo da fratura: gentilmente realinhe na posição normal.
- Se fratura exposta: remova corpo estranho, irrigue com **cloreto de sódio 0,9%** e cubra com gase embebida em solução salina.
- Coloque tala e imobilize articulação acima e abaixo da fratura.
- Se fratura pélvica, amarre lençóis no quadril para imobilizar.

Ferimento na cabeça e ≥ 1 dos seguintes:

- Qualquer perda de consciência
- Convulsão ou amnesia
- Dor de cabeça grave
- Suspeita de fratura craniana
- Hematomas ao redor dos olhos ou atrás das orelhas
- Sangue atrás do tímpano
- Sangramento ou fluido claro do nariz ou orelha
- Pupilas assimétricas ou pouca resposta à luz
- Membro(s) fraco/dormente(s)
- Vômitos ≥ 2 vezes
- ≥ 1 outro trauma
- Intoxicação por álcool/droga

- Se ECG < 15, sensibilidade no pescoço/coluna, membro fraco/dormente ou pupilas anormais: coloque colar cervical rígido (se disponível) e sacos de areia/blocos nos lados da cabeça/pescoço.
- Se pupilas assimétricas ou pouca resposta à luz, deixe o corpo reto e incline elevando a cabeça (não curve a coluna).
- Se convulsão, aplique, se disponível, **fentoina** 20mg/Kg EV em 60 minutos (evite aplicar lorazepam/diazepam).

- **Encaminhe com urgência.** Enquanto aguarda transporte, verifique PA, FC, FR, SaO₂ e nível de consciência (Glasgow) a cada 15 minutos.
- Se PA < 90/60, FC > 100 ou < 50, FR > 20 ou < 9, SaO₂ < 90% ou queda do nível de consciência (Glasgow), verifique e maneje via aérea, respiração, circulação e nível de consciência ➔ 12.

Abordagem do paciente com ferimentos que não necessita de atenção urgente

- Encaminhe no mesmo dia se gestante, distúrbio de coagulação conhecido, em uso de anticoagulante, envolvido em colisão com alta velocidade, ejetado ou atingido por veículo ou queda > 3 metros.
- Se ferimento aberto, dê reforço da **vacina dT** (difteria e tétano) se última dose há > 5 anos. Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/encaminhe para soro/immunoglobulina antitetânica.
- No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses/1 vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ➔ 107.
- Se violência sexual ➔ 72.

Ferimento

- Aplique pressão diretamente para parar sangramento.
- Remova corpo estranho, pele solta/morta. Se sujo: irrigue com **cloreto de sódio 0,9%** ou **solução iodopovidona diluída**².
- Se sutura necessária: suture e considere aplicar **mupirocina 2%** pomada e vestes não aderentes por 24 horas.
- Não suture se > 12h (corpo), > 24h (cabeça/pescoço), restos de corpo estranho, infectado, tiro ou puntiforme fundo:
 - Limpe, desbride se necessário e envolva com gase embebida em solução salina. Prescreva **cefalexina** 500mg a cada 6 horas por 5 dias e reavale em 2 dias. Se sem infecção, **suture** a não ser se tiro/puntiforme fundo.
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**³ 500-1000mg a cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- Oriente paciente a retornar se sinais de infecção (vermelhidão, calor, dor, inchaço, odor, pus).
- Remova sutura após 5 dias (face), 4 dias (pescoço), 10 dias (pernas) ou 7 dias (resto do corpo).
- Encaminhe se incapaz de fechar a ferida facilmente, fraqueza/dormência abaixo da lesão ou preocupações estéticas.

Fratura

- Coloque tala e imobilize articulação acima e abaixo da fratura.
- Prescreva **dipirona**³ ou **paracetamol** 500-1000mg a cada 6 horas e **codeína** 30mg a cada 4 horas se necessário.
- Encaminhe mesmo dia.

Ferimento na cabeça

- Observe por 2 horas antes de liberar com cuidador.
- Se dor de cabeça leve, tontura, confusão mental, provável **conussão**:
 - Oriente repouso absoluto 2 dias. Se sem sintomas após 3 dias, aumente atividade.
 - Oriente que a recuperação pode levar > 1 mês.
 - Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**³ 500-1000mg a cada 6 horas se necessário.
- Oriente retorno imediato se qualquer sintoma de alerta (cima) aparecer.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ²Dilua 1 parte de **iodopovidona** com 9 partes de **cloreto de sódio 0,9%**. ³Não prescreva se alergia prévia

Convulsões

Atenda com urgência o paciente que está inconsciente e convulsionando ou teve > 3 convulsões na última hora:

- Se ferimento atual na cabeça → 14
- Durante a convulsão: proteja contra ferimentos amortecendo sua cabeça com as mãos ou material macio. Não coloque nada na boca. Após a convulsão: coloque em decúbito lateral esquerdo (posição de recuperação), verifique as vias aéreas e aplique oxigênio 1-2L/min via cânula nasal.
- Estabeleça acesso venoso.
- Verifique a glicemia. Se < 70mg/dL ou incapaz de medir, aplique **glicose 50% 25mL EV** em 1-3min. **Repita** se glicemia < 70mg/dL após 15min. Continue **glicose 5%** em **cloreto de sódio 0,9%** EV. Se alcoolismo/malnutrição também aplique **tiamina 200mg EV**.
- Se gestante ≥ 20 semanas ou até 1 semana pós-parto →121.
- Se não for gestante ou se < 20 semanas, aplique **diazepam 10mg EV** lento (1-2mg/min) ou via retal¹. Se convulsão continuar, repita após 10 minutos.
- Se convulsão não responder a 2 doses de diazepam *ou* paciente não recuperar consciência entre as convulsões:
 - Se disponível, aplique **fenitoína² 20mg/Kg EV** em 60 minutos (aplique em acesso diferente do diazepam). Se mantém crise, repita 10mg/Kg em 30 minutos.
 - Encaminhe com urgência.

Abordagem do paciente que não está mais convulsionando

Confirme se foi uma convulsão: movimentos involuntários de parte ou todo corpo, geralmente durando < 3 minutos. Pode ter mordida na língua, incontinência, sonolência e confusão após convulsão.

Sim

Encaminhe o paciente no mesmo dia se um ou mais dos seguintes:

- Temperatura ≥ 38°C ou meningismo: aplique **ceftriaxona 2g IM**.
- Dor de cabeça nova/diferente ou que está piorando/mais frequente
- HIV sem epilepsia conhecida
- Redução do nível de consciência > 1 hora após convulsão
- Glicemia < 70mg/dL uma hora após tratamento *ou* paciente em glibenclamida/glicazida/glimepirida/insulina
- Glicemia > 200mg/dL →95.
- Início súbito de dormência ou fraqueza assimétrica, dificuldade na fala ou alterações visuais
- PA ≥ 180/110 > 1 hora após convulsão
- Overdose ou abstinência de álcool/drogas
- Trauma craniano recente
- Gestante ou até 1 semana pós-parto. Se ≥ 20 semanas e acaba de convulsionar →121

Não

Início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual.

Colapso com espasmos por < 15 segundos precedido de rubor, tontura, náuseas, sudorese e com recuperação rápida

Provável **derrame/AVC** ou **AIT** →103.

Provável **desmaio comum** →21.

Se diagnóstico incerto: **discuta** ou **encaminhe com prioridade**.

Abordagem do paciente que teve uma convulsão mas não necessita encaminhamento no mesmo dia

O paciente tem diagnóstico de epilepsia?

Sim

Ofereça cuidados de rotina para **epilepsia** →115.

Não

- Solicite **EEG, HMG, creatinina (TFGe), uréia, sódio, cálcio e magnésio** e **discuta/encaminhe**.
- Se convulsões focais ou novas convulsões após meningite, AVC ou trauma craniano, **discuta com especialista**.
- Se teve ≥ 2 convulsões sem causa identificável, considere epilepsia, **discuta/encaminha** e ofereça cuidados de rotina →115.

¹Dilua 30mg de diazepam em 4mL de cloreto de sódio 0,9%, aplique via retal a 4-6cm do ânus. ²Fenitoína EV pode causar queda de PA e arritmia cardíaca: infusão máxima de 50mg/minuto; providencie monitoramento de PA e ECG.

Perda de peso

- Verifique se o paciente realmente tem perda de peso involuntária. Compare peso atual com registros anteriores e questionem se as roupas ainda cabem.
- Investigue perda de peso involuntária \geq 5% do peso corporal nos últimos 6 meses.

Primeiro investigue TB, HIV e diabetes

Exclua TB

- Inicie investigação para TB \rightarrow 76.
- Ao mesmo tempo investigue HIV \rightarrow 81, diabetes \rightarrow 95 e considere outras causas abaixo.

Teste para HIV

- Teste para HIV \rightarrow 81.
- Se paciente HIV com perda de peso \geq 10% e diarreia ou febre $>$ 1 mês, **discuta** ou **encaminhe com prioridade**.

Investigue diabetes

- Verifique glicemia se sede excessiva, aumento da frequência urinária.
- Para interpretar os resultados \rightarrow 95.

Pergunte sobre sintomas comuns de câncer:

Corrimento/sangramento vaginal anormal

Considere **câncer de colo de útero**.
Faça exame especular e preventivo \rightarrow 43.

Nódulo(s) de mama ou descarga mamilar

Considere **câncer de mama**.
Examine mamas/axilas para nódulos \rightarrow 33.

Sintomas urinários em homem

Considere **câncer de próstata**. Faça **toque retal** e solicite **PSA**. Se próstata endurecida e nodular/assimétrica, **discuta/encaminhe com prioridade**.

Mudança de hábito intestinal

Considere **câncer de intestino**.
• Se massa abdominal: solicite **USG**.
• Se massa ao **toque retal** ou sangue oculto em fezes positivo: solicite **colonoscopia**.

Tosse \geq 2 semanas, escarro sanguinolento, longa história de tabagismo

Considere **câncer de pulmão**.
Solicite **rx de tórax**.

Se ingestão alimentar inadequada, investigue causa(s):

Náusea ou vômitos

\rightarrow 35.

Perda de apetite

- Coma refeições pequenas e frequentes.
- Oriente o paciente a ingerir alimentos densos nutricionalmente (soja, carne, peixe, castanhas e sementes, feijão, lentilha, batatas, arroz, trigo, milho).

Avalie e maneje estresse \rightarrow 71

Sem dinheiro para alimentação

Discuta/encaminhe para assistente social

Se paciente tem uma doença terminal

Considere oferecer cuidado paliativo \rightarrow 128.

Ferida oral ou dificuldade em engolir

Provável **candidíase oral/esofágica** \rightarrow 28

- Se nenhum dos acima e paciente tem qualquer dos seguintes sinais/sintomas: FC \geq 100, palpitações, tremores, irritabilidade, intolerância ao calor ou aumento da tireoide: solicite **TSH**.
- No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um \rightarrow 109.
- No último ano: 1) bebeu \geq 4 doses¹/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um \rightarrow 107.
- Investigue negligência em idoso ou em paciente doente necessitando de cuidado. Se suspeita, discuta/encaminhe para assistente social.

Se paciente com perda de peso persistente, documentada e sem causa óbvia, **discuta** ou **encaminhe** para investigações adicionais.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Febre

Considere **COVID-19**
Consulte guia local mais atual

Se paciente com rash, retire imediatamente da sala de espera e acomode em um consultório ou outro local afastado dos demais pacientes.

- Se está/esteve em área de **dengue** nas últimas 2 semanas e febre entre 2-7 dias e dois ou mais dos seguintes: dor de cabeça/retro-orbital, dor muscular/articular, rash, petéquias, náuseas/vômitos ↪ 18.
- Se rash com coceira, considere **Zika vírus** ↪ 18.

Atenda com urgência o paciente com febre (temperatura ≥ 38°C agora ou nos últimos 3 dias) e um ou mais dos seguintes:

- Convulsões ↪ 15
- Dor intensa ou à descompressão súbita ou defesa abdominal
- Icterícia
- Sonolência, confusão ou agitação
- PAS < 90
- Facilidade para sangramento/hematomas
- Rigidez de nuca/meningismo
- FR > 30 ou SaO₂ < 90% ou falta de ar
- Incapaz de sentar-se ou andar sem ajuda

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se PAS < 90: aplique **cloreto de sódio 0.9%** 250ml EV rápido, repita até PAS > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar piorar.
- Se meningismo (suspeita de meningite), aplique **ceftriaxona** 2g IM.
- Se icterícia ou facilidade para sangramento/hematomas e:
 - Está/esteve em região próxima/área de **febre amarela** nas últimas 2 semanas e sem registro de vacinação/vacinação há < 30 dias, notifique e discuta.
 - Dor de cabeça e dor muscular: notifique **leptospirose** e discuta.

Abordagem do paciente com febre (temperatura ≥ 38°C agora ou nos últimos 3 dias) que não necessita de atenção urgente:

- Se tosse ↪ 31; dor de garganta ↪ 28; coriza/congestão nasal ↪ 27; dor abdominal baixa ↪ 34; corrimento vaginal ↪ 40; sintomas urinários ↪ 48; diarreia ↪ 36.
- O paciente está ou esteve em área de **malária** no último mês: notifique e discuta/estudie.

O paciente tem febre ≥ 2 semanas?

Não

- Verifique sintomas, alertas epidemiológicos da região e histórico de viagens, o paciente está ou esteve em:
 - Área de **Chikungunya** nas últimas 2 semanas e dor articular súbita/intensa, não explicada por outras condições: notifique, colete exame diagnóstico e discuta.
 - Área de surto de **febre amarela** nas últimas 2 semanas e sem registro de vacinação/vacinação há < 30 dias e febre aferida/relatada há ≤ 7 dias e dois ou mais dos seguintes: dor de cabeça, dor muscular, dor lombar, mal-estar, calafrios, náuseas; notifique e discuta.
 - Área de **sarampo** (ou é contato de pessoa que esteve) no último mês e rash: notifique, colete exame diagnóstico e discuta.
 - Área de **leishmaniose visceral** e esplenomegalia: notifique, colete exame diagnóstico e discuta.
 - Também verifique com vigilância epidemiológica outros alertas vigentes. Contate vigilância epidemiológica.
- Se rash e tosse ou coriza ou olhos vermelhos, independente de status vacinal/histórico de viagem: notifique para **sarampo**, colete exame diagnóstico e discuta.
- Se rash e linfadenopatia cervical/retroauricular/occipital ou está/esteve em área de **rubéola** (ou é contato de pessoa que esteve) no último mês, independente de status vacinal: notifique para **rubéola**, colete exame diagnóstico e discuta.
- Se exposição à enchente/alagamento/esgoto/lixo/área de risco para **leptospirose** e dor de cabeça e dor muscular: notifique e discuta.

Sim

- Exclua TB ↪ 76.
- Teste para HIV ↪ 81.
- Se esplenomegalia, **discuta** para considerar **leishmaniose visceral**
- Se febre sem foco por > 3 semanas:
 - Solicite **HMG, PCR ou VHS, creatinina, PU, urocultura e rx de tórax.**
 - Solicite **TGO, TGP, BT e F.** Se alterado/s, solicite **anti-HAV IgM**, teste para HCV ↪ 88 e HBV ↪ 87.
 - **Discuta** para considerar solicitar PPD.
 - **Interprete** resultados, discuta ou **encaminhe** se necessário.

- Teste para HIV ↪ 81.
- Considere testar para sífilis ↪ 45.
- Confirme que paciente não tem outros sintomas, se presente/s: maneje conforme a página relevante do sintoma.
- Se causa incerta e paciente bem, reavalie em 2 dias. Se desenvolver sintomas oriente paciente retornar antes. Se dúvidas, **discuta**.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Suspeita de dengue ou Zika vírus

Atenda com urgência o paciente com suspeita de dengue ou Zika vírus e um ou mais dos seguintes sinais de gravidade:

- Sintomas sugestivos de choque (use raciocínio clínico e discuta, se necessário): FC \geq 100, FR $>$ 30 ou SaO₂ $<$ 90% ou falta de ar, PAS $<$ 90 ou PA convergente ($<$ 20mmHg de diferença entre PAS e PAD), pulso fraco e rápido ou de difícil palpação, pele fria/úmida/cianótica, extremidades frias e enchimento capilar \geq 3 segundos, sonolência/confusão, agitação/irritabilidade.
- Sangramento grave.

Maneje e encaminhe com urgência (grupo D – provável choque, chame ajuda e contate SAMU 192):

- Aplique **cloro de sódio 0,9%** 20 ml/kg EV em 20 minutos, independente da PA. Reavalie cada 20 minutos e considere repetir até três vezes. Pare se falta de ar piorar.
- Aplique oxigênio via cânula nasal (1-2L/min).
- Notifique e, se possível, colete exame diagnóstico para dengue e/ou Zika vírus. Contate vigilância epidemiológica.

Atenda com urgência o paciente com suspeita de dengue ou Zika vírus e um ou mais dos seguintes sinais de alarme:

- Hipotensão postural¹
- Vômitos persistentes
- Dor abdominal intensa e contínua (referida ou na palpação)
- Letargia e/ou irritabilidade (alteração do comportamento)
- Distensão/líquido no abdome
- Aumento hepático $>$ 2 cm abaixo do rebordo costal
- Facilidade para sangramento ou hematomas (gengiva, nariz, vagina), sangue em urina/fezes/vômito

Maneje e encaminhe com urgência (grupo C):

- Aplique **cloro de sódio 0,9%** 10 ml/kg EV em 1 hora, independente da PA. Se necessário, repita em 1 hora. Pare se falta de ar piorar.
- Notifique e, se possível, colete exame diagnóstico para dengue e/ou Zika vírus. Contate vigilância epidemiológica.

Abordagem do paciente com suspeita de dengue ou Zika vírus que não necessita de atenção urgente: procure por petéquias e faça prova do laço e avalie fatores de risco para complicações²:

Presença de petéquias ou prova do laço positiva ou presença de fator de risco para complicações

Grupo B

- Inicie hidratação oral imediatamente: dê solução de reidratação oral 20mL/Kg em 4-6 horas. Se incapaz de beber, aplique **cloro de sódio 0,9%** 250mL EV.
- Encaminhe no mesmo dia.
- Notifique e colete exame diagnóstico para dengue e/ou Zika vírus. Contate vigilância epidemiológica.

Ausência de petéquias e prova do laço negativa e ausência de fator de risco para complicações

Grupo A

- Prescreva hidratação oral, 60ml/kg/dia até 2 dias após último episódio de febre. No primeiro dia, dê 1/3 do total como **solução de reidratação oral** em 6 horas. Então 2/3 como água/sucos/água de coco. Evite líquidos avermelhados. A partir do segundo dia, oriente beber de hora em hora, alternando entre **solução de reidratação oral** e outros líquidos.
- Prescreva **dipirona³** ou **paracetamol**, se necessário. Não prescreva AINEs ou AAS (se usa AAS, clopidogrel ou varfarina, **discuta**).
- Se náusea/vômitos, prescreva **metoclopramida** 10mg ou **dimenidrinato** 100mg cada 8 horas até 5 dias. Se coceira, prescreva **loratadina** 10mg ao dia se necessário.
- Notifique e colete exame diagnóstico para dengue e/ou Zika vírus. Contate vigilância epidemiológica.
- Oriente paciente retornar/ir à emergência se sinais de alerta: dor abdominal, vômitos, sangramento/hematoma, sonolência/irritabilidade, pele fria/pálida ou falta de ar.
- Solicite HMG para coleta no mesmo dia e agende retorno em 24h:

- Reavalie para sinais de gravidade e de alerta (vide quadros vermelhos), procure por petéquias e faça prova do laço. Maneje conforme avaliação.
- Avalie resultado do HMG:
 - Se hematócrito (Ht) elevado (\geq 50% homem ou \geq 44% mulher) ou plaquetas \leq 100.000 céls/mm³, encaminhe com urgência. Se dúvidas, **discuta**.
 - Se Ht normal e plaquetas $>$ 100.000 céls/mm³, mantenha hidratação, agende retorno no 5º dia de febre ou se melhorar antes disso oriente retornar no dia da melhora:

- Reavalie para sinais de gravidade e de alerta (vide quadros vermelhos), procure por petéquias e faça prova do laço. Maneje conforme avaliação.
- Solicite HMG para coleta no mesmo dia e agende retorno em 24h:
 - Se Ht elevado (\geq 50% homem ou \geq 44% mulher) ou plaquetas \leq 100.000 céls/mm³ ou $>$ 10% em relação ao anterior, encaminhe com urgência. Se dúvidas, **discuta**.
 - Se Ht normal e sem elevação $>$ 10% em relação ao anterior e plaquetas $>$ 100.000 céls/mm³, mantenha hidratação até 2 dias da melhora da febre e oriente retornar ou procurar serviço de urgência se sinais de alerta. Revise resultado do exame diagnóstico para dengue e/ou Zika vírus quando disponível.

¹Meça PA deitado e repita após ficar em pé por 3 minutos: se PA sistólica cair \geq 20 (ou \geq 30 se hipertensão conhecida) ou PA diastólica cair \geq 10, paciente tem hipotensão postural. ²Gestante, $>$ 65 anos, DM, HAS, DCV grave, DPOC, úlcera péptica, doença renal/hepática/autoimune/hematológica, vulnerabilidade social. ³Não prescreva se alergia prévia.

CONTEÚDOS:
SINTOMASCONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATORIAS
CRÔNICASDOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Nódulo(s) no pescoço, axila ou virilha

Abordagem do paciente com nódulo(s) no pescoço, axila ou virilha

- Se nódulos na pele → 62.
- Se nódulos abaixo da pele, primeiro exclua nódulo da tireóide, hérnia e aneurisma:
 - Nódulo no pescoço que se move quando o paciente engole, provável **nódulo de tireóide**: solicite **TSH** e **USG de tireóide**, **interprete** e **discuta**, se necessário.
 - Nódulo na virilha que aumenta com o paciente em pé ou ao tossir, provável **hérnia inguinal**: **encaminhe**. Se dor intensa ou irredutível, encaminhe no mesmo dia.
 - Nódulo pulsátil, provável **aneurisma**: solicite **USG**, **interprete** e **discuta/encaminhe**.
- Se *nenhum dos acima*, um nódulo no pescoço, axila ou virilha é provavelmente um linfonodo (linfadenopatia). Se incerteza, **discuta**.

- Se linfadenopatia cervical/retroauricular/occipital com rash e febre, considere **rubéola** (independente de vacinação): notifique, colete exame diagnóstico e discuta.
- A linfadenopatia é localizada (pescoço ou axila ou virilha) ou generalizada (≥ 2 áreas)?

Linfadenopatia generalizada

Linfadenopatia localizada

Pergunte sobre outros sintomas e procure uma causa (infecção, lesão de pele, rash, sintomas genitais):

Pescoço
Examine couro cabeludo, face, olhos, ouvidos, nariz, boca e garganta.

Axila
• Examine braços, mamas, tórax, abdome superior e costas.
• Se nódulo na mama → 33.

Virilha
O nódulo na virilha é quente e dolorido?
Não
Examine abdome inferior, pernas, genitais e região anal.

A causa foi encontrada?

Não

Sim

- Teste para HIV → 81. Se HIV positivo, ofereça cuidados de rotina → 82
- Teste para sífilis → 44.
- Se tosse ≥ 3 semanas, perda de peso, sudorese noturna ou febre ≥ 2 semanas, exclua TB → 76. Também aspire linfonodo para TB microscopia e citologia (conforme quadro) ou **encaminhe** para realizar o procedimento. Se sem TB e sintomas persistem, **discuta/encaminhe na mesma semana**.
- Solicite **HMG**, **interprete** e **discuta**, se necessário.
- **Revise** medicamentos: atenolol, alopurinol, SMZ/TMP, antibióticos e fenitoína podem causar linfadenopatia. Se dúvidas, **discuta**.
- Se *nenhum dos acima*, decida como manejar:

- linfadenopatia generalizada ou
- Paciente não está bem ou
- Linfonodo(s) crescendo rapidamente

Discuta/encaminhe na mesma semana.

Linfadenopatia localizada e paciente bem

- Tranquileze paciente.
- Oriente retornar se desenvolver sintomas.
- Se linfonodo persiste > 4 semanas, **discuta** para investigações adicionais.

- Maneje conforme a página do sintoma.
- Tranquileze paciente de que a linfadenopatia deve resolver com o tratamento
- Se linfonodo persiste > 4 semanas, **discuta** para investigações adicionais.

Como aspirar linfonodo para TB microscopia e citologia

- Limpe a pele sobre o maior linfonodo com álcool ou iodopovidine. Fixe o nódulo com uma mão para que não se mova.
- Insira uma agulha calibre 22 no nódulo, puxe o êmbolo 1-2mL para criar vácuo.
- Retire parcialmente e reinsira a agulha em diferentes ângulos várias vezes pelo nódulo (não retire a agulha completamente, mantenha em vácuo contínuo).
- Libere a pressão do vácuo antes de retirar a agulha completamente.
- Remova a seringa da agulha, puxe 2-3mL de ar na seringa, reengate nova agulha e gentilmente espirre o conteúdo da agulha em uma lâmina de vidro.
- Coloque outra lâmina de vidro em cima e puxe as lâminas para espalhar o material.
- Permita uma das lâminas a secar ao ar; fixe a outra com spray para citologia.
- Se aspiração suficiente, também envie material para cultura de bacteriana e de TB e antibiograma.
- Se aspiração sem sucesso ou não confirmar diagnóstico, encaminhe para realizar o procedimento.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Fraqueza ou cansaço

Atenda com urgência o paciente com fraqueza ou cansaço e um ou mais dos seguintes:

- Início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou **AIT** → 103.
- Dor no peito → 30
- Frequência respiratória > 30 ou falta de ar → 31
- Glicemia < 70mg/dL: se diabético → 96. Se não, maneje como abaixo.
- Glicemia > 200mg/dL: se diabético → 96. Se não → 95.
- Desidratação: sede, boca seca, turgor de pele diminuído, olhos afundados, débito urinário diminuído, sonolência/confusão, boca seca, PA < 90/60, FC ≥ 100.
- Fraqueza progressiva em perna(s): considere **compressão medular**.

Maneje:

- Se desidratado, dê **solução de reidratação oral**. Se incapaz de beber ou PA < 90/60, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar ou piora da falta de ar. Se reidratação EV necessária ou sem melhora após 2 horas de reidratação oral, encaminhe no mesmo dia.
- Se glicemia < 70mg/dL, dê água com açúcar via oral/esfregue açúcar dentro da boca. Se incapaz de ingerir, aplique **glicose 50%** 25mL EV em 1-3 minutos. Repita se glicemia ainda < 70mg/dL após 15min. Continue **glicose 5%** 1L EV a cada 6 horas. Se glicemia ainda < 70mg/dL ou fraqueza/cansaço persistir, encaminhe no mesmo dia.
- Se provável **compressão medular**, solicite **RNM** e **discuta/encaminhe com prioridade**. Se RNM não disponível, solicite **TC**.

Abordagem do paciente com fraqueza ou cansaço que não necessita de atenção urgente

- Cansaço é um problema quando persistente e o paciente é incapaz de executar completamente tarefas rotineiras e atrapalha a vida laboral, social ou familiar.
- Procure por uma causa para o cansaço/fraqueza do paciente:

- Se febre (temperatura ≥ 38°C atual ou nos últimos 3 dias) → 17.
- Se tosse ≥ 3 semanas, perda de peso, sudorese noturna, febre ≥ 2 semanas, exclua TB → 76
- Teste para HIV → 81. Se HIV positivo, ofereça cuidados de rotina → 82
- Exclua gravidez. Se gestante → 121
- Avalie e maneje estresse → 71
- Se tem dificuldades para dormir → 73
- Se paciente tem uma doença terminal, considere oferecer também cuidados paliativos → 128.

Se nenhum dos acima:

- Falta de ar pior ao deitar e edema em pernas, provável insuficiência cardíaca → 101.
- Exclua anemia: solicite **HMG**. Se Hb < 12,5g/dL, **discuta** investigações adicionais e tratamento.
- Exclua diabetes: verifique glicemia → 95.
- Investigue doença renal: solicite **PU** e **creatinina (TFGe)**, **discuta** para interpretar.
- Se ganho de peso sem aumento de apetite, desânimo, pele seca, piora/nova constipação, intolerância ao frio: solicite **TSH**. Se TSH anormal, **discuta** investigações adicionais e tratamento.
- **Revise** medicamentos: loratadina, enalapril, anlodipino, propranolol, fluoxetina, amitriptilina, metoclopramida, ácido valpróico, fenitoína e espironolactona podem causar fraqueza/cansaço.
- Se usa sinvastatina e início de fraqueza/dor muscular/cãimbras, solicite **CK total**. Se ≥ 5 LNS, pare sinvastatina e **discuta**. Se < 5 LSN, **discuta**.
- No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um → 109.
- Rastreie para uso de álcool/drogas: no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses¹/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um → 107.

Se fraqueza/cansaço persistente sem causa aparente, **discuta/encaminhe**.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Desmaio

Atenda com urgência o paciente que desmaiou e tem um ou mais dos seguintes:

- Início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou **AIT** → 103
- Inconsciente → 13
- Convulsão → 15
- Dor no peito → 30
- Falta de ar → 31

- Ferimento recente
- PA sistólica < 90
- FC < 50 ou irregular
- Palpitações
- História familiar de desmaios ou morte súbita
- ECG prévio anormal
- Problema cardíaco conhecido

- Desmaia com exercício
- Vomitou sangue ou teve sangue nas fezes
- Gestante ou amenorreia/atraso menstrual com dor abdominal e sangramento vaginal
- Dor lombar ou abdominal intensa
- Início súbito de rash difuso ou edema de face/língua: provável **anafilaxia**

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se glicemia < 70mg/dL, dê água com açúcar via oral/esfregue açúcar dentro da boca. Se incapaz de ingerir, aplique **glicose 50%** 25mL EV em 1-3 minutos. Repita se glicemia ainda < 70mg/dL após 15min. Continue **glicose 5%** 1L EV a cada 6 horas.
- Glicemia > 200mg/dL → 95.
- Se provável **anafilaxia**:
 - Eleve as pernas e aplique oxigênio 1-2L/min via cânula nasal.
 - Aplique imediatamente **adrenalina** 0,5mL (1:1000) IM no terço médio da face anterolateral da coxa. Repita cada 5-15 minutos se necessário.
 - Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1-2L EV rápido independente da PA.
- Se PA < 90/60, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar ou piora da falta de ar.

Abordagem do paciente que desmaiou e não necessita de atenção urgente

- Solicite **ECG**, **interprete resultados** e **discuta/encaminhe**, se necessário.
- Rastree para uso de álcool/drogas: no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses¹/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um → 107.
- Verifique hipotensão postural: meça PA deitado e repita após ficar em pé por 3 minutos:

PA sistólica cai ≥ 20 (ou ≥ 30 se hipertensão conhecida) ou PA diastólica cai ≥ 10

- Comum no idoso.
- Se sede e FC em pé ≥ 100, provável desidratação. Prescreva **solução de reidratação oral** e maneje a causa.
- Solicite **HMG**. Se Hb < 12,5g/dL, **discuta** investigações adicionais e tratamento.
- **Revise** medicamentos: amitríptilina, anlodipino, propranolol, enalapril, furosemida, nitratos, hidroclorotiazida podem causar síncope.
- Oriente paciente a sentar-se antes de levantar quando deitado.

PA sistólica não cai ≥ 20 (ou ≥ 30 se hipertensão conhecida) e PA diastólica não cai ≥ 10
Antes do desmaio, paciente sentiu rubor, tontura, náusea, sudorese?

Sim

- Provável **desmaio comum**
- Pode haver contração de membros que dura < 15 segundos (não é convulsão).
 - Oriente evitar calor intenso, ficar muito tempo em pé e situações que levaram a desmaios antes.
 - Avalie e maneje estresse → 71.

Não

O desmaio está associado a uma situação específica (ex. tosse, deglutição, rotação da cabeça ou ao urinar)?

Não

O paciente é diabético conhecido?

Sim

Ofereça cuidados de rotina para diabetes → 96.

Não

Sim

Discuta para investigações adicionais.

Se a causa do desmaio é incerta, **discuta/encaminhe**.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Tontura

Atenda com urgência o paciente com tontura e mais de um dos seguintes:

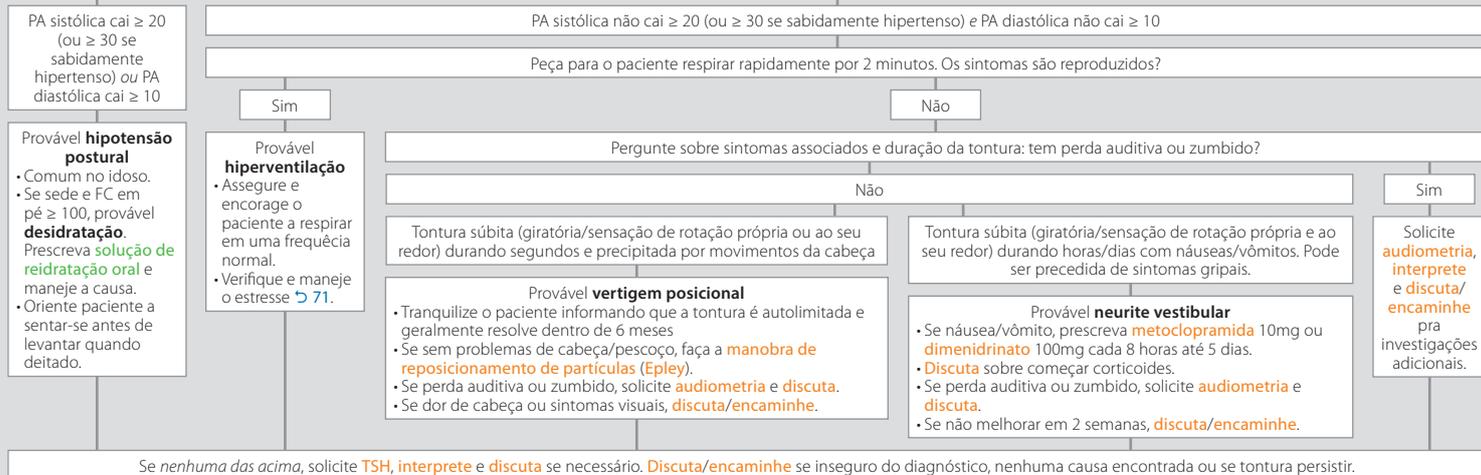
- Início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou AIT →103.
- Início súbito de tontura intensa com náusea/vômitos, movimento ocular ou marcha anormal.
- PA < 90/60
- FC < 50 ou irregular
- Dor no peito →30
- Falta de ar pior ao deitar e edema em pernas, provável **insuficiência cardíaca** →101.
- Impossibilidade de ficar em pé sem apoio
- Trauma recente na cabeça

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se PA < 90/60 aplique **cloro de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar ou falta de ar piorar.

Abordagem do paciente com tontura sem necessidade de atenção urgente

- Pergunte sobre sintomas do ouvido (como zumbido ou perda auditiva)
- Se presentes → 26.
- Pergunte sobre episódios de desmaio/colapso. Se presentes, solicite **ECG** com urgência, **interprete** e **discuta/encaminhe**, se necessário.
- Rastreie para uso de álcool/drogas: no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses¹/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um → 107.
- **Revisar** medicamentos: antidepressivos, antihipertensivos e antiepiléticos, furosemida e efavirenz podem causar tonturas.
- Se diabético, verifique glicemia → 96.
- Exclua anemia: se palidez, fraqueza/cansaço ou dificuldade para respirar/cansaço com exercício, solicite **HMG**. Se Hb < 12,5g/dL, **discuta** investigações adicionais e tratamento.
- Verifique PA: se > 140/90 → 98. Verifique hipotensão postural: meça PA deitado e repita após ficar em pé por 3 minutos:



¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Dor de cabeça

Atenda com urgência o paciente com dor de cabeça e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

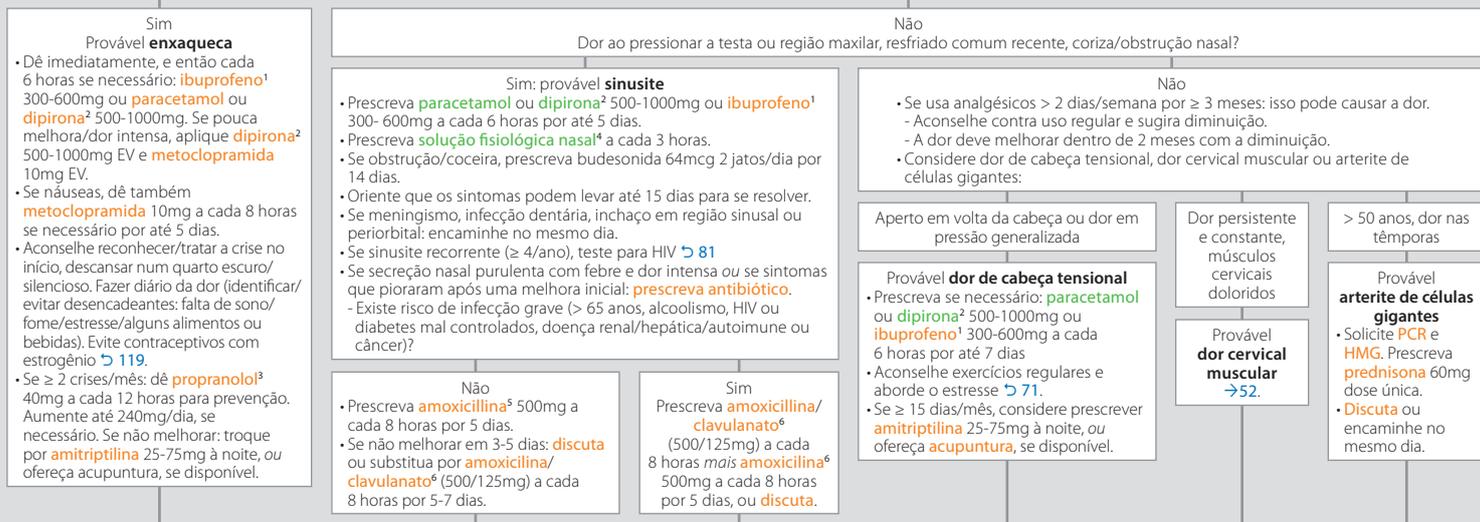
- Dor de cabeça súbita e intensa
- Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, meningismo ou vômitos
- Dor de cabeça persistente/progressiva em HIV que iniciou TARV recentemente
- PA $\geq 180/110$ em não gestante $\rightarrow 98$
- Gestante ou 1 semana após o parto e PA $\geq 140/90 \rightarrow 121$
- Rebaixamento do nível de consciência
- Confusão
- Tontura súbita
- Problemas visuais (ex. visão dupla) ou dor ocular $\rightarrow 24$
- Após uma primeira convulsão
- Trauma craniano recente
- Fraqueza ou dormência súbita na face, braços ou pernas $\rightarrow 103$
- Alteração da fala
- Diferença de tamanho entre as pupilas

Maneje e encaminhe no mesmo dia:

- Se meningismo/ $\geq 38^{\circ}\text{C}$, aplique **ceftriaxona** 2g IM.

Abordagem do paciente com dor de cabeça que não necessita de atenção urgente

Se dor nova/diferente que é pior pela manhã ou com esforço ou que acorda paciente; dor inexplicada que vem piorando e está mais frequente; sinais neurológicos focais sub-agudos; ou história de convulsões: considere solicitar **TC de crânio e discuta/encaminhe com prioridade**. A dor de cabeça é incapacitante e recorrente com náusea ou sensibilidade ao barulho/luz, e que resolve completamente?



Discuta/encaminhe se o diagnóstico é incerto ou pouca resposta aos tratamentos. Alerta paciente para evitar abuso de analgésicos.

¹Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ²Não prescreva se alergia prévia. ³Não prescreva se asma, insuficiência cardíaca descompensada, FC < 60 . Cuidado se DPOC. ⁴Aplique 200mL com seringa passando de uma narina à outra. Se necessário, ofereça preparo caseiro: 1/2 colher de chá de sal e 1/2 de bicarbonato de sódio para 2 copos de água fervida. ⁵Se alergia à penicilina, substitua por **azitromicina** 500mg ao dia por 3 dias. ⁶Se alergia à penicilina, substitua por **doxiciclina** 200mg ao dia por 7-10 dias (se gestante/amamentando, não prescreva doxiciclina), ou **discuta**.

CONTEÚDOS:
SINTOMASCONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATORIAS
CRÔNICASDOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MÚSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Sintomas do olho/visão

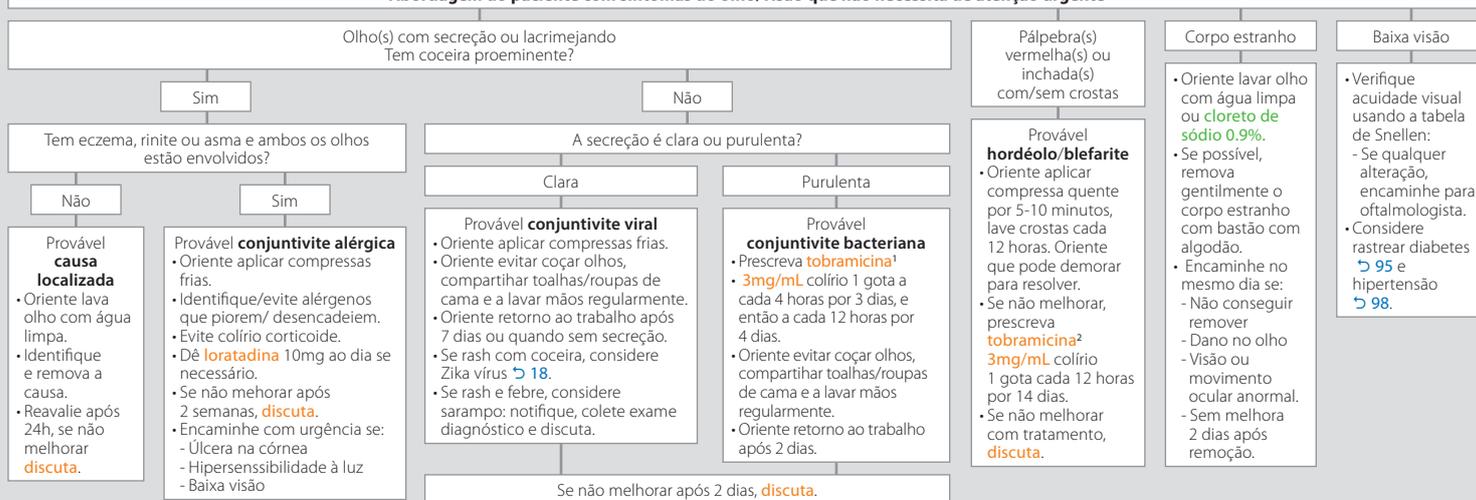
Atenda com urgência o paciente com sintomas do olho/visão e um ou mais dos seguintes:

- Início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou AIT →103
- PA ≥ 180/110 em não gestante →98
- Gestante ou 1 semana após o parto, e PA ≥ 140/90: maneje como **pré-eclâmpsia grave** →121
- Olhos amarelos: provável **icterícia** →64
- Dor e vermelhidão em apenas um olho
- Perda ou mudança súbita da visão (incluindo borramento ou visão reduzida)
- Vesículas envolvendo olho e nariz: provável **herpes zoster**
- Pálpebra inteira inchada, vermelha e dolorida: provável **celulite orbital**
- Trauma penetrante
- Laceração palpebral
- Corpo estranho penetrante ou metálico
- Queimadura química
- Úlcera na córnea
- Opacificação da córnea
- Queda súbita da pálpebra

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se olho vermelho e dolorido com visão borrada, halos ao redor da luz, pupila dilatada não responsiva, dor de cabeça ou náusea/vômitos, provável **glaucoma agudo**. Se disponível, pingue 1 gota de **timolol 0.5%** colírio no olho afetado.
- Se queimadura química, lave olho(s) continuamente por pelo menos 15 minutos com **cloreto de sódio 0.9%** ou água limpa.
- Se corpo estranho penetrante ou metálico, não tente remover. Cubra gentilmente com um curativo antes de encaminhar.

Abordagem do paciente com sintomas do olho/visão que não necessita de atenção urgente



¹Se disponível, prefira ao invés **azitromicina 1,5%** colírio 1 gota cada 12 horas no 1º dia, então 1x/dia por 4 dias. ²Se disponível, prefira ao invés **azitromicina 1,5%** colírio 1 gota/dia por 14 dias.

Sintomas da face

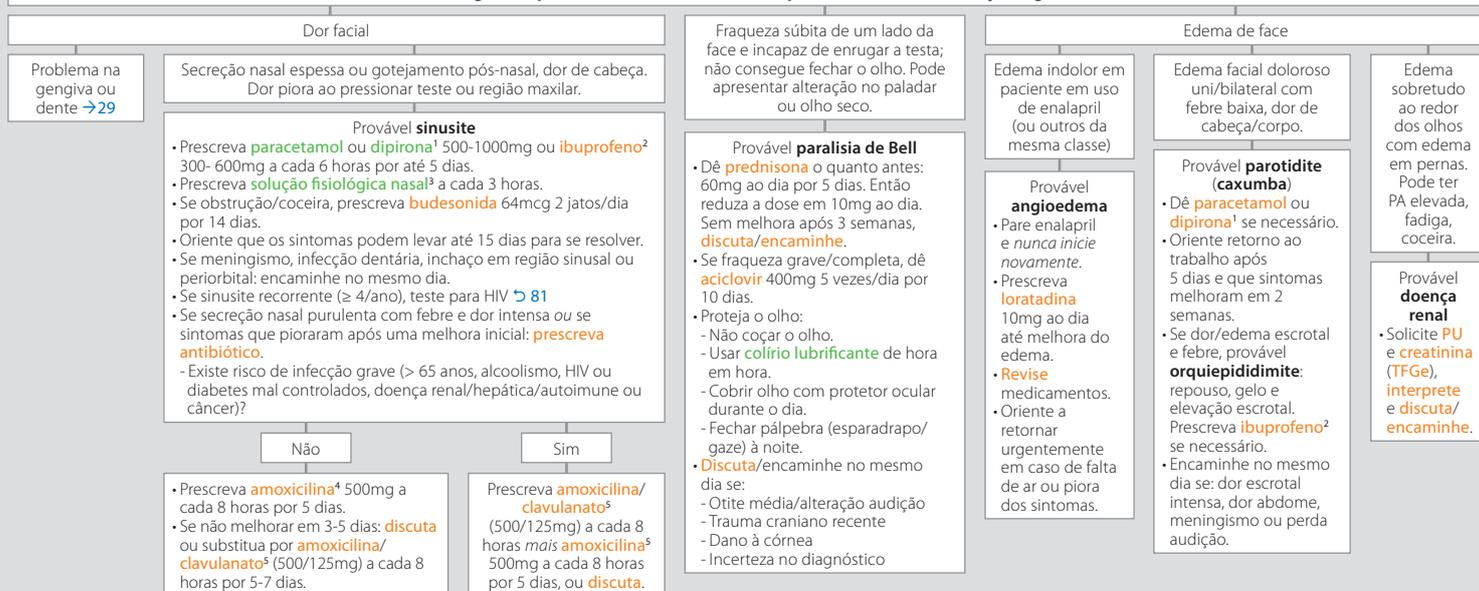
Atenda com urgência o paciente com sintomas da face e um ou mais dos seguintes:

- Início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou **AIT** →103.
- Início súbito de edema de face/língua com falta de ar ou PA < 90/60, provável **anafilaxia**
- Edema doloroso e avermelhado em face e temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$: provável **celulite facial**.

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável **anafilaxia**:
 - Eleve as pernas e aplique oxigênio 1-2L/min via cânula nasal.
 - Aplique imediatamente **adrenalina** 0,5mL (1:1000) IM no terço médio da face anterolateral da coxa. Repita cada 5-15 minutos se necessário.
 - Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1-2L EV rápido independente da PA. Depois, se PA < 90/60, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Pare se falta de ar piorar.

Abordagem do paciente com sintomas da face que não necessita de atenção urgente



¹Não prescreva se alergia prévia. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ³Aplique 200mL com seringa passando de uma narina à outra. Se necessário, ofereça preparo caseiro: 1/2 colher de chá de sal e 1/2 de bicarbonato de sódio para 2 copos de água fervida.

⁴Se alergia à penicilina, substitua por **azitromicina** 500mg ao dia por 3 dias. ⁵Se alergia à penicilina, substitua por **doxiciclina** 200mg ao dia por 7-10 dias (se gestante/amamentando, não prescreva doxiciclina), ou **discuta**.

CONTEÚDOS:
SINTOMASCONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICASDOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Sintomas do ouvido/audição

Pergunte sobre coceira, dor, secreção e dificuldade auditiva/zumbido. Então examine os ouvidos (otoscopia).

Coceira no ouvido

Canal auditivo inchado e vermelho. Pode ter pus

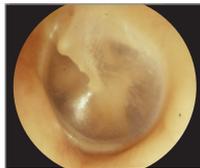


© University of Cape Town

- Provável **otite externa**
- Limpe o canal auditivo¹.
 - Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**² 500-1000mg a cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
 - Prescreva **polimixina B** (com ou sem associações) 4 gotas cada 8 horas por 7 dias.
 - Se disfunção imune³, dor intestes, temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou não melhorou: dê também **ciprofloxacino** 500mg cada 12 horas por 7 dias.
 - **Discuta** se não responder com 2 dias de ciprofloxacino.

Dor no ouvido

Tímpano e canal auditivo normais



© University of Cape Town

- Provável **dor referida**
- Procure causa:
 - Se problema em dente ou gengiva \rightarrow 29.
 - Se problema na garganta \rightarrow 28
 - Se dor na articulação temporomandibular, procure por sintomas articulares \rightarrow 50
 - Se edema dolorido em um/ambos lados da face, provável **caxumba** \rightarrow 25
 - Se causa incerta, **discuta**.

Sintomas < 2 semanas; tímpano vermelho ou abaulado. Pode ter febre e/ou dificuldade auditiva



© University of Cape Town

- Provável **otite média aguda**
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**² 500-1000mg ou **ibuprofeno**⁴ 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 7 dias.
 - Se secreção, limpe canal¹.
 - Prescreva **amoxicilina** 500mg cada 8 horas por 7 dias. Se alergia à penicilina, troque por **azitromicina** 500mg ao dia por 5 dias. Se febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), dor/perda auditiva grave ou não melhorou em 48-72h: troque por **amoxicilina/clavulanato** 500/125mg cada 8 horas por 10 dias. Se alergia à penicilina, **discuta**.
 - Se sem reposta após 5 dias ou ≥ 4 episódios/ano, **discuta** ou **encaminhe**.
 - Se edema doloroso retroauricular ou meningismo, **discuta**.

Secreção do ouvido

Sintomas ≥ 2 semanas; tímpano perfurado. Sem dor, pode ter dificuldade auditiva



© University of Cape Town

- Provável **otite média crônica**
- Limpe o canal auditivo¹ 3 vezes/dia. O ouvido pode se recuperar apenas se estiver seco.
 - Prescreva **polimixina B** (com ou sem associações) 4 gotas cada 8 horas por 14 dias.
 - **Discuta** ou **encaminhe** se:
 - Sem melhora após 2 semanas
 - Secreção malcheirosa ou depósito branco/amarelo no tímpano, provável **colesteatoma**.
 - Perfuração significativa do tímpano
 - Perda auditiva
 - Dor de ouvido
 - **Encaminhe com urgência** se:
 - Edema doloroso retroauricular
 - Meningismo
 - Se baixa resposta ao tratamento, exclua TB \hookrightarrow 76 e HIV \hookrightarrow 81.

Dificuldade auditiva ou zumbido

- Se coceira/dor ou secreção, veja demais colunas.
- Verifique se tem cera no ouvido:

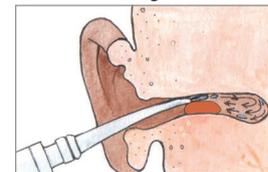
Tem cera

- Aplique um conta-gotas de **óleo mineral** no ouvido e deixe 20 minutos.
- Depois lave o ouvido com água morna. Se dor ou não melhorar após 3 tentativas, pare e **discuta**.
- Se audição não melhorar após, peça **audiometria**.

Sem cera

- Solicite **audiometria**.
- Procure causa:
 - Pergunte sobre exposição prolongada à barulho.
 - **Revise** medicamentos: AAS, AINes e furosemida.
- **Discuta** se:
 - Início súbito
 - Unilateral
 - Tontura/vertigem

Como fazer lavagem de ouvido⁵



Encha uma seringa grande (50-200mL) com água morna. Peça ao paciente para segurar um recipiente embaixo do ouvido contra o pescoço para captar a água. Puxe suavemente a orelha para cima e para trás para endireitar o canal auditivo. Coloque a ponta da seringa na abertura do canal auricular (não mais do que 8 mm para dentro) e injete água diretamente para cima no canal auditivo.

¹Limpeza do canal auditivo (seca): enrole um pedaço de papel toalha limpo ou tecido absorvente em uma mecha. Cuidadosamente insira no ouvido com movimentos circulares. Remova a mecha e troque por outra mecha limpa. Repita até que a mecha esteja limpa e seca ao ser removida. Nunca deixe uma mecha ou outro objeto dentro do ouvido. ²Não prescreva se alergia prévia. ³HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. ⁴Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ⁵Não realize lavagem de ouvido e **discuta/encaminhe** se: membrana timpânica perfurada, história de cirurgia no ouvido, otite externa.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Sintomas do nariz

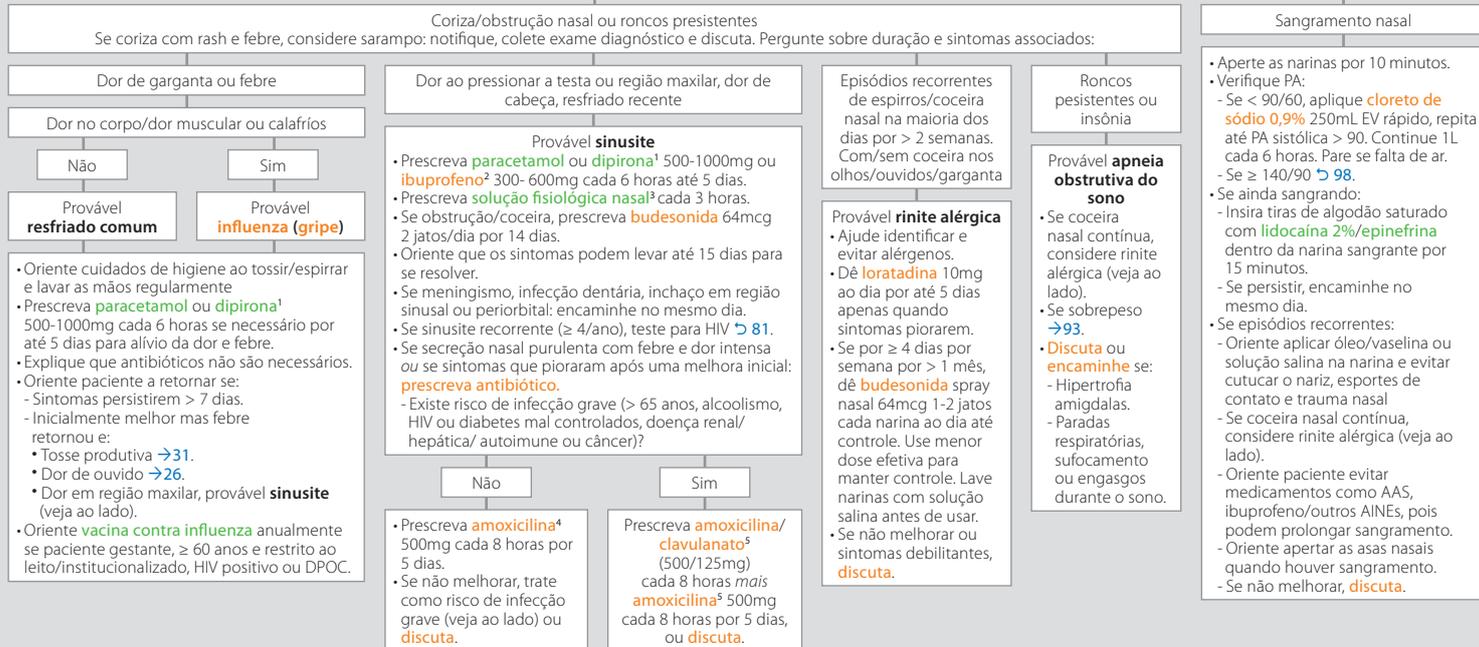
Considere **COVID-19**
Consulte guia local mais atual

Atenda com urgência o paciente com sintomas do nariz e:

- Traumatismo craniano com descarga de secreção clara do nariz

Maneje: encaminhe com urgência.

Abordagem do paciente com sintomas do nariz que não necessita de atenção urgente



¹Não prescreva se alergia prévia. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ³Aplique 200mL com seringa passando de uma narina à outra. Se necessário, ofereça preparo caseiro: 1/2 colher de chá de sal e 1/2 de bicarbonato de sódio para 2 copos de água fervida.

⁴Se alergia à penicilina, substitua por **azitromicina** 500mg ao dia por 3 dias. ⁵Se alergia à penicilina, substitua por **doxiciclina** 200mg ao dia por 7-10 dias (se gestante/amamentando, não prescreva doxiciclina).

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MÚLTIPLA-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Sintomas da boca e garganta

Considere **COVID-19**
Consulte guia local mais atual

Atenda com urgência o paciente com sintomas de boca/garganta e um ou mais dos seguintes:

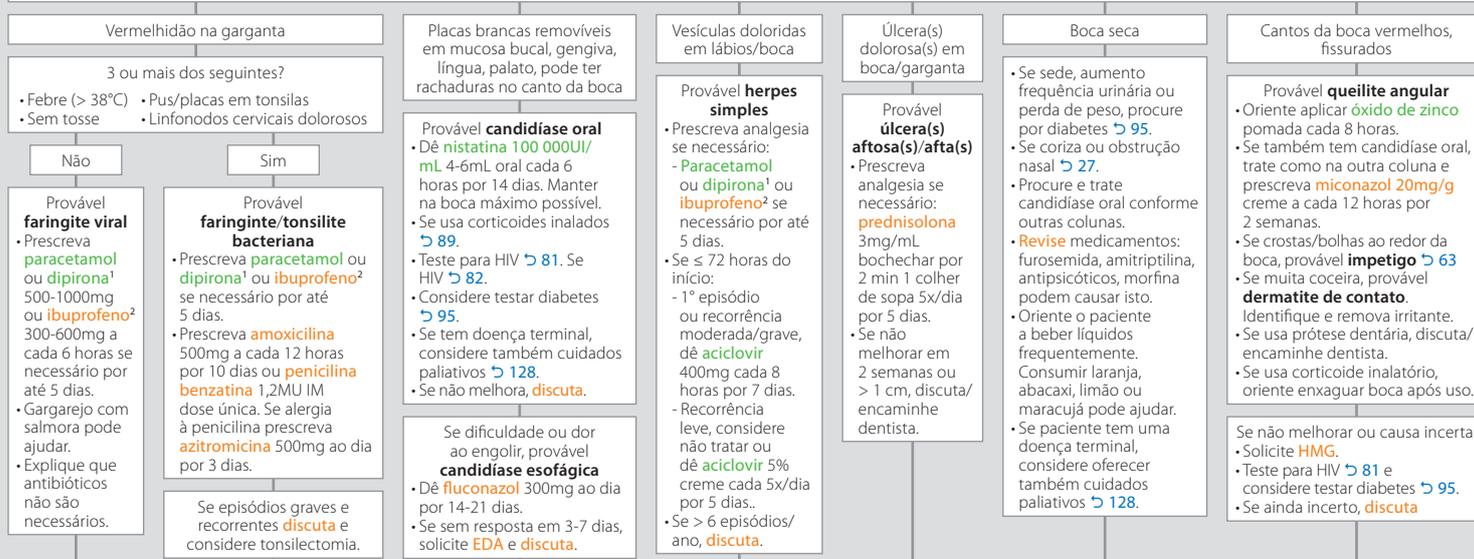
• Incapaz de abrir a boca

• Totalmente incapaz de engolir

Maneje: encaminhe no mesmo dia.

Abordagem do paciente com sintomas de boca/garganta que não necessita de atenção urgente:

- Se problemas na gengiva ou dentes → 29
- Se boca seca, dificuldade/dor progressiva ao engolir e comida/líquidos ficam presos, **discuta** com prioridade para investigação complementar.
- Examine a boca e garganta e verifique se há vermelhidão, lesões esbranquiçadas, vesículas ou úlceras:



- Se dor de garganta/boca: oriente evitar comidas apimentadas, quentes, grudentas, secas ou ácidas e a comer alimentos macios e úmidos.
- Oriente manter boca e dentes limpos escovando e enxaguando regularmente.
- Se úlcera indolor, teste sífilis → **44**. Se úlcera sem melhora ≥ 3 semanas, vermelha/esbranquiçada, bordo endurecido e firme à palpação; ou se placas brancas não removíveis, **discuta/encaminhe** dentista.

¹Não prescreva se alergia prévia. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ³Se disfunção imune (HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer): prescreva **aciclovir** 400mg 5x/dia por 5-7 dias.

Sintomas dos dentes/gengivas

Atenda com urgência o paciente com sintomas dos dentes/gengivas com um ou mais dos seguintes:

- Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ com vermelhidão, calor e inchaço na face.
- Não consegue abrir a boca (trismo)

Encaminhe com urgência.

Abordagem do paciente com sintomas dos dentes/gengivas que não necessita de atenção urgente:

- Tem dor/sensibilidade nos dentes, gengivas vermelhas/com sangramento/aumentadas ou inchaço da face/mandíbula?
- Examine a boca: levante o lábio para ver dentes e gengivas:

Mancha marrom/preta nos dentes na linha da gengiva, buracos, sulcos ou dentes ausentes. Pode haver dor de dente com comida/bebida quente ou fria.



© BMJ Best Practice

Provável cárie dentária

- Aconselhe paciente a cuidar de sua boca (abaixo).
- Encaminhe para dentista.

Gengivas vermelhas/sangrando ou inchadas



© BMJ Best Practice

Provável gengivite/periodontite

- Aconselhe paciente a cuidar de sua boca (abaixo).
- **Revise** medicamentos: fenitoína e anlodipina podem causar crescimento exagerado das gengivas.
- Encaminhe para dentista.
- Se dor importante, prescreva **paracetamol** ou **dipirona**¹ 500-1000mg cada 6 horas por até 5 dias.
- Se início súbito ou manifestação grave/exacerbada, teste para HIV [↗ 81](#).

Dor de dente prévia/atuado com pus na boca, inchaço ao lado do dente ou na face/mandíbula

Provável abscesso dentário

- Encaminhe para dentista para incisão/drenagem no mesmo dia. Se não disponível ou enquanto aguarda:
 - Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**¹ 500-1000mg ou **ibuprofeno**² 300-600mg a cada 6 horas por até 5 dias.
 - Prescreva **amoxicilina** 500mg e **metronidazol**³ 500mg cada 8 horas por 5 dias. Se alergia à penicilina, prescreva ao invés de amoxicilina e metronidazol **clindamicina** 600mg no dia 1, depois 300mg cada 6 horas por 5 dias.
- Oriente retornar se sintomas piorarem, temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou não melhorar após 2 dias: encaminhe no mesmo dia/**discuta**.

Aconselhe o paciente com sintomas das gengivas/dentes a cuidar de sua boca

- Aconselhe ter uma dieta saudável [↗ 11](#).
- Oriente escovar os dentes e usar o fio dental duas vezes ao dia e, se possível, fazer check-up odontológico cada 6 meses.
- Se usa dentaduras, oriente limpar completamente todos os dias. Se dentadura mal encaixada ou desconforto, encaminhe para dentista.
- Pergunte sobre tabagismo e uso de substâncias. Se uso de tabaco [↗ 108](#). Se uso de álcool ou drogas [↗ 107](#).

¹Não prescreva se alergia prévia. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ³Evitar álcool até 24 horas após metronidazol.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MULSICULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Dor no peito

- Frequência respiratória > 30 ou falta de ar
- PA \geq 180/110 ou < 90/60
- Pulso irregular, \geq 100 ou < 50
- Dor intensa

Atenda com urgência paciente com dor no peito e um ou mais dos seguintes:

- Nova dor ou desconforto em lado esquerdo/central do peito
- Dor irradia para pescoço, mandíbula, ombro(s) ou braço(s)
- Náusea ou vômitos
- Palidez ou sudorese
- Doença cardíaca isquêmica conhecida
- Em risco de ataque cardíaco/IAM (diabetes, tabagismo, hipertensão, dislipidemia, RCV conhecido > 20%, história familiar)

Faça ECG (se disponível)

ECG anormal
(elevação/
depressão de ST
ou bloqueio de
ramo esquerdo)

→ 104

Não

ECG não disponível ou ECG normal/outras anormalidades ou incerto

A dor no peito piora ao deitar, à palpação ou na respiração profunda?

Sim

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se SaO₂ < 90%, oxímetro não disponível, FR > 30 ou falta de ar, aplique oxigênio via cânula nasal (1-2L/min).
- Se falta de ar súbita, ruídos respiratórios diminuídos/mais ressonantes/dor num dos lados, desvio de traquéia, provável **pneumotórax hipertensivo**:
- **Insira** cateter calibre 14 acima da 3ª costela na linha médio clavicular. Contate SAMU (192) e providencie dreno torácico.
- Se PA < 90/60, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar piorar.
- Se PA \geq 180/110, discuta com especialista a necessidade de tratamento urgente.

Abordagem do paciente com dor no peito que não necessita de atenção urgente

- Se dor no peito central recorrente, desencadeada por esforço e que alivia ao repouso: provável **doença cardíaca isquêmica** → 104.
- Se tosse, febre ou dor na respiração profunda → 31
- Pergunte sobre localização da dor e sintomas associados:

Dor retroesternal ou epigástrica piora com a alimentação, fome ou deitado/inclinado para a frente

Provável **dispepsia/azia**

- Oriente evitar café/bebida com gás/alimento gorduroso, condimentado ou ácido e, se sintomas noturnos, elevar cabeceira da cama e evitar comer tarde à noite.
- Pare AINEs e **discuta** sobre parar AAS.
- Pergunte sobre fumo e uso de álcool. Se fuma tabaco → 108. Se bebe álcool \geq 4 doses!/sessão → 107.
- Avalie e maneje o estresse → 71.
- Se circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou 102cm (homem), incentive perda de peso e avalie RCV → 93.
- Ofereça acupuntura, se disponível.
- Prescreva **omeprazol** 20mg ao dia por pelo menos 4 semanas. Se baixa resposta, **auente** para 40mg ao dia. Considere **hidróxido de alumínio 60mg/mL** 10mL (2 colheres de chá) 3-6 vezes/dia se necessário. Se sem resposta após 8 semanas, **discuta** e considere tratar H Pylori.
- Se \geq 60 anos, perda de peso inexplicada, dor/dificuldade progressiva de engolir, sangue nas fezes, massa abdominal ou vômitos persistentes/com sangue: solicite **EDA** e **interprete**.

Sensibilidade na
junção costovertebral,
sem febre ou tosse

Provável **problema
músculoesquelético**

- Prescreva **ibuprofeno**² 300-600mg a cada 8 horas por até 10 dias.
- **Discuta** se a dor persistir > 4 semanas.

Dor em
queimação
unilateral por
1-2 dias com
ou sem lesões
de pele

Provável
herpes zoster
→ 58.

- Se *nenhum dos acima*, considere ansiedade/pânico, avalie e maneje estresse → 71.
- Se não melhorar ou dúvidas, **discuta/encaminhe**.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se \geq 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteróides, varfarina, abuso de álcool.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MÚSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Tosse ou falta de ar

Considere **COVID-19**
Consulte guia local mais atual

Atenda com urgência o paciente com tosse ou falta de ar e um ou mais dos seguintes:

- Se sibilos/aperto no peito e sem rash ou edema de face/língua →32.
- Falta de ar pior ao deitar e com edema em pernas, provável **insuficiência cardíaca** →101.
- Respiração rápida e profunda com glicemia > 200mg/dl →95.
- Início súbito de rash difuso ou edema de face/língua
- Edema de face/língua
- Falta de ar em repouso ou ao falar
- FR > 30 ou SaO₂ < 90%
- Tosse com sangue vivo
- Confusão ou agitação
- PA < 90/60
- Edema e dor em uma pantufilha

Maneje e encaminhe com urgência:

- Aplique oxigênio via cânula nasal (1-2L/min).

Temperatura ≥ 38°C, provável **pneumonia**.
• Aplique **ceftriaxona** 1g IM

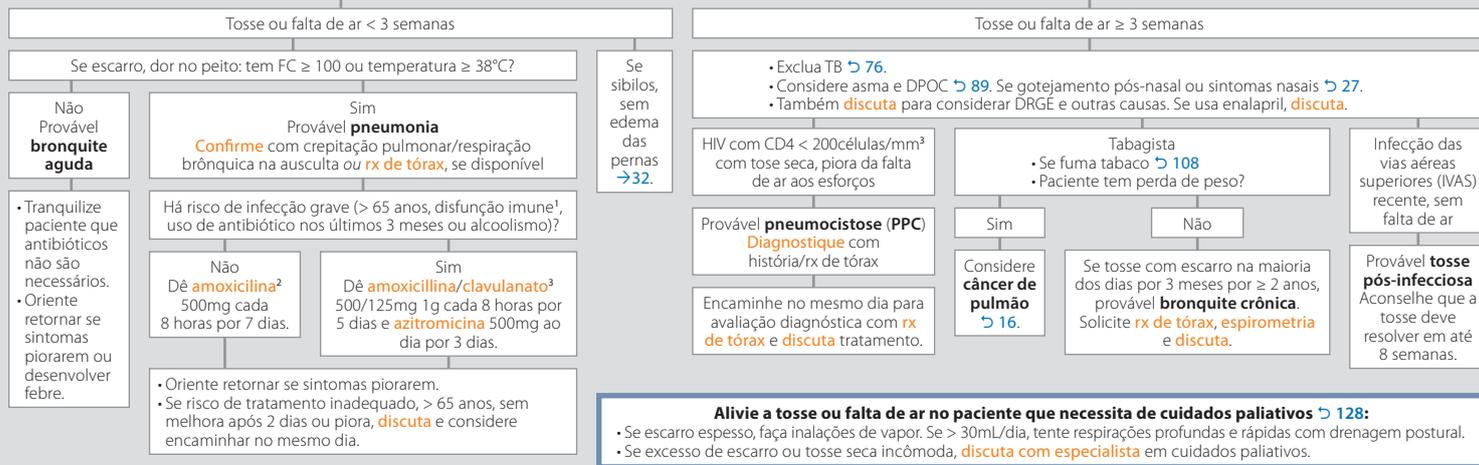
Início súbito de rash difuso ou edema de face/língua, provável **anafilaxia**
• Eleve pernas.
• Aplique imediatamente **adrenalina** 0,5mL (1:1000) IM no terço médio da face anterolateral da coxa. Repita cada 5-15 minutos se necessário.
• Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1-2L EV rápido independente da PA

Falta de ar súbita, ruídos respiratórios diminuídos/mais ressonantes/dor em 1 dos lados, desvio de traqueia, provável **pneumotórax hipertensivo**
• **Insira** cateter calibre 14 acima da 3ª costela na linha médio clavicular. Contate SAMU (192) e providencie dreno torácico.

Se PA < 90/60, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar piorar.

Abordagem do paciente com tosse ou falta de ar que não necessita de atenção urgente

Se rash e febre, considere sarampo: notifique, colete exame diagnóstico e discuta. Pergunte sobre duração da tosse ou falta de ar e faça ausculta pulmonar:



¹HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. ²Se alergia à penicilina, prescreva ao invés **azitromicina** 500mg no dia por 3 dias. ³Se alergia à penicilina, **discuta** alternativas; ou prescreva, se disponível, ao invés **levofloxacina** 750mg ao dia por 5-7 dias.

Sibilos/aperto no peito

- Se início súbito de rash difuso ou edema de face/língua, provável **anafilaxia** →31.
- Se falta de ar pior ao deitar e com edema em pernas, provável **insuficiência cardíaca** →101.

Atenda com urgência o paciente com sibilos/aperto no peito:

Avalie a gravidade do episódio:

Qualquer um: FR > 30, FC > 120, incapaz de falar frase completa, usa musculatura respiratória acessória, sem ruídos na ausculta (aperto no peito mas sem sibilos), agitação, sonolência ou confusão?

Não

Sim

Leve ou moderado

Grave

- Aplique **salbutamol** 400-800mcg (4-8 jatos) via espaçador ou **bromidrato de fenoterol** 5mg/mL 10-20 gotas em 4mL de **cloreto de sódio 0,9%** via nebulizador com oxigênio (6L/min). Se não melhorar, repita cada 20 minutos durante a primeira hora.
- Se asma/DPOC conhecido, dê **prednisona** 40mg oral. Se não for possível medicamento oral, aplique ao invés **hidrocortisona** 100mg EV.
- Monitore resposta regularmente:

Melhorando ou sem mudança na primeira hora

Piorando apesar do tratamento

Verifique frequência respiratória. O paciente consegue falar normalmente?

Consegue falar normalmente e frequência respiratória \leq 20

Não consegue falar normalmente ou frequência respiratória > 20

Sibilo/aperto no peito resolvido

Sibilo/aperto no peito ainda presente

- Repita **salbutamol** cada hora ou se necessário.
- Sibilo/aperto no peito ainda presente após 3 horas?

Não

Sim

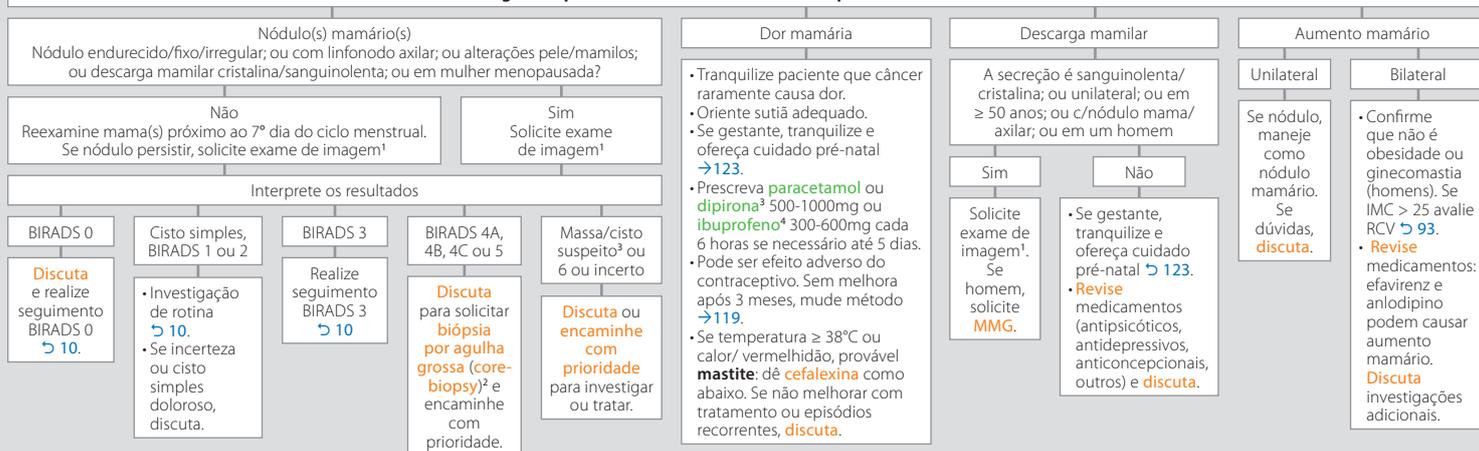
- Se primeiro episódio de sibilo/aperto no peito, avalie para asma e DPOC →89.
- Se asma/DPOC conhecida, ofereça cuidados de rotina: se asma →91, se DPOC →92.

Continue salbutamol e discuta ou encaminhe.

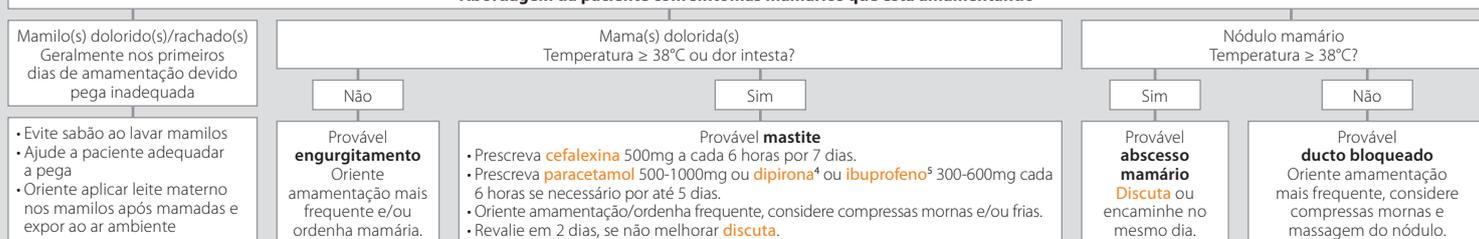
- Encaminhe com urgência.
- Enquanto aguarda transporte:
 - Aplique **bromidrato de fenoterol** 5mg/mL 10-20 gotas em 4mL de **cloreto de sódio 0,9%** via nebulizador com oxigênio (6L/min) cada 20 minutos (ou continuamente, se necessário). Se nebulizador não disponível, aplique ao invés **salbutamol** 400-800mcg (4-8 jatos) via espaçador cada 20 minutos.
 - Aplique **brometo de ipratrópio 0,25mg/mL** 20-40 gotas via nebulizador cada 20 minutos (ou mais frequente se necessário).
 - Aplique **hidrocortisona** 100mg EV se ainda não tiver sido feito.

Sintomas mamários

Abordagem de paciente com sintomas mamários que não está amamentando



Abordagem da paciente com sintomas mamários que está amamentando



¹Se < 30 anos, solicite **USG**; se entre 30-40 anos, solicite **USG** e **MMG**; se ≥ 40 ano, solicite **MMG**. ²**Discuta** e escolha entre core-biopsy guiada por esterotaxia ou USG. Se core-biopsy não disponível, considere **PAAF**. ³Se uma massa é irregular, heterogênea, tem margens mal-definidas ou espiculadas, e é mais alta que larga; massa com calcificações; microcalcificações; cistos com elementos sólidos. ⁴Não prescreva se alergia prévia. ⁵Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Dor abdominal (sem diarreia)

Atenda com urgência o paciente com dor abdominal e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

- Não consegue urinar e abdome distendido →48
- Dor no peito →30
- Gestante, ou 1 semana após o parto, e PA \geq 140/90 →121.
- Recente término da gestação/aborto/parto →125.
- Gestante e sangramento vaginal →121.
- Dor abdominal superior súbita irradiando para costas com náusea/vômito: provável pancreatite
- Dor intensa e massa abdominal pulsátil: provável aneurisma da aorta abdominal
- Peritonite (defesa, rigidez ou dor à descompressão súbita do abdome)
- Icterícia
- Temperatura \geq 38°C
- Sem evacuações ou gases nas últimas 24 horas com/sem vômito
- Se sonolência, confusão, náusea/vômito, respiração rápida e profunda: verifique glicemia →95
- Se usa ARVs, avalie efeitos adversos urgentes → 86.

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável pancreatite, aplique **cloroeto de sódio 0,9%** 1L EV rápido independente da PA, depois 1L a cada 4 horas. Pare se falta de ar.
- Se provável aneurisma da aorta abdominal: não aplique fluidos EV mesmo se PA < 90/60 (elevar a PA pode piorar a ruptura)

Abordagem do paciente com dor abdominal que não necessita de atenção urgente:

- Se mulher sexualmente ativa com dor abdominal baixa e corrimento vaginal anormal →40.
- Se paciente tem sintomas urinários →48.
- Se paciente está constipado →37.

O paciente tem dor epigástrica que piora com a alimentação, fome ou deitado/inclinado para a frente?

Sim

Abordagem do paciente sem sinais de alerta

Provável **dispepsia/azia**

- Oriente evitar café/bebida com gás/alimento gorduroso, condimentado ou ácido e, se sintomas noturnos, elevar cabeceira da cama e evitar comer tarde à noite.
- Pare AINs e **discuta** sobre parar AAS.
- Pergunte sobre fumo. Se fuma → 108.
- Se bebe álcool \geq 4 doses/sessão → 107.
- Avalie e maneje o estresse → 71.
- Se circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou 102cm (homem), incentive perda de peso e avalie RCV → 93.
- Ofereça acupuntura, se disponível.
- Dê **omeprazol** 20mg ao dia por pelo menos 4 semanas. Se baixa resposta, **auente** para 40mg ao dia. Considere **hidróxido de alumínio 60mg/mL** 10mL 3-6 vezes/dia se necessário. Se sem resposta após 8 semanas, **discuta** e considere tratar H Pylori.
- Se \geq 60 anos, perda de peso inexplicada, dor/dificuldade progressiva de engolir, sangue nas fezes, massa abdominal ou vômitos persistentes/com sangue: solicite **EDA** e **interprete**.

Não

Paciente perdeu peso?

Sim
Apresenta febre, sudorese noturna, tosse ou HIV?

Sim

Exclua TB → 76.

Não

Considere **câncer** **Discuta** para investigações adicionais.

Não
O paciente relata eliminação de vermes?

Sim

- Tênia ou segmentos: **discuta** opções de tratamento.
- Outro parasita ou incerto: dê **albendazol**² 400mg, repita dose em 14 dias.14 dias. Trate familiares junto.
- Eduque higiene pessoal.

Não

- Se constipação e/ou diarreia com dor recorrente que alivia com passagem das fezes ou gases, provável **síndrome do intestino irritável**
- Avalie e maneje estresse → 71.
 - Evite cafeína, leite/lactínicos.
 - Se dor, prescreva **hioscina** 10-20mg a cada 6 horas se necessário.
 - Se constipação, prescreva **óleo mineral** 15-45mL à noite para prevenir constipação
 - **Discuta** outras opções de tratamento.

- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**³ 500-1000mg a cada 6 horas se necessário.
- **Reavalie** regularmente até melhora ou definição da causa/etiologia.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ²Se gestante, **discuta** opções de tratamento. ³Não prescreva se alergia prévia.

Náuseas ou vômitos

Atenda com urgência o paciente com náuseas ou vômitos e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

- Dor de cabeça →23
- Dor no peito →30
- Dor abdominal superior súbita irradiando para costas com náusea/vômito: provável **pancreatite**
- Desidratação: sede, boca seca, turgor de pele diminuído, olhos afundados, débito urinário diminuído, sonolência/confusão, boca seca, PA < 90/60, FC ≥ 100.
- Peritonite (defesa, rigidez ou dor à descompressão súbita do abdome)
- Vômitos sanguinolentos
- Icterícia
- Dor/distensão abdominal e sem evacuações ou gases.
- Se sonolência, confusão, náusea/vômito, respiração rápida e profunda: verifique glicemia → 95.
- Se usa ARVs, avalie efeitos adversos urgentes → 86.

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável **pancreatite**, aplique **cloroeto de sódio 0,9%** 1L EV rápido independente da PA, depois 1L a cada 4 horas. Pare se falta de ar.
- Se desidratado, dê **solução de reidratação oral**. Se incapaz de beber ou PA < 90/60, aplique **cloroeto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar. Se reidratação EV necessária ou sem melhora após 2 horas de reidratação oral, encaminhe no mesmo dia.
- Se vomitando no momento: dê **metoclopramida** 10mg oral ou aplique EV.

Abordagem do paciente com vômitos ou náuseas que não necessita de atenção urgente:

- Exclua gravidez. Se gestante, tranquilize que náusea/vômitos são comuns no primeiro trimestre. Oriente fazer refeições pequenas, leves, mais frequentes e evitar comidas/cheiros que causem náuseas. Consumo de gengibre e acupressão (3 dedos acima do pulso em região anterior) podem ajudar. Se não melhorar, prescreva **dimenidrinato** 100mg cada 8 horas ou **metoclopramida** 10mg cada 8 horas se necessário por até 5 dias ou se necessário. Se vômitos persistentes, **discuta**. Ofereça cuidados de pré-natal → 123.
- Se tontura associada → 22.
- **Revise** medicamentos: AINEs, metformina, contraceptivos, terapia hormonal, teofilina, quimioterapia e morfina podem causar náuseas/vômitos. Se em tratamento para TB → 79 ou TARV → 86.
- No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um → 107.
- Se paciente tem uma doença terminal, considere oferecer também cuidados paliativos → 128

Paciente tem dor epigástrica que piora com a alimentação, fome ou deitado/inclinado para a frente?

Sim

Provável **dispepsia/azia**

- Oriente evitar café/bebida com gás/alimento gorduroso, condimentado ou ácido e, se sintomas noturnos, elevar cabeceira da cama e evitar comer tarde à noite.
- Pare AINEs e **discuta** sobre parar AAS.
- Pergunte sobre fumo. Se fuma → 108.
- Se bebe álcool ≥ 4 doses/sessão → 107
- Avalie e maneje o estresse → 71.
- Se circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou 102cm (homem), incentive perda de peso e avalie RCV → 93.
- Ofereça acupuntura, se disponível.
- Dê **omeprazol** 20mg ao dia por pelo menos 4 semanas. Se baixa resposta, **auente** para 40mg ao dia. Considere **hidróxido de alumínio 60mg/mL** 10mL 3-6 vezes/dia se necessário. Se sem resposta após 8 semanas, **discuta** e considere tratar H Pylori.
- Se ≥ 60 anos, perda de peso inexplicada, dor/dificuldade progressiva de engolir, sangue nas fezes, massa abdominal ou vômitos persistentes/com sangue: solicite **EDA** e **interprete**.

Não

- Se vômitos de início recente, geralmente com diarreia, cólicas abdominais, perda de apetite, dor no corpo e fraqueza, tranquilize o paciente que vômitos/diarreia provavelmente se devem a uma infecção viral ou intoxicação alimentar e devem melhorar dentro de 1-3 dias.
- Prescreva **dimenidrinato** 100mg cada 8 horas ou **metoclopramida** 10mg a cada 8 horas se necessário por até 5 dias.
- Se vômitos/diarreia, prescreva **solução de reidratação oral**.
- Oriente paciente a beber bastante líquido, comer refeições menores e mais frequentes conforme aceitação e evitar alimentos gordurosos.
- Oriente paciente a retornar se vomitando > 3 dias, não tolerando líquidos ou necessitando cuidados urgentes como acima: **discuta**/encaminhe no mesmo dia.
- Se a náusea persistir > 2 semanas ou dúvida diagnóstica, **discuta**.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATORIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Diarreia

Atenda com urgência o paciente com diarreia e um ou mais dos seguintes:

- Desidratação: sede, boca seca, turgor da pele diminuído, olhos afundados, débito urinário diminuído, sonolência/confusão, PA < 90/60, FC ≥ 100.
- Se usa abacavir (ABC) ou zidovudina (AZT), avalie efeitos adversos urgentes → 86.

Maneje:

- Dê **solução de reidratação oral**. Se incapaz de beber ou PA < 90/60; aplique **cloro de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar.
- Se reidratação EV necessária ou sem melhora com reidratação oral após 2 horas, **discuta/encaminhe no mesmo dia**.

Abordagem do paciente com diarreia que não necessita de atenção urgente:

- Confirme que o paciente tem diarreia: fezes liquefeitas e/ou > 3 evacuações ao dia.
- Oriente o paciente a aumentar o consumo de fluidos e sal, comer refeições pequenas e frequentes e a evitar bebidas doces/cafeinadas.
- Se > 65 anos, restrito ao leito ou recebendo cuidados paliativos, verifique impactação fecal (massa fecal imóvel e sólida no reto). Se impactação, gentilmente remova usando lubrificação. Depois faça **enema** com óleo mineral. Se sangramento ou dor intensa, pare e **discuta**.
- Pergunte sobre a duração da diarreia:

Diarreia por ≤ 2 semanas

- Prescreva **solução de reidratação oral**.
- Temperatura ≥ 38°C e/ou sangue ou muco/pus nas fezes?

Sim

Não

Provável **disenteria**

- Trate com **ciprofloxacino** 500mg a cada 12 horas por 5 dias. Se gestante, substitua por **azitromicina** 1g ao dia por 5 dias.
- Se não melhorar após 2 dias adicione **metronidazol**¹ 500mg a cada 8 horas por 7 dias.

- Se disponível, prescreva **loperamida** 4mg inicialmente, depois 2mg após evacuações, máximo 16mg/dia.
- Não prescreva antibióticos. São desnecessários e aumentam a chance de resistência e efeitos adversos.

Reavalie em 2 semanas se diarreia persistir

Diarreia por > 2 semanas

- Prescreva **solução de reidratação oral** para prevenir desidratação.
- Solicite exame parasitológico de fezes e cultura/antibiograma. Se não for viável, prescreva **metronidazol**¹ 250mg a cada 8 horas por 7 dias. Se não tolerar metronidazol, pare e dê ao invés **albendazol** 400mg ao dia por 5 dias. Se gestante, não use albendazol.
- Teste para HIV → 81. Se HIV positivo, **discuta**.

Avalie o resultado dos exames.

Parasitológico ou cultura positiva
Trate de acordo com o resultado.

Parasitológico ou cultura negativa

- Prescreva **metronidazol**¹ ou **albendazol** como acima, se não já tiver prescrito.
- Se disponível, prescreva **loperamida** 4mg inicialmente, depois 2mg após evacuações, máximo 16mg/dia.
- Se hospitalização/antibioticoterapia recente, considere infecção por *Clostridium difficile* e **discuta**.
- **Revise** medicamentos que podem causar diarreia (AINES, omeprazol, metformina, sertralina).
- Se > 50 anos, faça **toque retal** para excluir massas/alterações. **Discuta**, se necessário.

- Se diarreia persiste ≥ 4 semanas apesar do tratamento:
 - Solicite: **HMG, TGO, TGP, GGT, FA, LDH, albumina, cálcio, B12, folato, ferritina, TSH, VHS, PCR, transglutaminase-IgA**.
 - Interprete resultados e discuta** se necessário.
 - Se perda de peso, sangramento retal, massa retal/abdominal, anemia, VHS/PCR elevados, ≥ 60 anos: solicite **colonoscopia** e **discuta**.

Se paciente tem uma doença terminal, considere oferecer também cuidados paliativos → 128.

¹Evitar álcool até 24 horas após metronidazol via oral.

Constipação

Atenda com urgência o paciente com constipação e:
 • Sem fezes ou gases nas últimas 24 horas com dor/distensão abdominal e vômito
Maneje: encaminhe no mesmo dia.

Abordagem do paciente com constipação que não necessita de atenção urgente:

- Revise dieta, ingestão de líquidos e medicamentos (amitriptilina, codeína, morfina e antipsicóticos podem causar constipação). Pergunte sobre uso regular de enema ou laxativos.
- Exclua gravidez. Se gestante → 121.
- Se ganho de peso sem aumento de apetite, desânimo, pele seca, piora/nova constipação, intolerância ao frio: solicite **TSH**. Se TSH anormal, **discuta** investigações adicionais e tratamento.
- Se paciente está acamado ou tem uma doença terminal, considere oferecer cuidados paliativos → 128.
- Se > 65 anos, restrito ao leito ou recebendo cuidados paliativos, verifique impactação fecal (massa fecal imóvel e sólida no reto). Se impactação, gentilmente remova usando lubrificação. Depois faça **enema** com óleo mineral. Se sangramento ou dor intensa, pare e **discuta**.
- Oriente dieta rica em fibras (vegetais, frutas, cereais integrais, farelos e ameixas secas cozidas), ingestão de líquidos e ao menos 30 minutos de exercícios moderados (p. ex. caminhada) na maior parte dos dias da semana.
- Se não melhorar com dieta e exercícios, dê **óleo mineral** 15-45mL ao dia ou a cada 12 horas. Evite uso prolongado. Se não melhorar, **discuta**.
- Se mudança recente no hábito intestinal, perda de peso, sangue nas fezes ou sangue oculto positivo, história familiar de câncer colorretal/doença inflamatória intestinal: solicite **HMG, TSH, glicose, cretinina, rx abdome e colonoscopia**. **Interprete e discuta**.

Sintomas anais

Atenda com urgência o paciente com sintomas anais e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:
 • Nódulo extremamente dolorido no ânus • Incapaz de defecar devido aos sintomas anais.

Maneje: encaminhe no mesmo dia.

Pergunte sobre prática sexual anal receptiva desprotegida, dor anal, sangramento, corrimento e coceira/irritação anal. Então examine o ânus e maneje abaixo de acordo com o problema.
 Se paciente teve sexo anal, também pergunte sobre sintomas genitais → 38.

| Fissura/s | Nódulo/plicoma (provável hemorroidas) | Úlceras ou corrimento | Verrugas perianais | Coceira/irritação com pele vermelha/cruenta | Suspeita de vermes |
|--|---|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Trate constipação conforme acima. • Oriente banho de assento com água morna 2-3 vezes ao dia. • Prescreva lidocaína 2% gel após cada evacuação. | <ul style="list-style-type: none"> • Trate constipação conforme acima e oriente a evitar esforço/demora ao evacuar. • Oriente banho de assento com água morna 2-3 vezes ao dia. • Prescreva dexametasona 0,1% pomada a cada 12 horas por 5 dias. • Se doloroso, adicione lidocaína 2% gel a cada 12 horas. Se sem resposta, prescreva ibuprofeno¹ 300-600mg a cada 8 horas por até 5 dias • Discuta/encaminhe se irreduzível ou trombosa. | <ul style="list-style-type: none"> • Se úlceras → 41. • Se corrimento, provável proctite: avalie e trate paciente e parcerias → 38 últimos 60 dias com dose única de ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g via oral. | <p>Trate como verrugas genitais → 42.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Oriente boa higiene. • Oriente aplicar óleo mineral. Se coceira intensa, prescreva também dexametasona 0,1% pomada a cada 12 horas por 5 dias. • Procure causa de contato. Se diarreia → 36. • Discuta se não melhorar. | <ul style="list-style-type: none"> • Dê albendazol² 400mg, repita dose em 14 dias. • Trate familiares junto. • Eduque higiene pessoal. |

¹Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ²Se gestante, **discuta** opções de tratamento.

Sintomas genitais

Avalie o paciente com sintomas genitais e suas parcerias

| Avalie | Observações |
|-----------------------|--|
| Sintomas | Pergunte sobre corrimento, rash, coceira, nódulos, úlceras e maneje conforme abaixo. Maneje outros sintomas conforme página do sintoma. |
| Saúde sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Pergunte orientação sexual, práticas sexuais de risco (IST ou PEP último ano, nova/múltiplas parcerias, uso irregular preservativo, uso arriscado álcool/drogas → 107) e problemas sexuais → 47. • Se práticas sexuais de risco, auxilie no gerenciamento de risco, oriente prevenção combinada e considere encaminhar para PrEP. |
| Violência sexual | Pergunte sobre violência sexual. Se sim → 72. |
| Planejamento Familiar | Avalie necessidade de contracepção → 119. Exclua gravidez. Se gravidez → 123. |
| Exame físico | <ul style="list-style-type: none"> • Mulher: examine abdome para massas, investigue corrimento/úlceras/rash/nódulo. Palpação bimanual para dor à mobilização do colo ou massas pélvicas. Exame especular para alteração cervical. • Homem: procure por corrimento, linfonodos inguinais, úlceras, edema escrotal ou massas. |
| HIV | Teste para HIV → 81. |
| Sífilis | Teste para sífilis → 44. Se positivo, trate paciente e parcerias → 45. |
| Hepatite B | Se tem registro de anti-HBs ≥ 10 UI/mL, considere imune. Se < 10 UI/mL ou desconhecido, teste para hepatite B → 87. |
| Hepatite C | Teste para hepatite C → 88. |
| Exame citopatológico | Avalie necessidade de fazer rastreio do câncer de colo de útero → 43. Se corrimento vaginal anormal, trate corrimento antes de rastrear → 40. |

Aconselhe o paciente com sintomas genitais e suas parcerias

- Aconselhe sexo seguro/prevenção combinada: forneça preservativo/gel lubrificante, oriente teste regular de ISTs e onde buscar PEP/PrEP. Usar luvas se *fisting*. Evitar compartilhar brinquedos sexuais.
- Se está com uma IST:
 - Explique causa e que ISTs aumentam o risco de transmissão de HIV. Estimule aderir ao tratamento e abster-se de sexo por pelo menos 1 semana após o tratamento.
 - Oriente sobre importância de revelar diagnóstico e tratar parcerias. Ajude revelar diagnóstico para cada parceria.

Trate o paciente com sintomas genitais e suas parcerias

| | Corrimento | Dor/edema escrotal | Coceira | | | Úlcera/vesícula | Nódulo(s) | | |
|---|--|--------------------|---------|--------------------------|---------------------|-----------------|-----------|-------------|----------|
| | Homem →39 | Mulher →40 | →39 | Corrimento em mulher →40 | Glande do pênis →39 | Área púbica →42 | →41 | Virilha →19 | Pele →42 |
| Diagnóstico do paciente | Trate parcerias do paciente de acordo com o diagnóstico do paciente assim como os sintomas das parcerias | | | | | | | | |
| Cervicite/doença inflamatória pélvica | Prescreva às parcerias dos últimos 60 dias (mesmo sem sintomas) dose única de ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g via oral. | | | | | | | | |
| Uretrite masculina ou orqui/epididimite | Prescreva às parcerias dos últimos 60 dias (mesmo sem sintomas) dose única de ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g via oral. | | | | | | | | |
| Úlcera genital (sífilis/cancroide) | Prescreva às parcerias últimos 90 dias (mesmo s/ sintomas) dose única de penicilina benzatina 2,4MUI IM e azitromicina 1g via oral. Se alergia confirmada à penicilina/silicone locais aplicação → 45. | | | | | | | | |
| Sífilis positivo | <ul style="list-style-type: none"> • Prescreva às parcerias dos últimos 90 dias (independente de sintomas/testes) penicilina benzatina 2,4MUI IM dose única. Se alergia confirmada à penicilina/silicone locais aplicação → 45. • Teste parceria para sífilis → 44, interprete resultado e decida se trata para sífilis tardia. | | | | | | | | |
| Balanite/balanopostite/candidíase | Se parceria sintomática, prescreva miconazol 2% creme vaginal 1x/dia à noite por 7 dias ou dose única de fluconazol 150mg via oral (se gestante, não prescreva fluconazol). | | | | | | | | |
| Pediculose pubiana | Prescreva permetrina 1% ¹ loção nas áreas afetadas, enxaguar após 10 minutos (evitar mucosas, abertura uretral e áreas cruentas). Repita após 7 e 14 dias se necessário. | | | | | | | | |
| Linfogranuloma venéreo | <ul style="list-style-type: none"> • Se parcerias dos últimos 60 dias prescreva doxiciclina 100mg via oral cada 12 horas por 21 dias. Se gestante/amamentando, prescreva azitromicina 1g/semana por 3 semanas. • Se parcerias dos últimos 60 dias assintomáticas prescreva dose única de azitromicina 1g via oral | | | | | | | | |

¹Dilua 1 parte de permetrina 5% em 4 partes de água.

Sintomas genitais no homem

Atenda com urgência o homem com sintomas genitais e um ou mais dos seguintes:

- Edema/dor escrotal com qualquer um dos seguintes: dor súbita inteste, testículo afetado mais alto/rotacionado, trauma/atividade extenuante prévia: provável **torção testicular**.
- Prepúcio retraído sobre a glândula, incapaz de ser reduzido, com edema e glândula muito dolorida: provável **parafimose**.
- Ereção prolongada > 4 horas: provável **priapismo**.

Maneje:

- Se provável **torção de testículo** ou **priapismo**: encaminhe com urgência.
- Se provável **parafimose**:
 - Se glândula azul/enegrecida: encaminhe com urgência.
 - Se não, tente **redução manual**: aplique **lidocaina gel 2%** gel na glândula, envolva a glândula com gaze (com ou sem gelo). Aplique pressão crescente por 10-15 minutos até o prepúcio ser recolocado sobre a glândula. Se não melhorar, encaminhe com urgência.

Abordagem do homem com sintomas genitais que não necessita de atenção urgente

Primeiro avalie e aconselhe o homem com sintomas genitais [↪ 38](#) e suas parcerias.

Corrimento uretral ou disúria/queimação ao urinar com sexo desprotegido no último mês



© University of Cape Town

Provável **uretrite masculina**.

- Prescreva dose única de **ceftriaxona** 500mg IM dose única e
- Dose única de **azitromicina** 1g via oral
- Trate parcerias do paciente [↪ 38](#).

Orientar paciente retornar em 7 dias se sintomas persistirem:

- Se não aderente ou teve reexposição, repita tratamento.
- Se aderente e sem reexposição:
 - Prescreva dose única de **ceftriaxona** 500mg IM e
 - Dose única de **azitromicina** 2g via oral e
 - Dose única de **metronidazol**¹ 2g via oral.
 - Se sintomas persistirem após 7 dias, **discuta**.

Dor ou edema escrotal



© University of Cape Town

Dor com/sem edema ou corrimento: provável **epididimite/orqui-epididimite**:

- Prescreva dose única de **ceftriaxona** 500mg IM e **Doxiciclina** 100mg cada 12 horas por 14 dias.
- Trate parcerias do paciente [↪ 38](#).
- Prescreva se necessário: **paracetamol** ou **dipirona**² 500-1000mg ou **ibuprofeno**³ 300-600mg a cada 6 horas por até 5 dias
- Se não responde com 72h de tratamento, **discuta** e considere: tratamento/diagnóstico alternativo e solicitar **USG**.

Nódulo indolor: provável **câncer testicular**.

Solicite **USG** com prioridade e **discuta**.

Dor, coceira ou odor fétido na glândula



© University of Cape Town

Provável **balanite/balanopostite**:

- Aconselhe lavar todo dia c/água (retrair prepúcio), evitar sabão e secar totalmente. Considere **hidrocortisona 1%** tópica, se disponível, 2x/dia por 5-7 dias.
- Se sinais típicos⁴ ou parceira c/candidíase, dê **miconazol 20mg/g** creme cada 12 horas por 7 dias (ao invés da hidrocortisona). Se sintomas intensos prescreva **fluconazol** 150mg dose única e considere associar **hidrocortisona**.
- Se fimose/parafimose: **discuta** indicação de circuncisão.
- Trate parcerias sintomáticas do paciente [↪ 38](#).
- Oriente paciente a retornar em 7 dias se sintomas persistirem:
 - Se baixa adesão, repita tratamento.
 - Teste para diabetes [↪ 95](#) e HIV [↪ 81](#).
- Se não melhorar, **discuta** ou **encaminhe**.

¹Evitar álcool até 24 horas após metronidazol. ²Não prescreva se alergia prévia. ³Tomar com/após alimentação. Não prescrever se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ⁴Rash com coceira/dor principalmente após sexo, descamação, pequenas pápulas/placas avermelhadas, secreção esbranquiçada.

Corrimento vaginal

- É normal para a mulher ter corrimento vaginal fisiológico. Corrimentos anormais coçam ou tem cor ou odor. Nem todas as mulheres com corrimento tem uma IST.
- Primeiro avalie e aconselhe a paciente com corrimento vaginal e suas parcerias ↪ 38. Faça inspeção, exame especular e toque vaginal.

Se a vulva está avermelhada, com escoriações e inflamada ou corrimento grumoso, provável **candidíase**:

- Prescreva **miconazol 2%** creme vaginal aplicado diariamente à noite por 7 dias ou dose única de **fluconazol** 150mg via oral (se gestante, não prescreva fluconazol). Se parceria sintomática, trate ↪ 38.
- Se sintomas intensos ou disfunção imune¹, prescreva **fluconazol** 150mg via oral, repita em 3 e 6 dias. Se gestante/amamentando, **discuta**.

Avalie se há dor abdominal baixa ou dor à mobilização do colo

Não

Qualquer um dos seguintes: sexo desprotegido últimos 3 meses, nova/múltiplas parcerias, parceria com IST, corrimento amarelado do colo ou sangramento fácil se colo manipulado com swab/espátula?

Não

Provável **vaginose**:

- Prescreva **metronidazol**² 500mg via oral cada 12 horas por 7 dias ou **metronidazol 100mg/g** gel aplicado diariamente à noite por 5 dias.

Sim

Provável **cervicite**

- Prescreva dose única de **ceftriaxona** 500mg IM e
- Dose única de **azitromicina** 1g via oral.
- Se corrimento vaginal com odor fétido ou teste KOH positivo, prescreva também: **metronidazol**² 500mg cada 12 horas por 7 dias.
- Trate parcerias da paciente ↪ 38.

Reavaliem em 7 dias:

- Se mantêm sintomas: examine colo, **reavaliem** diagnóstico e considere coletar citopatológico.
- Se candidíase recorrente (> 3/ano), prescreva **fluconazol** 150mg via oral, repita em 3 e 6 dias, então 1x/semana por 6 meses. Se gestante/amamentando, **discuta**. Teste HIV ↪ 81 e considere testar diabetes ↪ 95. Se parceria sintomática, trate ↪ 38.
- Se cervicite sem melhora, verifique adesão e reexposição/tratamento de parcerias:
 - Se má adesão ou reexposição/parceria não tratou, retrate paciente e parcerias ↪ 38.
 - Se boa adesão e sem reexposição/parceria tratou: retrate paciente e, se não já prescrito, dê **metronidazol**² 500mg cada 12 horas por 7 dias. **Discuta**.
- Se vaginose sem melhora, verifique adesão:
 - Se má adesão, retrate paciente.
 - Se boa adesão, considere **tricomoníase**: retrate paciente e trate parcerias com **metronidazol**² 2g via oral.
- Se sintomas persistirem após reavaliação/novo tratamento, **discuta**/encaminhe.

Sim

Atenda com urgência a paciente com 1 ou mais dos seguintes:

- Aborto/parto/término recente de gestação
- Gravidez ou menstruação atrasada
- Peritonite (defesa, rigidez ou dor à descompressão)
- Sangramento vaginal anormal
- Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Massa abdominal

Maneje:

- Se PA < 90/60: aplique **cloroeto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar.
- **Encaminhe no mesmo dia.**

Abordagem da paciente que não necessita de atenção urgente

Dor à mobilização do colo com ou sem dor abdominal baixa

Apenas dor abdominal baixa, sem dor à mobilização do colo

Se ardência ao urinar, aumento da frequência ou urgência: provável **ITU** ↪ 48. Se improvável, trate conforme abaixo.

Provável **doença inflamatória pélvica**. Trate como IST:

- Prescreva **ceftriaxona** 500mg IM dose única e
- **Doxiciclina** 100mg a cada 12 horas via oral por 14 dias e
- **Metronidazol**² 500mg via oral a cada 12 horas por 14 dias.
- Para dor, prescreva paracetamol ou **dipirona**³ 500-1000mg a cada 6 horas se necessário. Se não responder, prescreva também **ibuprofeno**⁴ 300-600mg cada 8 horas até 5 dias.
- Trate parcerias da paciente ↪ 38.
- Se usa DIU, não precisa remover. Se optar remover, remova após 2 doses do tratamento.
- Reavaliem em 3 dias de tratamento. Se não melhorar **discuta** ou **encaminhe**.

¹HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. ²Evitar álcool até 24 horas após metronidazol via oral. ³Não prescreva se alergia prévia. ⁴Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Úlcera genital

- Primeiro avalie e aconselhe o paciente com úlcera genital e suas parcerias [↗ 38](#).
- Paciente atualmente tem ou recentemente teve vesículas na região genital?

Sim

Provável herpes:

- Inicie o mais breve possível após início dos sintomas:
 - Se primeiro episódio, prescreva **aciclovir** 400mg cada 8 horas por 7-10 dias. Se cicatrização incompleta após 10 dias, **discuta** para considerar prolongar tratamento
 - Se episódios recorrentes e sintomas leves, considere não tratar.
 - Se episódios recorrentes e sintomas moderados, prescreva **aciclovir** 800mg cada 12 horas por 5 dias. Se disfunção imune¹, prescreva **aciclovir** 400mg cada 8 horas por 5-10 dias. Considere deixar prescrição para paciente iniciar tratamento assim que sintomas iniciarem (ardor, dor, coceira, vermelhidão, antes das vesículas aparecerem).
 - Se gestante com herpes no 3º trimestre, **discuta** para considerar terapia supressora a partir 36 semanas: **aciclovir** 400mg cada 8 horas até parto.
- Oriente que febre, dor de cabeça, dor muscular, coceira e rash podem ocorrer após tratamento e melhoram em 1-2 dias. Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**² 500-1000mg cada 6 horas se necessário.
- Para dor:
 - Oriente banhos de assento (sentar por 10 minutos em água morna) ou compressas de solução fisiológica conforme necessidade.
 - Prescreva **lidocaína 2%** gel a cada 8 horas nas lesões se necessário.
 - Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**² 500-1000mg a cada 6 horas se necessário. Se não melhorar, prescreva também **ibuprofeno**³ 300-600mg a cada 8 horas por até 5 dias.
- Mantenha lesões limpas e secas.
- Explique que o tratamento não cura a infecção por herpes e que a infecção por herpes é para toda a vida. Provavelmente haverá episódios recorrentes mais leves e a transmissão da herpes pode ocorrer mesmo quando assintomático. Oriente uso de preservativo e abstenção sexual quando sintomático. A probabilidade de transmissão do HIV aumenta quando tem úlceras.
- Se > 6 episódios em 1 ano, ofereça terapia supressora: prescreva **aciclovir** 400mg cada 12 horas por 6 meses-1 ano. Se mantém recorrências após 1 ano, **discuta** e considere prolongar por mais 1 ano.
- Se teve sexo desprotegido nos últimos 3 meses, teste também para sífilis [↗ 44](#). Se não for possível testar, trate também para provável sífilis/cancro (conforme quadro ao lado).

Não

Provável sífilis recente/primária e cancroide:

- Aplique na mesma consulta dose única de **penicilina benzatina** 2,4MUI IM (se alergia confirmada à penicilina/silicone locais aplicação [↗ 45](#)), e também prescreva dose única de **azitromicina** 1g via oral (para cancroide).
- Oriente que febre, dor de cabeça, dor muscular, coceira e rash podem ocorrer após tratamento e melhoram em 1-2 dias. Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**² 500-1000mg cada 6 horas se necessário.
- Notifique para sífilis e teste sífilis [↗ 44](#). Monitore paciente após tratamento: solicite TNT com 3, 6 9 e 12 meses. Se gestante: solicite mensalmente até parto, após parto cada 3 meses até 1 ano após tratamento. Interprete [↗ 45](#).
- Trate parcerias dos últimos 3 meses (independentemente sintomas/testes) [↗ 38](#).
- Se corrimento vaginal/uretral, trate também paciente e parcerias [↗ 38](#) para **gonorreia** (clamídia já está coberta com azitromicina): prescreva **ceftriaxona** 500mg IM dose única.

Verifique se paciente também tem úlcera(s) persistente(s) por mais de 4 semanas ou linfonodos inguinais inchados, doloridos e quentes (discretos, móveis e elásticos).

Não

Reavalie após 7 dias. Se não melhorar, **discuta**.

Sim

Trate também paciente e parcerias para Linfogranuloma Venéreo/Donovanose:

- Prescreva **doxiciclina** 100mg cada 12 horas via oral por 21 dias. Se gestante/amamentando substitua por **azitromicina** 1g por semana
- por 3 semanas.
- Se linfonodo flutuante (excluindo hérnia e aneurisma), aspire o pus pela pele íntegra de maneira estéril a cada 3 dias se necessário.
- Reavalie após 14 dias. Se não melhorar, **discuta**.
- Trate parcerias dos últimos 60 dias [↗ 38](#).



© University of Cape Town

¹HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. ²Não prescreva se alergia prévia. ³Tomar com/opos alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MULSICULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Outros sintomas genitais

Primeira avalie e aconselhe o paciente e parcerias [↗ 38](#).

Nódulo(s)



© BMJ Best Practice



© University of Cape Town

Molusco contagioso

- Pápulas com umbilicação central
- Oriente que a maioria das lesões resolvem espontaneamente em 6-12 meses.
- Curete as lesões, se disponível, ou **discuta** outras opções de tratamento
- Se HIV, deve resolver com TARV.

Pediculose pubiana

- Trate paciente e parcerias:
- Prescreva **permetrina 1%²** loção nas áreas afetadas. Enxaguar após 10 minutos. Evitar mucosas, abertura uretral e áreas cruentas. Repita após 7 dias.
 - Oriente lavar com água quente todas as roupas e lençóis usados nos últimos 2 dias.
 - Para coceira, prescreva **loratadina 10mg** ao dia se necessário por até 7 dias.

Rash com coceira em área púbica



© BMJ Best Practice

Verrugas genitais

- Teste para sífilis [↗ 44](#).
- Aplique **ácido tricloroacético 80%** (proteja áreas não afetadas com **lidocaína 2% gel**). Repita 1 vez por semana até melhora ou por até 10 semanas. Se gestante, use mesmo tratamento.
- Examine paciente: procure verrugas em genitais, ânus, púbis, períneo e virilhas. Faça exame especular e avalie região vaginal/cervical. Se verrugas em ânus, faça toque e avalie canal anal.
- Verifique necessidade de rastrear câncer de colo uterino [↗ 43](#) (não há necessidade de alterar frequência de rastreio).
- Considere **biópsia** ou **discuta/encaminhe** se:
 - Verrugas > 1cm
 - Múltiplas lesões complicadas (inflamação ou infecção)
 - Características atípicas¹
 - Verruga(s) no colo ou uretra ou vagina ou canal anal.
 - Refratária(s) ao tratamento
- Se verrugas na vagina em uma pequena área, considere tratar como acima. Se em uma área maior ou dúvidas, **discuta/encaminhe**.
- Oriente paciente que: nem sempre é possível saber fonte ou quando ocorreu transmissão, a infecção pode ser assintomática por longo período; a maioria das verrugas resolvem espontaneamente (sem tratamento) em até 2 anos e não causam problemas de fertilidade; o tratamento não cura a infecção e não diminui transmissão sexual/vertical; podem ocorrer recidivas independentes de reexposição/parceria sexual; a paciente deve manter sua rotina de rastreamento de câncer de colo de útero (não há necessidade de alterar frequência de rastreio); a presença de verrugas não é indicação de parto cesárea.

Escabiose

- Trate paciente, parcerias e contatos domiciliares (mesmo assintomáticos):
- Aplicar **permetrina 5%** todo corpo, pescoço até dos pés (entre dedos, debaixo unhas, virilha). Lave após 8-14 horas.
 - Se uso tópico é difícil ou tratando múltiplas parcerias/contatos: dê **ivermectina 200mcg/kg** dose única via oral, repita em 7-14 dias. Não prescreva se gestante.
 - Trate parcerias e contatos domiciliares (mesmo assintomáticos).
 - Sem melhora em 7-14 dias, repita ou troque tratamento.
 - Para coceira, dê **loratadina 10mg** ao dia. Sem melhora em 7-14 dias, **discuta/considere** acrescentar **dexclorfenirâmica 2mg** antes dormir ou **dexametasona 0,1%** creme 2-3 vezes ao dia. Sem melhora em 7 dias, **discuta**.
 - Oriente lavar com água quente³/passar roupas/lençóis. Pode retornar trabalho 1 dias após tratar. Coceira pode persistir semanas após tratar.

¹Lesão plana, com fixação (infiltração da derme), pigmentação irregular e incomum (vermelho, azul, preto, marrom), endurecimento, sangramento, ulceração, crescimento recente e repentino. ²Dilua 1 parte de permetrina 5% em 4 partes de água.

³Se não consegue lavar/lavar com água quente, oriente deixar fechadas em saco plástico por 3 dias.

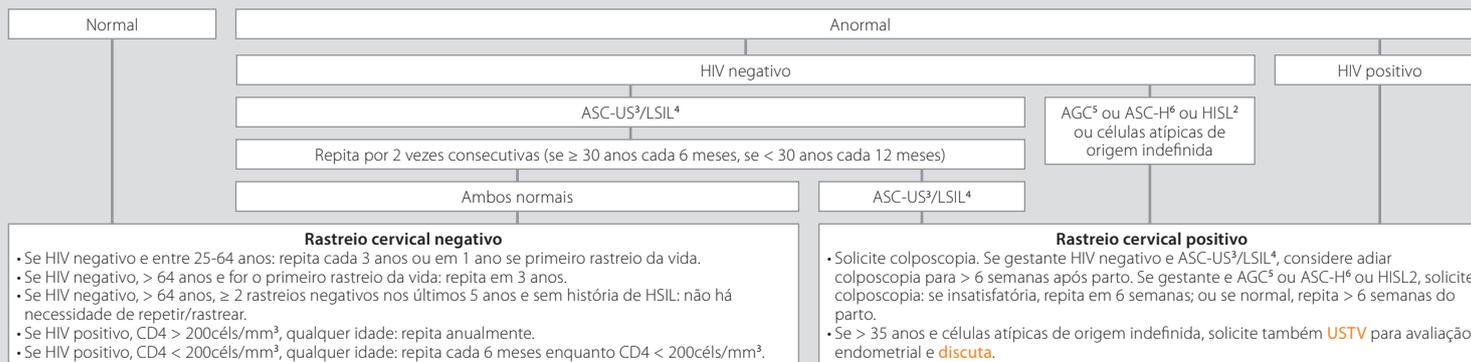
Rastreo do câncer de colo de útero

Uma mulher que já é sexualmente ativa precisa de rastreo do câncer de colo de útero se¹:

- HIV negativo, entre 25-64 anos e último rastreo há > 3 anos ou fez o primeiro rastreo da vida há > 1 ano.
- HIV negativo, > 64 anos e nunca rastreou. Se > 64 anos e história de HSIL², **discuta** e considere rastrear.
- HIV positivo, CD4 > 200cél/mm³, qualquer idade e último rastreo há > 1 ano ou fez o primeiro rastreo da vida há > 6 meses.
- HIV positivo, CD4 < 200cél/mm³, qualquer idade e último rastreo há > 6 meses.

Avalie a paciente que precisa de rastreo do câncer de colo de útero

| Avalie | Observações |
|---------------------------|---|
| Sintomas | Pergunte sobre sangramento vaginal anormal ↗ 46, corrimento vaginal ↗ 40 e maneje de acordo. Se corrimento vaginal anormal, trate antes de rastrear. |
| Planejamento Familiar | Avalie necessidades de contracepção ↗ 119. |
| Exame Físico | Faça palpação bimanual para dor à mobilização do colo ou massas pélvicas e especular para alteração cervical. Se suspeita de câncer, solicite colposcopia com urgência. |
| HIV | Teste para HIV ↗ 81. Se positivo, ofereça cuidados de rotina ↗ 82, rastreie no diagnóstico, repita em 6 meses, então cada ano ou cada 6 meses enquanto CD4 < 200cél/mm ³ . |
| Adequabilidade da amostra | <ul style="list-style-type: none"> • Se amostra insatisfatória, repita em 3 meses. • Se amostra satisfatória mas somente com células escamosas, repita anualmente até 2 exames consecutivos normais e então conforme status de HIV (acima). • Se amostra satisfatória com células escamosas e glandulares, interprete resultado e decida frequência do rastreamento (como abaixo). |



Aconselhe a paciente que precisa de rastreo do câncer de colo de útero

- O câncer de colo de útero é uma doença que afeta o colo do útero. Oriente que o rastreo usando o exame citopatológico é uma forma eficaz de prevenir o câncer do colo do útero.
- Aconselhe que fumar aumenta risco de alterações do colo do útero. Se fuma tabaco ↗ 108. Oriente retornar se sintomas (sangramento vaginal anormal, corrimento vaginal).

¹Se histerectomia total por lesão benigna e sem história de lesões cervicais alto grau, não precisa rastrear. Se por lesão precursora/câncer cervical, discuta. ²HSIL: Lesões escamosas intraepiteliais de alto grau. ³ASC-US: Células escamosas atípicas de significado indeterminado. ⁴LSIL: Lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau. ⁵AGC: Células glandulares atípicas. ⁶ASC-H: Células escamosas atípicas sugestivas de alto grau/células atípicas – não se pode descartar lesão de alto grau.

Sífilis: diagnóstico

- Episódio de sexo desprotegido
- Teve parceria sexual nos últimos 3 meses com sífilis/IST
- Idade ≤ 30 anos e último teste há > 1 ano

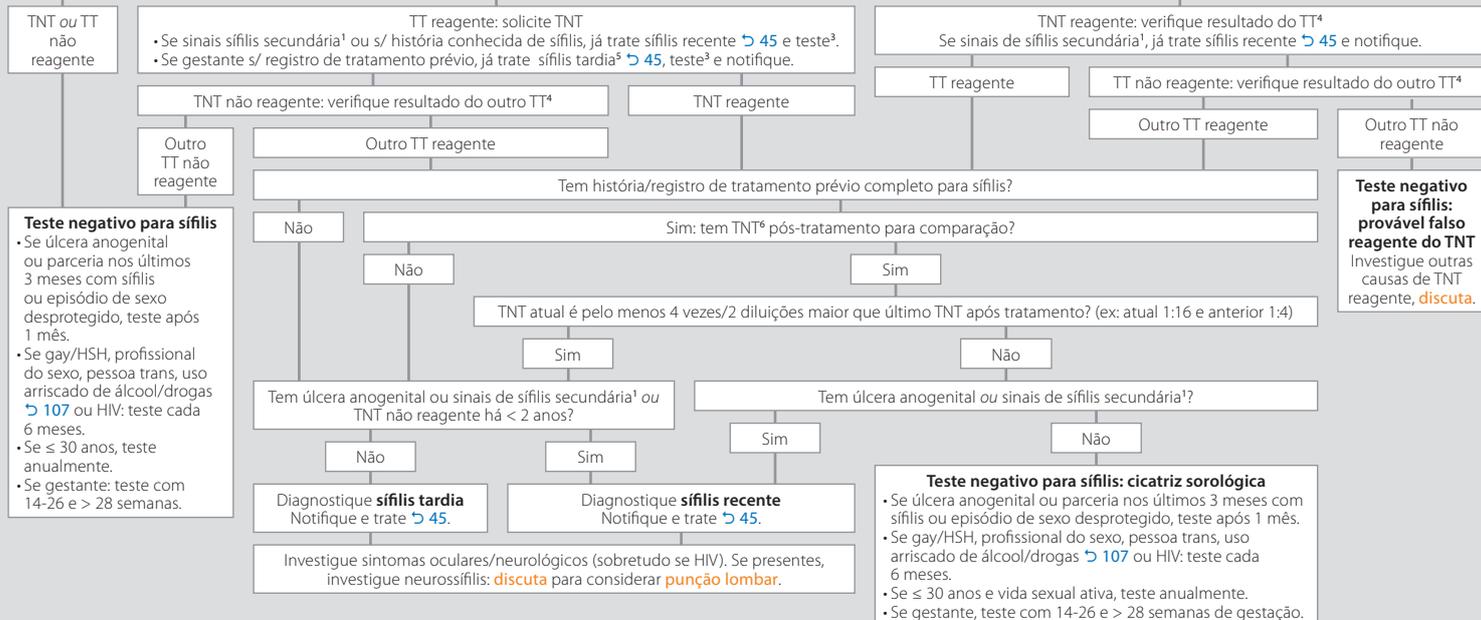
Teste para sífilis se uma ou mais das seguintes situações:

- Abortamento espontâneo/natimorto
- Gay/HSH, pessoa trans, profissional do sexo, uso arriscado de álcool/drogas \hookrightarrow 107 ou HIV e último teste há > 6 meses

- Gestante (1ª consulta, 14-26 semanas e > 28 semanas)
- Puérpera sem registro de teste de sífilis no pré-natal
- Úlcera anogenital/sinais de sífilis secundária¹ ou linfadenopatia²

Decida qual teste fazer: faça teste rápido (teste treponêmico – TT) ou se história prévia de sífilis ou teste rápido não disponível, solicite teste não treponêmico (TNT)

- Se úlcera genital sem vesícula/s atual/is ou prévia/s, já trate sífilis recente e cancro \hookrightarrow 41 e teste³.
- Se teve parceria sexual nos últimos 3 meses com sífilis, já trate como sífilis recente \hookrightarrow 45 independente de testes/sintomas, então teste³ e decida se trata para sífilis tardia.



¹Ocorrem entre 6 semanas à 6 meses após úlcera: rash generalizado (principalmente palmas e plantas), lesão oral, lesão vegetante (em especial em genitais), perda irregular de cabelo, sintomas gerais (mal-estar, febre, cansaço). ²Linfadenopatia generalizada/localizada sem causa determinada. ³Se possível e sem atrasar tratamento, colete TNT antes/no dia que inicia tratamento. Verifique resultado e avalie para decidir se trata para sífilis tardia. ⁴Laboratório faz automaticamente TT ou outro TT de metodologia diferente na mesma amostra. ⁵Decisão local: tratar sífilis em gestante como tardia. Se seguro do diagnóstico de sífilis recente, considere tratar como recente. ⁶Compare TNT entre mesma metodologia (compare VDRL com VDRL e não com RPR).

Sífilis: tratamento

Sífilis recente: primária, secundária e latente recente (< 2 anos)

- Aplique na mesma consulta dose única de **penicilina benzatina** 2,4MUI IM. Se história de alergia confirmada à penicilina ou silicone nos locais de aplicação:
 - Se não for gestante e não estiver amamentando, prescreva ao invés **doxiciclina** 100mg cada 12 horas por 14 dias.
 - Se gestante ou estiver amamentando e história de alergia à penicilina:
 - Grave (angioedema, anafilaxia), discuta e encaminhe para aplicar com suporte clínico.
 - Leve ou moderada, aplique penicilina e monitore alergia/anafilaxia
- Se gestante ou estiver amamentando e não está seguro do diagnóstico diferencial entre recente/tardia, trate como sífilis tardia.

Sífilis tardia: latente tardia (> 2 anos) ou duração ignorada

- Aplique na mesma consulta **penicilina benzatina** 2,4MUI IM e repita cada 7 dias por mais 2 semanas (dose total de 7,2MUI). Se história de alergia confirmada à penicilina ou silicone nos locais de aplicação:
 - Se não for gestante e não estiver amamentando, prescreva ao invés **doxiciclina** 100mg cada 12 horas por 28 dias.
 - Se gestante ou estiver amamentando e história de alergia à penicilina:
 - Grave (angioedema, anafilaxia), discuta e encaminhe para aplicar com suporte clínico.
 - Leve ou moderada, aplique penicilina e monitore alergia/anafilaxia

- Oriente que febre, dor de cabeça, dor muscular, coceira e rash podem ocorrer após tratamento e melhoram em 1-2 dias. Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**¹ 500-1000mg cada 6 horas se necessário.
- Trate parcerias sexual(is) dos últimos 3 meses como sífilis recente **↪ 38** independente de testes/sintomas, então teste **↪ 44** e decida se trata para sífilis tardia.
- Se tratando para sífilis tardia e perdeu dose por > 14 dias (se gestante, use mesmo limite de tempo): retrate paciente para sífilis tardia e parcerias de acordo com estágio clínico do seu diagnóstico.
- Monitore paciente após tratamento: solicite TNT com 3, 6, 9 e 12 meses. Se gestante: solicite mensalmente até parto, após parto cada 3 meses até 1 ano após tratamento. Interprete (vide abaixo).

Sífilis: monitoramento pós-tratamento

Compare novo TNT com último realizado e avalie sinais de sífilis²: novo TNT \geq 2 diluições/4 vezes³ que último realizado *ou* paciente persiste/desenvolveu novos sinais de sífilis?

Não: se gestante e completou tratamento com penicilina e 1ª aplicação \geq 30 dias do parto e sem sinais de sífilis, considere tratamento adequado e registre no Cartão Pré-Natal. Sim

Se sífilis recente, compare TNT de 6 meses⁴ pós-tratamento com TNT do diagnóstico *ou* se sífilis tardia, compare TNT de 12 meses⁴ pós-tratamento com TNT do diagnóstico: é pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que do diagnóstico (ex.: diagnóstico era 1:32, atual 1:8)?

Sim

Resposta adequada

Se 1 ano de monitoramento e tratamento completo e TNT pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que diagnóstico e sem sinais de sífilis² e sem nova exposição, dê **alta**.

Não

Teste para HIV **↪ 81** e se HIV, investigue neurosífilis: **discuta** para considerar **punção lombar**.

Verifique tratamento: tratamento completo e adequado?

Não

Retrate paciente/parcerias para sífilis recente/tardia (de acordo com cada caso) e reinicie monitoramento.

Sim

História de nova exposição à sífilis?

Sim

Não

Trate⁵ como sífilis tardia e investigue neurosífilis: **discuta** e considere **punção lombar**.

¹Não prescreva se alergia prévia. ²Úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária: rash generalizado (principalmente em palmas e plantas), lesão na boca, lesão vegetante (em especial em genitais), perda de cabelo irregular, sintomas gerais (mal-estar, febre, cansaço). ³TNT não são automatizados, variações de uma diluição (ex.: de 1:2 para 1:4; ou de 1:16 para 1:8) não são consideradas. Se dúvidas, **discuta**. ⁴TNT de 3, 9 meses e os mensais em gestantes não servem para confirmar queda esperada mas para descartar reinfeção/reativação (aumento de 2 diluições). ⁵Se HIV negativo e sem aumento do TNT em \geq 2 diluições e sem sinais de sífilis e exame neurológico normal e tratamento completo e sem nova exposição, **discuta** para avaliar se prolonga monitoramento para queda da titulação ou se considera queda esperada improvável especialmente se TNT do diagnóstico com baixa titulação (ex.: 1:4) ou não reagente.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATORIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Sangramento vaginal anormal

Atenda com urgência a paciente com sangramento vaginal e um ou mais dos seguintes:

- Gestante → 121
- PA < 90/60
- Recente término da gestação/aborto/parto → 125.
- Palidez com FC ≥ 100, frequência respiratória > 30, tontura/desmaio ou dor no peito.

Maneje:

- Se PA < 90/60: aplique **cloro de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar ou falta de ar piorar.
- Encaminhe com urgência.

Abordagem da paciente com sangramento vaginal anormal que não necessita de atenção urgente

- Avalie possibilidade de gestação. Se necessário, teste para gravidez. Se gestante → 121.
- Realize palpação abdominal bimanual, busque massas pélvicas. Se alterada: solicite **USTV** e **interprete/discuta**. Realize exame especular para avaliar colo e coletar citopatológico → 43.
- Se > 40 anos, pergunte sobre sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, ressecamento vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir e problemas sexuais → 127. Se novo sangramento ocorrer > 1 ano após a última menstruação, solicite **USTV** e **interprete/discuta**.
- Se a paciente *não estiver* na menopausa determine o tipo de sangramento:

Sangramento intenso regular (interfere com a qualidade de vida) ou sangrando > 7 dias

A paciente tem sangramentos em outra(s) parte(s) do corpo (gengiva, hematomas fáceis, machucados com sangramento prolongado)?

Sim

- Solicite **HMG, TAP, TTPA**.
- **Interprete/discuta**.

Não

- Solicite **HMG**: se Hb ≤ 12g/dL, prescreva **sulfato ferroso** 160mg ao dia (tomar 30 minutos antes do alimento com suco cítrico) por 3 meses, **repita** HMG em 2 meses.
- Prescreva pílula combinada: **etinilestradiol/levonorgestrel** 30/150mcg por 3 ciclos → 119 ou **acetato de medroxiprogesterona** IM 150mg a cada 12 semanas → 119 ou **discuta** outras opções de tratamento.
- Se contraindicação COC¹ → 119, ou desejo de engravidar, prescreva **ibuprofeno**² 600mg a cada 8 horas ou **nimesulida**² 100mg a cada 12 horas por até 5 dias.
- Se em contracepção injetável: tranquilize (comum nos primeiros 3 meses). Se sangramento persistir, prescreva pílula combinada ou **ibuprofeno**² como acima.
- Se sangramento menstrual intenso após inserção de DIU: prescreva **ibuprofeno**² como acima ou considere remover.
- Se massa abdominal ou sem melhora após 3 meses de tratamento: solicite **USTV** e **interprete, discuta/encaminhe**.

Ciclos menstruais de padrão irregular (< 21 ou > 35 dias entre menstruações)

- Se alterações no peso (sem explicação), FC ≥ 100, tremores, pele seca, fraqueza, constipação, intolerância ao frio ou calor, solicite **TSH**. Se alterado, discuta.
- Prescreva pílula combinada: **etinilestradiol/levonorgestrel** 30/150mcg por 6 meses → 119.
- Solicite **USTV** e **interprete, discuta/encaminhe**.
- Se desejo de engravidar: **discuta**.

Sangramento após relação sexual

- Investigue IST → 38.
- Se história de violência sexual → 72.

Sangramento de escape (*spotting*) entre menstruações

- Se sintomas de IST → 38.
- Se em contracepção hormonal, maneje de acordo com método:

Contraceptivo oral:

- Assegure-se que faz uso correto.
- Se ≥ 2 dias de diarreia/vômitos, oriente uso de preservativo (continue por 7 dias após fim da diarreia/vômito).
- Se em TARV, rifampicina ou fenitoína, ofereça mudança para DIU ou injetável.
- Se usa COC¹ tente mudar para outro COC¹ com diferente progesterona ou dose de estrogênio por 3 ciclos.

Contraceptivo injetável:

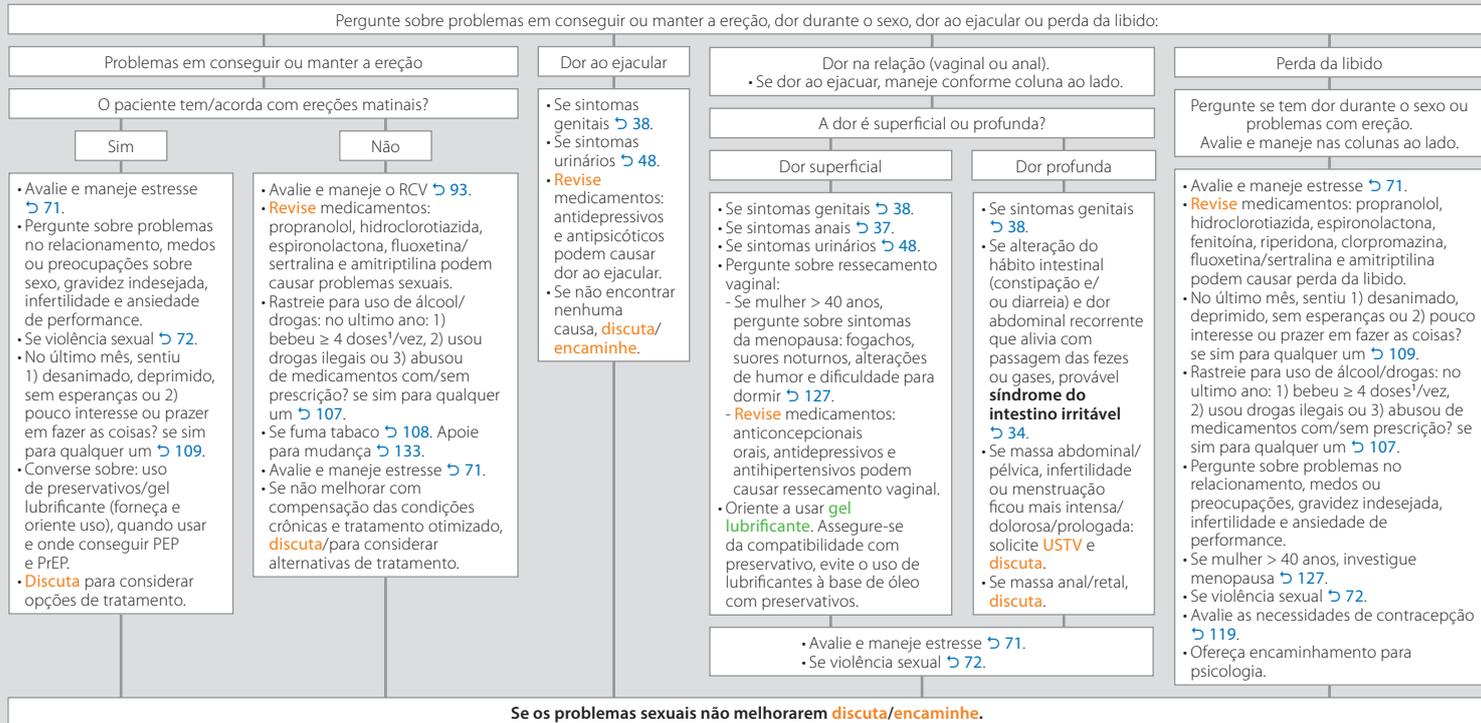
- Tranquelize a paciente (comum nos primeiros 6 meses).
- Se sangramento persistir, ofereça troca por **etinilestradiol/levonorgestrel** 30/150mcg por 3 ciclos → 119. Se contraindicação à pílula combinada → 119, prescreva **ibuprofeno**¹ 600mg a cada 8 horas ou **nimesulida**¹ 100mg a cada 12 horas por até 5 dias.

Solicite **USTV**, colposcopia e **discuta** se:

- Incerteza diagnóstica
- Sangrando > 1 semana após tratamento de IST, ou após vômito/diarreia melhorarem
- Sangramento persistente após 3 meses de tratamento.
- Colo anormal ao exame especular (suspeita de câncer)

¹COC: contraceptivo oral combinado. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Problemas sexuais



¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Sintomas urinários

Atenda com urgência o paciente com sintomas urinários e um ou mais dos seguintes:

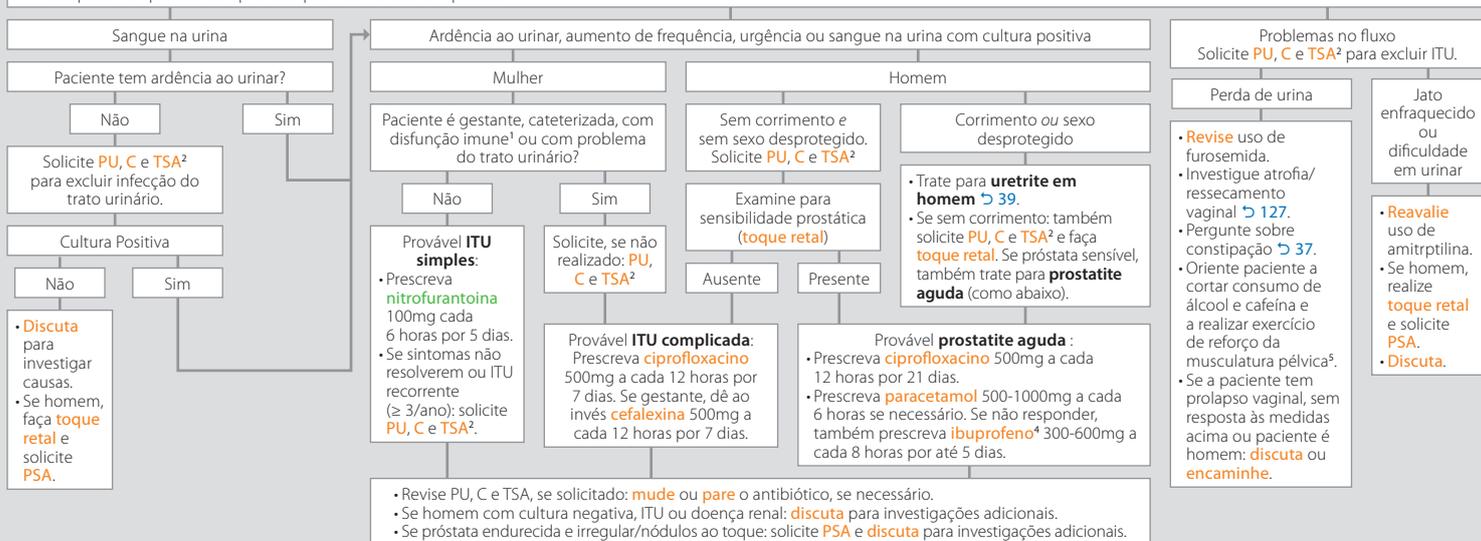
- Incapaz de urinar e com desconforto/distensão no abdome inferior
- Dor no flanco/PPL + com ou sem febre: provável **pielonefrite**. Se vômitos, PA < 90/60, FC ≥ 100, gestante, ≥ 60 anos, temperatura ≥ 39°C, disfunção imune¹: provável **pielonefrite complicada**.

Maneje e encaminhe no mesmo dia:

- Se **pielonefrite não complicada**: maneje como abaixo. Se **pielonefrite complicada**: aplique **ceftriaxona** 1g IM e encaminhe. Se **pielonefrite não complicada**: maneje como abaixo (não precisa encaminhar). Se dúvida diagnóstica ou dor intensa, encaminhe.
- Se incapaz de urinar: insira catéter urinário.
- Se PA < 90/60: aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar.

Abordagem do paciente com sintomas urinários que não necessita de atenção urgente

- Se provável **pielonefrite não complicada**: solicite **PU, C e TSA²**, prescreva **ciprofloxacino** 500mg cada 12 horas por 7 dias e **paracetamol** ou **dipirona³** 500-1000mg cada 6 horas se necessário. **Reavalie** em 2 dias. Se não melhorar: encaminhe no mesmo dia. Revise PU, C e TSA: **troque** o antibiótico ou reavalie o diagnóstico.
- Avalie paciente que não tem provável pielonefrite não complicada:



¹HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. ²Colete antes e inicie antibiótico logo após coleta. ³Não prescreva se alergia prévia. ⁴Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ⁵Contração e relaxamento repetidos da musculatura do assoalho pélvico.

Dor no corpo/generalizada

Abordagem do paciente com dores generalizadas

- Verifique a temperatura e o peso do paciente.
- Pergunte sobre dor de garganta, coriza/obstrução nasal ou febre nos últimos 3 dias.

Normal

Procure por um problema articular: peça para o paciente colocar as mãos atrás da cabeça; em seguida, atrás das costas. Fechar a mão com força e abrir. Pressionar as palmas das mãos com os cotovelos elevados. Caminhar. Sentar e levantar com os braços cruzados.

Não é capaz de fazer todos os movimentos confortavelmente

É capaz de fazer todos os movimentos confortavelmente

Examine as articulações

Articulações quentes, inchadas, doloridas, tem limitação de movimento.

Articulações estão normais.

→50

- Identifique estressores psicossociais. Avalie e maneje o estresse → 71.
- Se usa sinvastatina e início de fraqueza/dor muscular/cãimbras, solicite **CK total**. Se ≥ 5 LNS, pare sinvastatina e **discuta**. Se < 5 LSN, **discuta**.
- Se paciente tem uma doença terminal, considere oferecer também cuidados paliativos → 128.
- Pergunte sobre o tempo de duração da dor:

< 3 meses

≥ 3 meses

- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**¹ 500-1000mg a cada 6 horas se necessário.
- Ofereça acupuntura, se disponível.
- Aconselhe retorno em 2 semanas se não melhorar.

- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**¹ 500-1000mg a cada 6 horas se necessário. Aconselhe a evitar o uso contínuo e regular.
- Ofereça acupuntura, se disponível.
- Solicite **VHS, PCR, creatinina, glicemia e HMG**.
- Se ganho de peso sem aumento de apetite, desânimo, pele seca, piora/nova constipação ou intolerância ao frio: solicite **TSH**. Se TSH anormal, **discuta** investigações adicionais e tratamento.
- Reavalie em 2 semanas.

Exames de sangue estão todos normais

Exames de sangue estão anormais

Considere **fibromialgia** → 118.

Discuta ou **encaminhe** para investigações adicionais.

- Se temperatura $\geq 38^\circ$ C ou febre nos últimos 3 dias → 17.
- Se perda de peso $\geq 5\%$ do peso corporal nos últimos 3 meses → 16.
- Se dor de garganta → 28.
- Se coriza/obstrução nasal → 27.

¹Não prescreva se alergia prévia.

Sintomas articulares

Atenda com urgência o paciente com sintomas articulares e um ou mais dos seguintes:

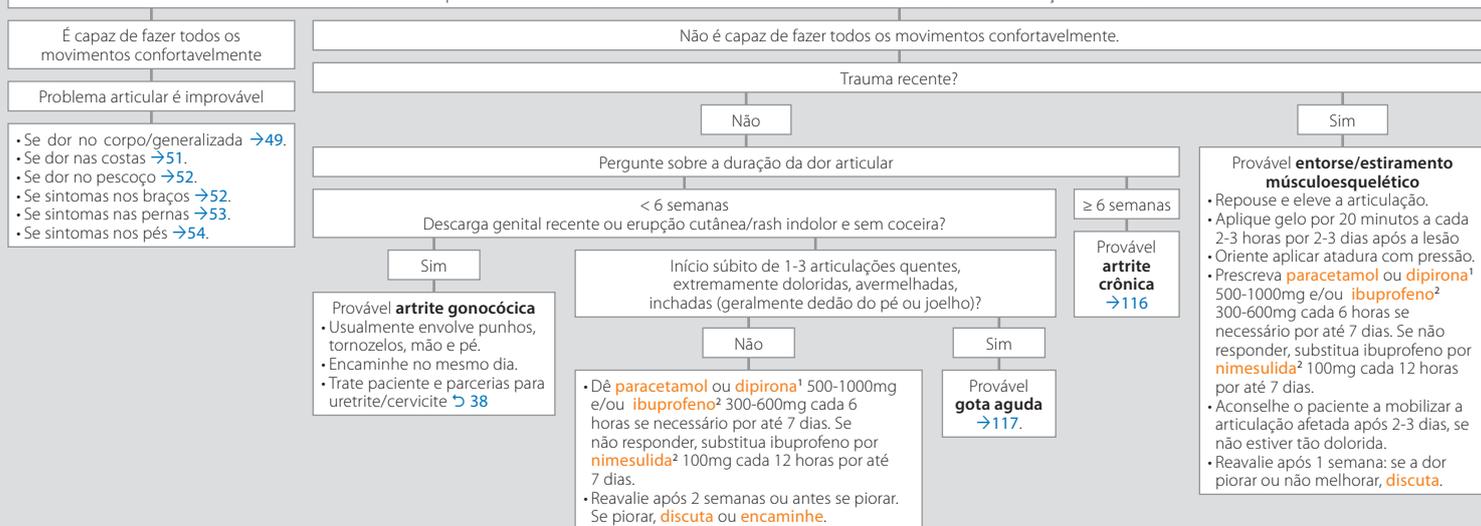
- História recente de calor, inchaço, dor intensa e limitação dos movimentos em uma única articulação.
- Se esteve em área de Chikungunya nas últimas 2 semanas e início súbito de febre (≥ 38) e dor articular intensa, não explicada por outras condições: notifique, colete exame diagnóstico e discuta.
- Se rash com coceira, considere Zika vírus $\rightarrow 18$.

Maneje e encaminhe no mesmo dia:

- Se trauma recente, imobilize e encaminhe para Rx.
- Se diagnóstico prévio de gota, **discuta** a necessidade de encaminhar ou maneje como **gota aguda** $\rightarrow 117$.

Abordagem do paciente com sintomas articulares que não necessita de atenção urgente

Procure por um problema articular: peça para o paciente colocar as mãos atrás da cabeça; em seguida, atrás das costas. Fechar a mão com força e abri-la. Pressionar as palmas das mãos com os cotovelos elevados. Caminhar. Sentar e levantar com os braços cruzados.



¹Não prescreva se alergia prévia. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Dor nas costas

Atenda com urgência o paciente com dor nas costas e um ou mais dos seguintes:

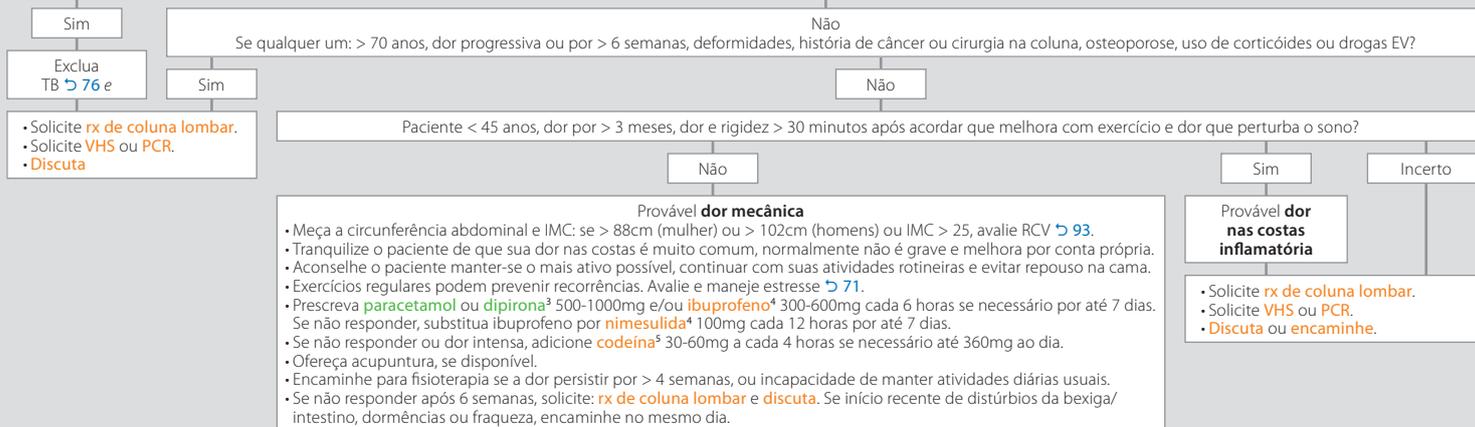
- Distúrbios da bexiga ou do intestino - retenção ou incontinência
- Dormência nas nádegas, peroneo ou pernas
- Fraqueza nas pernas ou dificuldade em caminhar
- Trauma importante e recente
- Dor abdominal superior súbita com náusea/vômito: provável **pancreatite**
- Massa abdominal pulsátil: provável **aneurismo da aorta abdominal**
- Se dor no flanco com ardência, aumento da frequência, urgência urinária ou febre, provável **pielonefrite**.
- Se vômitos, PA < 90/60, FC \geq 100, gestante, temperatura \geq 39°C, \geq 60 anos, disfunção imune¹: provável **pielonefrite complicada**.
- Se dor no flanco súbita, intensa, com irradiação unilateral para virilha ou testículo, provável **cálculo renal**.

Maneje:

- Se provável **pancreatite**, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1L EV rápido independente da PA, depois 1L a cada 4 horas. Pare se falta de ar.
- Se provável **aneurisma da aorta abdominal**: não aplique fluidos EV mesmo se PA < 90/60 (elevar a PA pode piorar a ruptura)
- Encaminhe com urgência. Se pielonefrite não **complicada** ou **cálculo renal**: maneje como abaixo.

Abordagem do paciente com dor nas costas que não necessita de atenção urgente

- Se **pielonefrite não complicada**: solicite **PU, C e TSA²** e prescreva **ciprofloxacino** 500mg a cada 12 horas por 7 dias e **paracetamol** ou **dipirona³** 500-1000mg a cada 6 horas se necessário. **Reavalie** em 2 dias. Se não melhorar: encaminhe no mesmo dia. Revise PU, C e TSA: **troque** o antibiótico ou **reavalie** o diagnóstico, se necessário.
- Se **cálculo renal** e não gestante, capaz de urinar e responsivo ao tratamento inicial: prescreva **ibuprofeno⁴** 600mg VO ou **diclofenaco⁴** 75mg IM. Se necessário, repita após 30 minutos. Se náusea/vômito, prescreva **metoclopramida** 10mg VO ou EV. Se não melhorar após 1 hora, gestante ou incapacidade de urinar: encaminhe no mesmo dia. Se melhorar, solicite **PU, C e TSA** e prescreva a cada 6 horas se necessário: **paracetamol** ou **dipirona³** 500-1000mg e/ou **ibuprofeno⁴** 300-600mg por até 7 dias. Se náusea/vômito dê **metoclopramida** 10mg a cada 8 horas por até 5 dias. Solicite **USG**, revise resultados de urina e **discuta**.
- O paciente tem qualquer um dos seguintes sinais/sintomas: tosse \geq 3 semanas, perda de peso, sudorese noturna ou febre?



¹HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. ²Colete antes e inicie antibiótico logo após coleta. ³Não prescreva se alergia prévia. ⁴Tomar com/ após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se \geq 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ⁵Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo.

Dor no pescoço

Atenda e encaminhe com urgência o paciente com dor no pescoço e um ou mais dos seguintes:

- Meningismo e temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$: aplique **ceftriaxona** 2g IM.
- Sintomas neurológicos em braços/pernas: fraqueza, dormência, rigidez, alteração na marcha ou dificuldades com a coordenação motora.
- Trauma recente e rx indisponível ou anormal, ou presença de sintomas neurológicos: imobilize o pescoço com colar cervical rígido e sacos de areia/blocos em ambos os lados da cabeça/pescoço.

Maneje: encaminhe com urgência.

Abordagem do paciente com dor no pescoço que não necessita de atenção urgente

Se qualquer um: > 50 anos e sintomas novos, dor progressiva ou por > 6 semanas, história de câncer/TB/cirurgia no pescoço, osteoporose, uso de corticoides orais, usuário de droga injetável ou perda de peso/febre inexplicada?

Sim

- Solicite **Rx da coluna cervical**.
- Solicite **VHS**.
- **Discuta**.

Não

- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**¹ 500-1000mg e/ou **ibuprofeno**² 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 7 dias. Se não responder, substitua ibuprofeno por **nimesulida**² 100mg cada 12 horas por até 7 dias.
- Ofereça acupuntura, se disponível.
- Se sem dor no braço, encaminhe para fisioterapia.
- Se sem resposta após 6 semanas, desenvolvimento de fraqueza/dormência ou piora da dor, solicite **rx de coluna cervical** e **discuta**.

Sintomas nos braços

Procure por um problema articular: peça para o paciente colocar as mãos atrás da cabeça; em seguida, atrás das costas. Fechar a mão com força e abri-la. Pressionar as palmas das mãos com os cotovelos elevados. Se o paciente é incapaz de fazer todos os movimentos confortavelmente →50.

Atenda com urgência o paciente com sintomas nos braços e um ou mais:

- Dor no braço com dor no peito: exclua dor no peito por **doença cardíaca isquêmica** →104.
- Trauma recente e dor/limitação movimentos: imobilize e encaminhe no mesmo dia. Se mão/braço frio, pálido, pulsos diminuídos ou dormência ou fratura exposta, encaminhe com urgência.
- Início súbito de fraqueza no braço, dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou **AIT** →103.

Abordagem do paciente com sintomas nos braços que não necessita de atenção urgente

Dor no ombro

Provável **dor referida**
Pergunte sobre dor no pescoço (veja acima), tosse/falta de ar →31, dor abdominal →34, gravidez →121.

Dor no punho/mão: intermitente, piora à noite, alivia ao sacudir/balançar. Pode ter dormência/formigamento no 1°, 2° e 3° dedos ou fraqueza na mão.

Provável **síndrome do túnel do carpo**.
Presecreva **prednisona** 20mg ao dia por até 14 dias. Aconselhe uso de tala no punho à noite. Se sintomas intensos ou sem melhora em 3 meses: **discuta**.

Dor no cotovelo com ou após a flexão/extensão. Pode ter redução da força de preensão.

Provável **epicondilite medial ou lateral**.
• Oriente aplicar gelo no cotovelo e repousar o braço.
• Prescreva **ibuprofeno**² 300-600mg a cada 8 horas por até 10 dias.
• Se não melhorar após 6 semanas ou piorar: **discuta**.

Dor na base do polegar que piora com movimentação do polegar/punho ou contração/bloqueio do dedo.

Provável **tenossinovite da mão/punho**
• Repouso e tala na articulação.
• Prescreva **ibuprofeno**² 300-600mg a cada 8 horas por até 10 dias.
• Se não melhorar após 6 semanas ou piorar: **discuta**.

¹Não prescreva se alergia prévia. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATORIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Sintomas nas pernas

- Verifique se o problema é articular: peça para o paciente caminhar. Sentar e levantar com os braços cruzados. Se incapaz de fazer todos os movimentos de forma confortável →50.
- Se o problema está também nos pés →54.

Atenda com urgência o paciente com sintomas nas pernas e um ou mais dos seguintes:

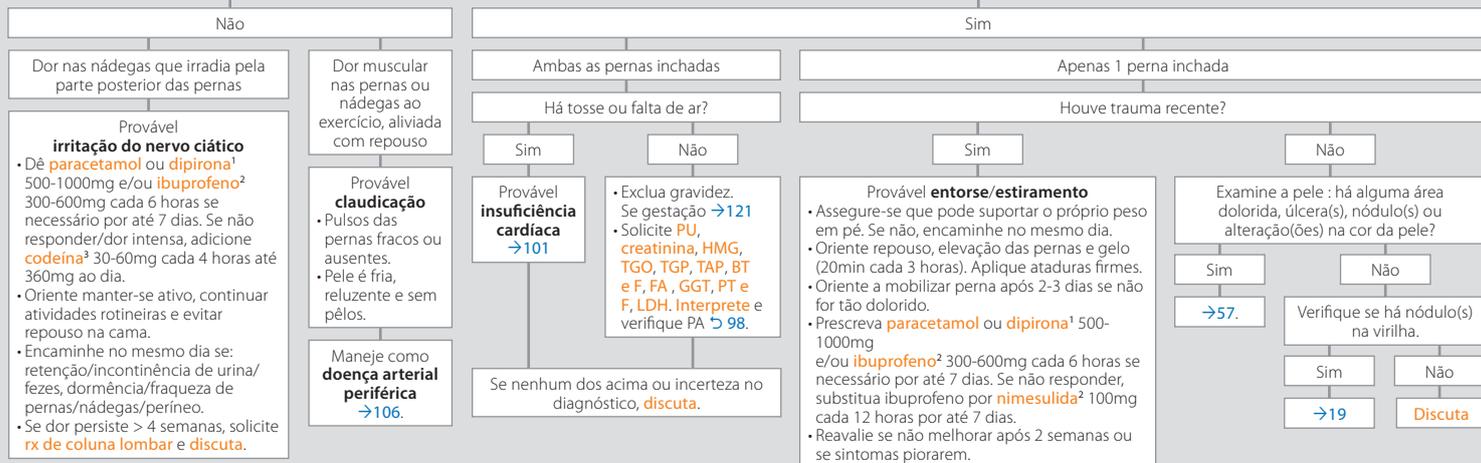
- Incapaz de sustentar o próprio peso em pé após trauma → 14.
- Edema e dor em uma das panturrilhas: provável **trombose venosa profunda**, principalmente se IMC > 30, tabagista, imobilização, gestante, em uso de estrogênio, trauma na perna, hospitalização recente, TB ou câncer.
- Dor súbita e intensa em repouso com qualquer um: dormência, fraqueza, palidez, sem pulso: provável **isquemia aguda dos membros**.
- Dor muscular nas pernas ou nádegas durante exercício associada com dor em repouso, gangrena ou ulceração: provável **isquemia crítica dos membros**.

Maneje:

- Encaminhe no mesmo dia.

Abordagem do paciente com sintomas nas pernas que não necessita de atenção urgente

- **Revise** os medicamentos em uso. Se usa sinvastatina e início de fraqueza/dor muscular/cãimbras, solicite **CK total**. Se ≥ 5 LNS, pare sinvastatina e **discuta**. Se < 5 LNS, **discuta**.
- Há edema nas pernas?



¹Não prescreva se alergia prévia. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ³Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo.

Sintomas nos pés

Verifique se o problema é articular: peça para o paciente caminhar. Sentar e levantar com os braços cruzados. Se incapaz de fazer todos os movimentos de forma confortável →50.

Atenda com urgência o paciente com sintomas nos pés e um ou mais dos seguintes:

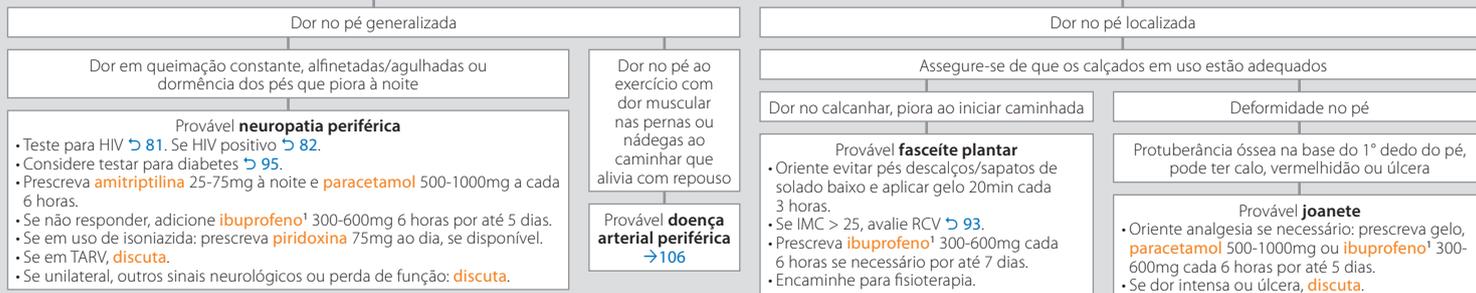
- Incapaz de sustentar o próprio peso em pé após trauma → 14
- Dor súbita e intensa em repouso com qualquer um: dormência, fraqueza, palidez, sem pulso: provável **isquemia aguda dos membros**.
- Dor muscular nas pernas ou nádegas durante exercício associada com dor em repouso, gangrena ou ulceração: provável **isquemia crítica dos membros**.

Maneje:

- Encaminhe no mesmo dia.

Abordagem do paciente com sintomas nos pés que não necessita de atenção urgente

Se lesões descamativas ou rachaduras entre dedos dos pés, ou pele fina descamativas na sola, calcanhar ou lado dos pés, provável **tinea pedis (pé de atleta)** →59.



Do paciente com diabetes ou doença arterial periférica identifique o pé com risco. Reavalie o paciente mais frequentemente se um ou mais dos seguintes:

- Pele: calos, rachaduras, pele úmida entre os dedos → 59, úlceras → 63.
- Deformidade no pé: verifique por joanete (veja acima). Se deformidade no pé, **discuta**.
- Sensibilidade: sensação de dor (picada leve) anormal após 2 tentativas.
- Circulação: ausência ou redução de pulsos nos pés.

Oriente o paciente com diabetes ou DAP a cuidar dos pés diariamente para prevenir úlceras e amputação

- Inspeccione e lave os pés todos os dias, seque cuidadosamente entre os dedos. Não enxarque (não faça banhos de imersão) em seus pés.
- Hidrate o pé seco e rachado todos os dias, mas não entre os dedos.
- Avise imediatamente se tiver cortes, bolhas ou feridas nos pés.
- Evite caminhar descalço/sapato sem meia. Mude meias todo dia. Olhe dentro do sapato antes de usar.
- Corte as unhas em linha reta, apare as arestas. Evite cortar calos/colosidades você mesmo ou usar produtos químicos/emplastros para removê-los
- Evite testar a temperatura da água com os pés ou usar bolsas de água quente ou aquecedores próximos aos pés.

¹Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Queimaduras

Atenda com urgência o paciente com queimadura(s):

Aplique oxigênio via cânula nasal (1-2L/min) se:

- Queimaduras em face, pescoço ou tórax superior
- Tosse, respiração ruidosa/com dificuldade ou rouquidão: provável **queimadura inalatória**
- Paciente sonolento ou confuso
- SaO₂ < 90%
- Porcentagem total da superfície corporal queimada (%SCQ) > 15%

Remova qualquer fonte de calor:

- Remova roupas queimadas ou quentes. Mergulhe pele queimada em água fria ou aplique toalhas molhadas por 30 minutos.
- Cubra paciente com lençol limpo e seco para evitar hipotermia.

Calcule tamanho e profundidade da queimadura:

- Calcule a porcentagem total da superfície corporal queimada (%SCQ) usando a figura ao lado.
- Se pele vermelha, com bolhas, dolorida, úmida: provável **queimadura de espessura parcial (segundo grau)**.
- Se pele branca/enegrecida, indolor, seca: provável **queimadura de espessura total (terceiro grau)**.

Avalie e maneje necessidade de hidratação se %SCQ > 10%:

- Insira acesso EV calibroso em área longe da pele queimada. Se %SCQ significativa, insira um segundo acesso EV.
- Aplique **cloreto de sódio 0,9%** EV:
 - Calcule volume total necessário nas próximas 24 horas (mL) = %SCQ x peso(kg) x 4
 - Aplique metade desse volume nas primeiras 8 horas após a queimadura. Calcule o volume por hora (mL) = volume total ÷ 2 ÷ 8
- Insira um cateter urinário e registre o débito urinário a cada hora.

Precreva medicamentos:

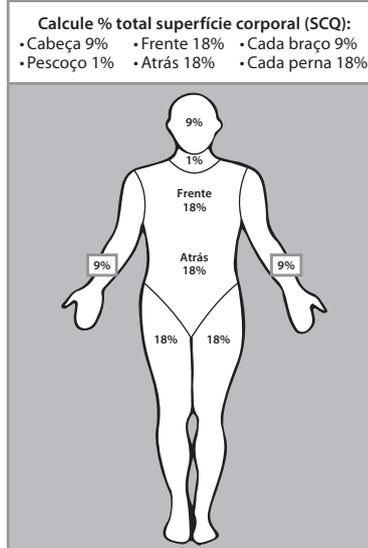
- Se dor intensa, aplique **morfina** 5mg EV a cada 4 horas. Se dor não intensa, prescreva **paracetamol** ou **dipirona**¹ 500-1000mg cada 6 horas.
- Prescreva reforço da **vacina dT** (difteria e tétano) se última dose há > 5 anos. Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/encaminhe para soro/imunoglobulina antitetânica.

Cuide do ferimento:

- Cubra a queimadura com cobertura não aderente ou enrole em um lençol limpo e seco.

Encaminhe no mesmo dia o paciente com qualquer um dos seguintes:

- %SCQ > 10%
- Queimadura em face/pescoço/mãos/pés/genitais/articulações
- Queimadura de terceiro grau
- Queimadura circunferencial de membros/tórax
- Enquanto aguarda transpote, monitores sinais vitais: PA, FC, FR, SaO₂, nível de consciência (Glasgow) e débito urinário.
- Outros ferimentos
- Reavale diariamente (como abaixo) se não necessita encaminhamento no mesmo dia.



Reavale diariamente o paciente com queimadura(s) que não necessita de encaminhamento no mesmo dia:

- Limpe com água e sabão neutro. Faça curativos diários: aplique **sulfadiazina de prata 1%** pomada e cubra com curativo não aderente. Verifique sinais de infecção (vermelhidão, calor, inchaço, aumento da dor, odor fétido ou pus). Se infecção, prescreva **cefalexina** 500mg a cada 6 horas por 7 dias.
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**¹ 500-1000mg e/ou **ibuprofeno**² 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias. Se não responder, adicione **codeína** 30-60mg a cada 4 horas se necessário até 360mg ao dia. Se dor aumentada/ansiedade com troca de curativos, prescreva **codeína** 30mg 1 hora antes da troca de curativos.
- No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses³/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um **▷ 107**.
- Se dor não responder aos medicamentos ou queimadura não cicatrizar em 2 semanas, **discuta/encaminhe**.

¹Não prescreva se alergia prévia. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica intensa prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ³Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Mordidas e ferroadas

Atenda com urgência o paciente com mordida/ferroada e um ou mais dos seguintes:

- **Mordida de cobra** (mesmo que as marcas da mordida não sejam aparentes)
- Início súbito de rash difuso ou edema de face/língua com falta de ar ou PA < 90/60, provável **anafilaxia**
- Fraqueza, pálpebras caídas, dificuldade de engolir e falar, visão dupla, provável **mordida de cobra**
- Mordida animal/humana com: múltiplas mordidas, ferimento grande/profundo, perda tecidual, envolvendo articulações/ossos, temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou pus
- PA < 90/60
- Sangramento pulsátil ou excessivo

Maneje e encaminhe com urgência:

• Se mordida de cobra:

- Tranquelize paciente.
- Remova joias/bijuterias e imobilize o membro mordido. Evite aplicar torniquete ou sugar o veneno.
- Discuta sobre necessidade de soro antiofídico, ligue para o Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001).

• Se provável anafilaxia:

- Eleve as pernas e aplique oxigênio 1-2L/min via cânula nasal.
- Aplique imediatamente **adrenalina** 0,5mL (1:1000) IM no terço médio da face anterolateral da coxa. Repita cada 5-15 minutos se necessário.
- Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1-2L EV rápido independente da PA. Depois, se PA < 90/60, também aplique cloreto de sódio 0,9% como abalo.
- Remova o ferrão.
- Se PA < 90/60, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar piorar.
- Se sangramento pulsátil ou excessivo, aplique pressão direta e eleve membro. Se sangramento excessivo e persistente, aplique torniquete acima do ferimento.
- Remova pele solta/necrosada e limpe a ferida com água e sabão. Irrigue com pressão usando **cloreto de sódio 0,9%** por 15 minutos. Evite suturar o ferimento.
- Prescreva reforço da **vacina dT** (difteria e tétano) se última dose há > 5 anos. Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/encaminhe para soro/imunoglobulina antitetânica.

Abordagem do paciente com mordida/ferroada que não necessita de atenção urgente

Mordida(s) humana ou animal

- Remova pele solta/necrosada e limpe a ferida com água e sabão. Irrigue com pressão usando **cloreto de sódio 0,9%** por 15 minutos. Evite suturar o ferimento.
- Considere risco de raiva se mordida/arranhão ou lambida nos olhos/boca/pele não intacta por cão ou animal silvestre/de produção.
 - Discuta com Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001). Notifique.
 - Lave ferimento com água e sabão.
 - Oriente observar o animal por 10 dias após exposição para sinais de raiva. Se desaparecer/morrer/se tornar raivoso ou animal silvestre/de produção: dê 4 doses de **vacina antirrábica** (dias 0, 3 e 7 dias após exposição).
 - Se ferimento em mãos/pés/cabeça/extenso/profundo e animal suspeito de raiva/silvestre/desaparecer: dê também **soro antirrábico**.
- Se disfunção imune¹ ou mordida é profunda, infectada, envolve mão/cabeça/pescoço/genitais: prescreva **amoxicilina/clavulanato**² 500/125mg cada 8 horas por 7 dias.
- Se mordida humana com rompimento da pele, também avalie necessidade de profilaxia pós-exposição para HIV e hepatite B **↗ 74**.
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**³ 500-1000mg e/ou **ibuprofeno**⁴ 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- Se mordida infectada e sem resposta ao antibiótico, **discuta**.

Mordida ou ferroada de inseto/aranha/escorpião/água-viva

- Remova ferrão/tentáculos cuidadosamente. Limpe ferida com água e sabão. Se água-viva, não aplique água doce/não esfregue, aplique compressas de vinagre comum por 30min.
- Aplique gelo/bolsa de gelo para dor/inchaço.
- Se coceira e rash, prescreva **loratadina** 10mg ao dia e **ranitidina** 150mg ao dia por 3 dias. Se sem resposta, prescreva **prednisona** 60mg ao dia por 5 dias.
- Se dor, prescreva **ibuprofeno**⁴ 300-600mg cada 6 horas por até 5 dias.
- Se picada de escorpião muito dolorida, injete **lidocaina 2%** 2mL ao redor do local da picada.
- Se picada de aranha ou dúvidas, discuta com Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001).

Prescreva reforço da **vacina dT** (difteria e tétano) se última dose há > 5 anos. Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/encaminhe para soro/imunoglobulina antitetânica.

¹HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. ²Se alérgico à penicilina, prescreva **clindamicina** 300mg a cada 6 horas e **SMZ/TMP** 800/160mg a cada 12 horas por 7 dias. ³Não prescreva se alergia prévia. ⁴Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica intensa prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Sintomas da pele

Atenda com urgência o paciente com sintomas da pele e um ou mais dos seguintes:

- Início súbito de rash difuso com falta de ar, edema de face/língua ou PA < 90/60: provável **anafilaxia**.
- Rash purpúrico com febre, dor de cabeça, meningismo, náusea/vômitos ou confusão: provável **doença meningocócica**.
- Vesículas disseminadas.
- Se em uso de abacavir, considere reação de hipersensibilidade pelo abacavir → **86**
- Provável **reação medicamentosa grave** se uso recente de medicamento(s) e um ou mais dos seguintes:
 - Temperatura ≥ 38°C
 - PA < 90/60
 - Icterícia
 - Vômitos / dor abdominal / diarreia
 - Afetando boca, olhos ou genitais
 - Áreas com vesículas, descamação ou exposição de mucosa
- Se provável **doença meningocócica**: aplique **ceftriaxona** 2g IM.
- Se rash com coceira, considere **Zika vírus** <->18.
- Se rash com febre e tosse ou coriza ou conjuntivite, considere **sarampo**: notifique, colete exame diagnóstico e discuta.
- Se rash com febre e linfadenopatia cervical/retroauricular/occipital, considere **rubéola** (independente de vacinação): notifique, colete exame diagnóstico e discuta.



© University of Cape Town

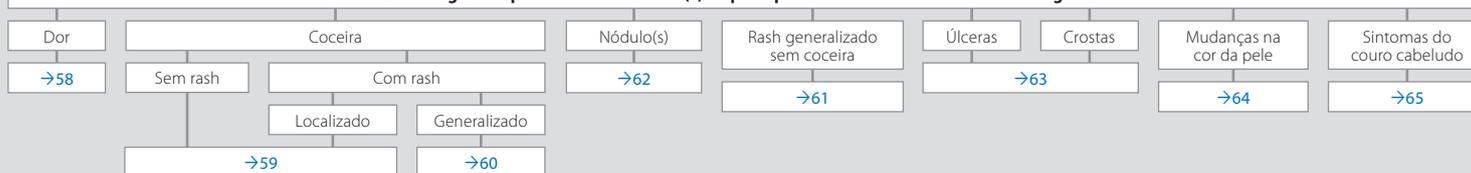


© University of Cape Town

Maneje e encaminhe com urgência:

- Provável **anafilaxia**:
 - Eleve as pernas e aplique oxigênio 1-2L/min via cânula nasal.
 - Aplique imediatamente **adrenalina** 0,5mL (1:1000) IM no terço médio da face anterolateral da coxa. Repita cada 5-15 minutos se necessário.
 - Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1-2L EV rápido independente da PA. Depois, se PA < 90/60, também aplique cloreto de sódio 0,9% como abaixo.
- Provável **reação medicamentosa grave**: pare todo(s) o(s) medicamento(s) e encaminhe com urgência. Se descamação ou exposição de mucosas, também maneje como queimadura antes de encaminhar → **55**.
- Se PA < 90/60: aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar piorar.

Abordagem do paciente com sintoma(s) de pele que não necessita de cuidados de urgência



Teste para sífilis → **44** e para HIV → **81**, especialmente se rash é extenso, recorrente ou difícil de tratar.

Pele dolorida

Elevação quente, vermelha que pode ser flutuante no centro. Pode ter saída de pus.



© University of Cape Town

Provável **abscesso/furúnculo**

- Se flutuação, faça incisão e drenagem.
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**¹ 500-1000mg cada 6 horas até 5 dias.
- Se múltiplas lesões, infecção ao redor extensa, disfunção imune² ou não responder à drenagem, dê **cefalexina** 500mg cada 6 horas por 7 dias.
- Oriente lavar com água e sabão, manter unhas curtas, evitar compartilhar roupas ou toalhas.
- Se recorrência:
 - Teste para HIV **↪ 81** e considere testar para diabetes **↪ 95**.
 - Oriente lavar-se uma vez do pescoço para baixo com **clorexidina 4%** solução, se disponível.
 - Oriente aplicar **mupirocina 2%** pomada dentro das narinas duas vezes ao dia por 5 dias.
 - **Discuta** para excluir outras causas e considerar cefalexina (como acima).
- Se não responder à cefalexina, **discuta**.
- **Discuta**/encaminhe no mesmo dia se:
 - Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
 - PA < 90/60
 - FC > 100
 - Área de difícil drenagem (face, genitais, mãos)

Inchaço da pele com vermelhidão, dor e calor
A(s) borda(s) está(ão) mal definida(s)?

Borda(s) mal definida(s)



© University of Cape Town

Provável **celulite**

- Prescreva **cefalexina** 500mg a cada 6 horas por 7 dias.

Borda(s) bem definida(s)



CDC Public Health Image Library

Provável **erisipela**

- Prescreva **amoxicilina** 500mg a cada 8 horas por 5 dias. Se alergia à penicilina, prescreva **cefalexina** 500mg a cada 6 horas por 5 dias.

- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**¹ 500-1000mg a cada 6 horas se necessário.
- Se em pernas, oriente mantê-las elevadas.
- **Discuta** se não responder ao tratamento em 48 horas.
- **Discuta**/encaminhe no mesmo dia se:
 - Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
 - PA < 90/60
 - FC > 100
 - Confusão
 - Envolvimento de face ou olhos
 - Infecção extensa
 - Vesículas ou pele cinza/preta
 - Disfunção imune²
 - Não responder ao tratamento em 2 dias.

Vesículas doloridas em faixa de um dos lados do corpo



© University of Cape Town

Provável **herpes zoster**

- Teste para HIV **↪ 81**.
- Oriente a manter as lesões secas e limpas, e evitar contato de pele com outros até formar crostas.
- Prescreva **aciclovir** 800mg 5x ao dia por 7 dias se:
 - ≤ 3 dias desde início do rash *ou*
 - ≤ 1 semana desde início do rash se disfunção imune²
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**¹ 500-1000mg cada 6 horas até 5 dias.
- Se necessário, associe **codeína** 30mg cada 4 horas.
- Se coceira: dê **loratadina** 10mg ao dia até 5 dias.
- Se dor persistir após melhora das lesões, prescreva **amitriptilina** 25mg à noite. **Aumente** 25mg por semana até 75mg, se necessário.
- Se infectado, prescreva **cefalexina** 500mg cada 6 horas por 7 dias.
- **Discuta**/encaminhe no mesmo dia se:
 - Envolvimento do olho, orelha ou nariz.
 - Sinais de meningite (dor de cabeça, febre, meningismo)
 - Lesões envolverem > 1 região do corpo

¹Não prescreva se alergia prévia. ²HIV ou diabetes mal controlados, doença em fígado/rim/autoimune ou câncer.

Coceira com rash localizado

Se rash no couro cabeludo → 65. Se não: onde é o rash?

Tronco ou membros: a(s) lesão(ões) é(são) circulares?

Pé(s)

Não

Sim

Lesões secas, descamativas, pruriginosas em punho, tornozelo, dobras de cotovelo e Joelho



© University of Cape Town

Provável **eczema**
→ 60

Se diagnóstico incerto, **discuta/encaminhe**.

Placas elevadas, róseas, bem demarcadas, cobertas com descamação esbranquiçada em cotovelos, joelhos, costas, couro cabeludo. Pode ter depressões puntiformes nas unhas.

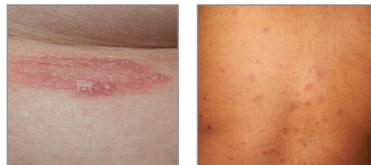


© University of Cape Town

Provável **psoríase**

- Oriente evitar uso de sabonete. Oriente hidratar pele 3x/dia.
- Prescreva **dexametasona 0,1%** creme cada 12 horas. Para a face, discuta opções de tratamento. Se melhorando, reduza para 1 vez ao dia. Pare assim que melhorar.
- Se dúvidas, lesões extensas ou sem resposta ao tratamento após 1 mês: **discuta/encaminhe**.

Começa como uma lesão oval maior (medalhão) com descamação fina central no tronco. Em 2 semanas surgem lesões ovais descamativas menores, distribuídas num padrão de 'árvore de natal'.



© University of Cape Town

Provável **pitiríase rósea**

- Tranquelize paciente que o rash irá resolver em 3 meses.
- Oriente hidratar pele 2 vezes ao dia.
- Se coceira intensa:
 - Prescreva **dexametasona 0,1%** creme 2 vezes ao dia por 2 semanas e
 - **Loratadina 10mg** ao dia por 5 dias.
- Se dúvidas, **discuta/encaminhe**.

Lesão(ões) de crescimento lento com bordas elevadas descamativas e centro limpo.



© University of Cape Town

Provável **tinea (micose)**

- Oriente manter pele limpa/seca e não compartilhar toalhas/roupas.
- Se no pé, oriente uso de calçados abertos ou sandálias.
- Prescreva **miconazol 20mg/g** creme cada 12 horas. Continue por 1 semana após melhora do rash. Se sem resposta/extensa, dê **fluconazol 150mg** por semana por 2-6 semanas.
- Se lesão extensa/recorrente: teste para HIV → 81 e considere testar diabetes → 95.
- Se envolve unhas → 97.
- Se não melhorar em 4 semanas, **discuta**.
- Se diagnóstico incerto, **discuta/encaminhe**.

Lesões descamativas ou rachaduras entre dedos dos pés, ou pele fina descamativa na sola, calcanhar ou lado dos pés



CDC Public Health Image Library

Provável **tinea pedis (pé de atleta, frieira)**

Coceira sem rash

Confirme que não há rash, especialmente escabiose, pediculose ou mordidas de outros insetos. A pele está muito seca?

Não: paciente iniciou algum medicamento nas semanas antes da coceira iniciar?

Sim

- Provável **efeito adverso medicamentoso**
- Continue o medicamento apenas se não houver rash e tratamento for necessário
 - Prescreva **loratadina 10mg** ao dia por 5 dias.
 - Oriente retorno imediato se rash.

Não

- Oriente evitar coçar, banhos quentes e tecidos de lã/outra material pruriginoso pois podem piorar a coceira.
- Oriente lavar-se com óleos de banho no lugar de sabonete e hidratar pele 2 vezes ao dia.
- Prescreva **loratadina 10mg** ao dia por 5 dias.
- Se persistir > 2 semanas, solicite **HMG, VHS, creatinina (TFGe), TGO, TGP, BT e F, FA, glicose, TSH, rx de tórax** e teste para HIV → 81. Considere realizar/solicitar **biópsia de pele**. Interprete resultados e **discuta** se necessário.

Sim: provável **pele seca (xerodermia)**

- Oriente evitar banhos quentes, usar óleos de banho no lugar de sabonete e hidratar pele 2 vezes ao dia.
- Prescreva **loratadina 10mg** ao dia por 5 dias.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATORIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MULSICULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Coceira com rash generalizado

Pápulas avermelhadas e túneis nos espaços interdigitais, axilas, cintura e genitais. Coceira intensa, pior à noite.



© BMJ Best Practice

Provável **escabiose**

- Aplicar **permetrina 5%** todo corpo, pescoço-sola dos pés (entre dedos, debaixo unhas, virilha). Lave após 8-14 horas.
- Se uso tópico é difícil ou tratando múltiplas parcerias/contatos: dê **ivermectina 200mcg/kg** dose única via oral, repita em 7-14 dias. Não prescreva se gestante.
- Trate parcerias e contatos domiciliares (mesmo assintomáticos).
- Sem melhora em 7-14 dias, repita ou troque tratamento.
- Para coceira, dê **loratadina 10mg** ao dia. Sem melhora em 7-14 dias, **discuta**/considere acrescentar **dexclorfenirâmica 2mg** antes dormir ou **dexametasona 0,1%** creme 2-3 vezes ao dia. Sem melhora em 7 dias, **discuta**.
- Oriente lavar com água quente¹/passar roupas/lencóis. Pode retornar trabalho 1 dia após tratar. Coceira pode persistir semanas após tratar.

Lesões secas, descamativas, pruriginosas em punho, tornozelo, dobras de cotovelo e joelho



© University of Cape Town

Provável **eczema**

- Oriente que é uma condição crônica com episódios de exacerbação.
- Oriente evitar fatores desencadeantes como sabonete, detergentes, calor, tecidos que causem coceira.
- Avalie e maneje o estresse **▷ 71**.
- Oriente hidratar a pele 2 vezes ao dia e imediatamente após o banho.
- Prescreva **dexametasona 0,1%** creme 2 vezes ao dia até melhora (por até 4 semanas). Se pouca resposta, **discuta**.
- Prescreva **loratadina 10mg** ao dia até melhora da coceira.
- Se secreção, pus ou crostas amarelas, trate infecção:
 - Prescreva **cefalexina 500mg** a cada 6 horas por 7 dias.

Pápulas/placas muito pruriginosas, vermelhas, elevadas que aparecem subitamente e comumente desaparecem dentro de 24 horas



© University of Cape Town

Provável **urticária**

Se rash súbito com falta de ar, PA < 90/60 ou desmaio, provável anafilaxia →57.

- Considere fatores desencadeantes comuns como comidas (leite, ovos, castanhas, trigo, frutos do mar), medicamentos, picadas/ferroadas de insetos e látex. Oriente evitar desencadeantes identificados.
- Prescreva **loratadina 10mg** ao dia até melhora do rash.
- Se não responder em 24 horas, prescreva **prednisona 40mg** ao dia por 5 dias.
- Oriente retornar imediatamente se sintomas de anafilaxia.

Rash avermelhado difuso em tronco, braços e pernas, que apareceu dentro de 2 semanas após iniciar um novo medicamento



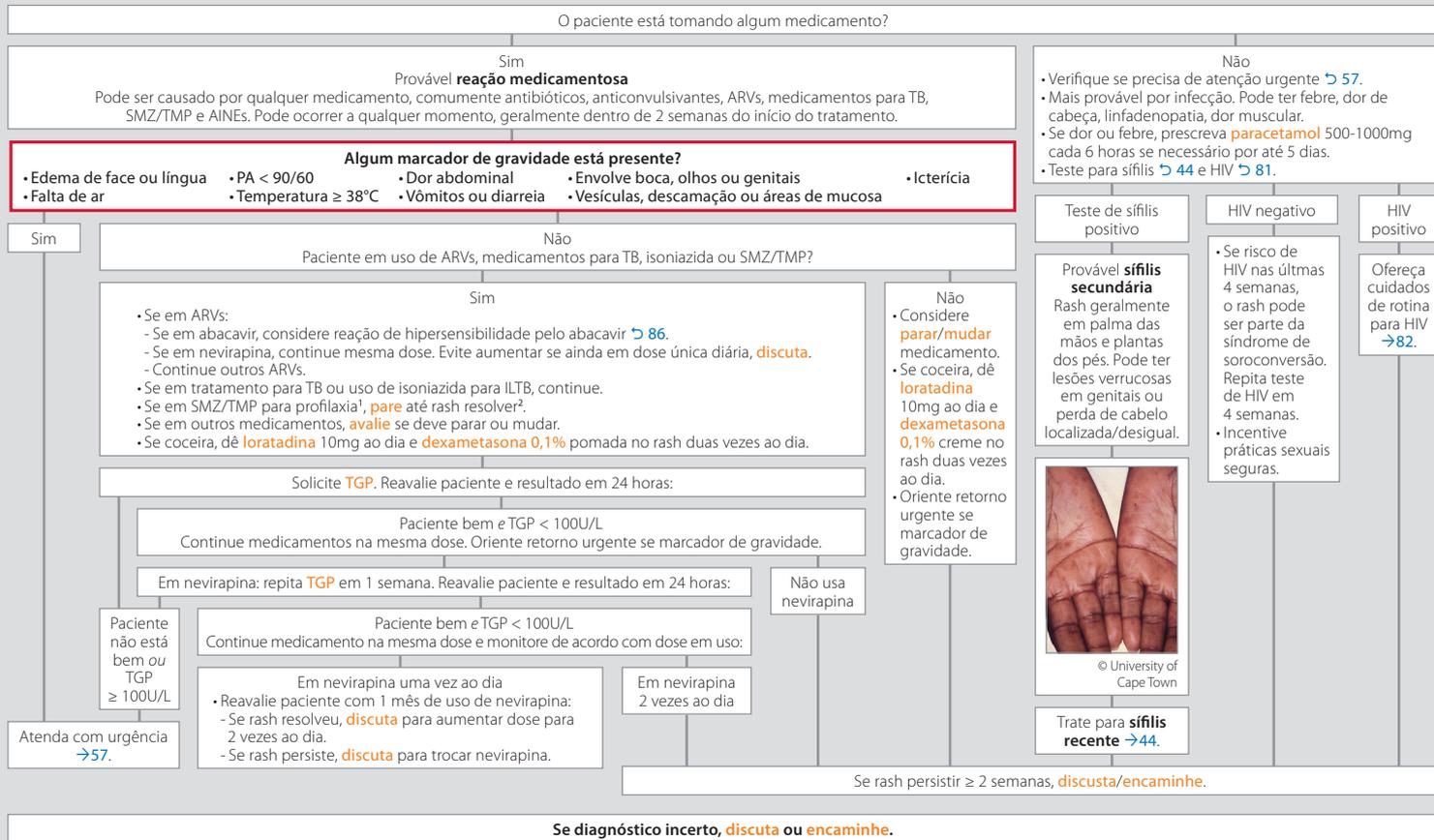
© BMJ Best Practice

Provável **reação medicamentosa** →61.

Se não responder ao tratamento ou diagnóstico incerto, discuta/encaminhe.

¹Se não consegue lavar/lavar com água quente, oriente deixar fechadas em saco plástico por 3 dias.

Rash generalizado sem coceira



¹Se em SMZ/TMP para tratamento de pneumocistose (PPC), toxoplasmose ou diarreia por *Isospora belli*, **discuta com especialista**. ²Se rash resolver, **discuta** se altera para **dapsona** 100mg ao dia ou se reinicia **SMZ/TMP**.

Nódulos na pele

Discuta/encaminhe com prioridade o paciente com um sinal na pele que:

- É irregular no formato ou cor
- Mudou de tamanho, formato ou cor
- É diferente de outros sinais próximos
- Diâmetro > 6mm
- Sangra com facilidade
- Coça

Pápulas elevadas, arredondadas, com superfície rugosa



© University of Cape Town

Provável **verruca(s)**

- Geralmente em mãos, joelhos e cotovelos mas podem ocorrer em qualquer local.
- Verrugas plantares são duras e espessas com ponto(s) preto(s).

- Tranquile que verrugas geralmente desaparecem espontaneamente.
- Se deseja tratar:
 - Aplique **ácido tricloroacético 80%** nas verrugas com palito de madeira cada 7 dias até 8 semanas.
 - Oriente mergulhar verruga em água morna por 5 minutos e raspar com lima de unha entre aplicações.
- **Discuta** se verrugas extensas, sem melhora com tratamento ou diagnóstico incerto.

Pequenas elevações da cor da pele com umbilicação central perolácea



© University of Cape Town

Provável **molusco contagioso**

- Teste para HIV > 81.
- Tranquile que as lesões costumam resolver de forma espontânea (dentro de 6-12 meses) ou com TARV (se HIV).
- Se incômodas ao paciente, remova com **curetagem**, se possível, ou **discuta** outras opções de tratamento.
- **Discuta/encaminhe** se:
 - Disseminadas
 - Em pálpebras
 - Não resolverem e incomodarem paciente.
 - Diagnóstico incerto.

Nódulo macio, bem definido, abaixo da pele

Nódulo macio, elástico, móvel e indolor.



© University of Cape Town

Provável **lipoma**

Nódulos benignos de crescimento lento. Ocorrem em qualquer parte do corpo mas geralmente no tronco e membros superiores.

- Tranquile informando quelipomas não têm potencial maligno e não necessitam ser removidos.
- Se incômodo ao paciente, dolorido ou aumentando de tamanho: **remove** (após infecção resolver), se possível, ou **encaminhe**.
- **Discuta/encaminhe** se:
 - > 5 cm
 - Firme à palpação ou profundo
 - Crescimento rápido
 - Diagnóstico incerto (considere solicitar **USG** e/ou **biópsiar**)

Nódulo firme, redondo. Pode ter orifício central e descarga de substância esbranquiçada.



© University of Cape Town

Provável **cisto epidérmico**

Geralmente em face e tronco, incomum em membros

- Se não infectado, tranquilize que não há necessidade de tratar.
- Se a área circundante está vermelha, quente e dolorida, o cisto está infectado:
 - Se fluante, faça **incisão e drenagem**.
 - Se infecção ao redor extensa, dê **cefalexina** 500mg a cada 6 horas por 7 dias.
- **Remove** se recorrente, incômodo para o paciente ou diagnóstico incerto (considere **biópsiar**).

Pápulas avermelhadas, pústulas, nódulos e comedões/cravos, comumente em face



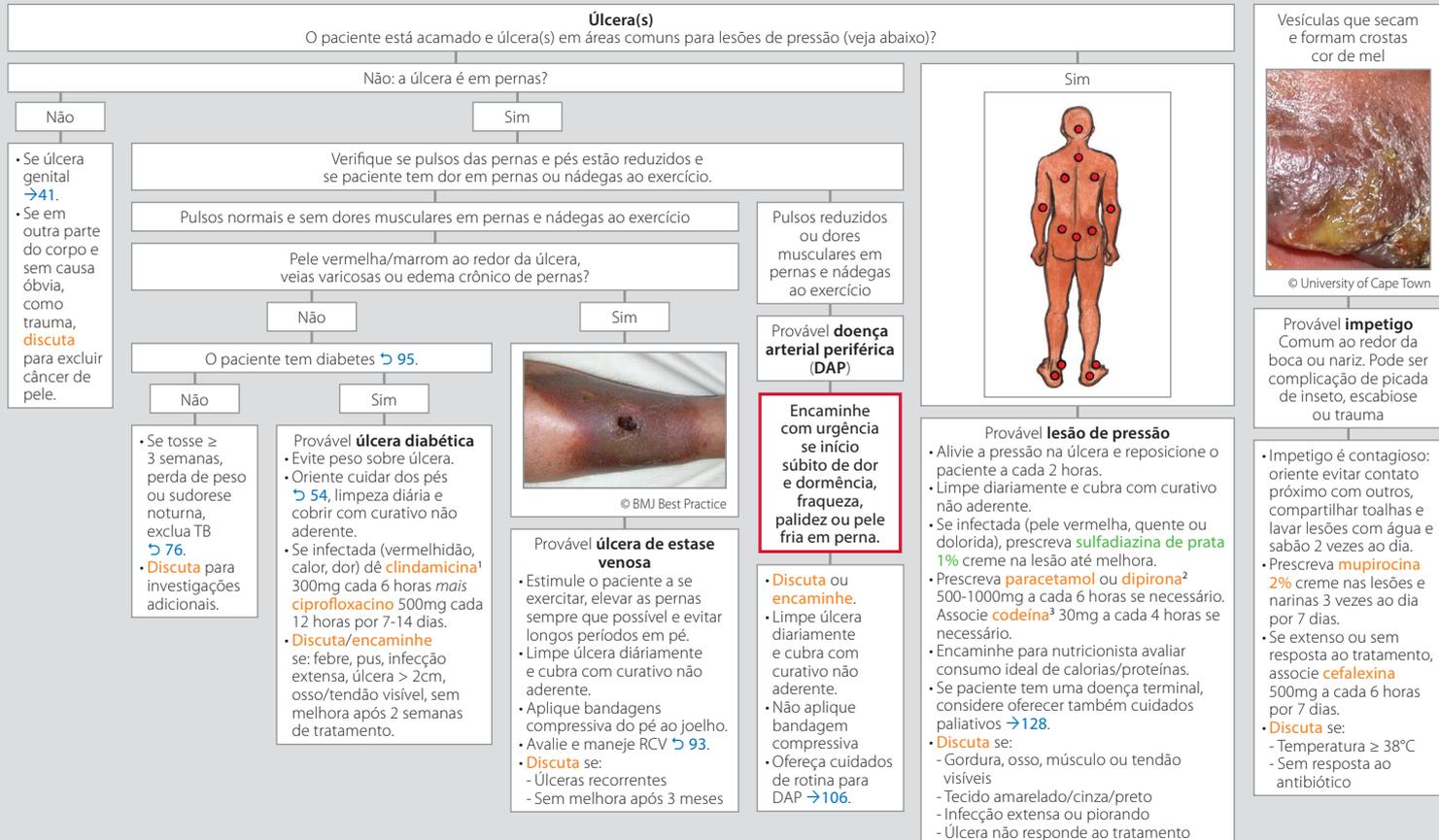
© University of Cape Town

Provável **acne**

Pode envolver tórax, costas e membros superiores

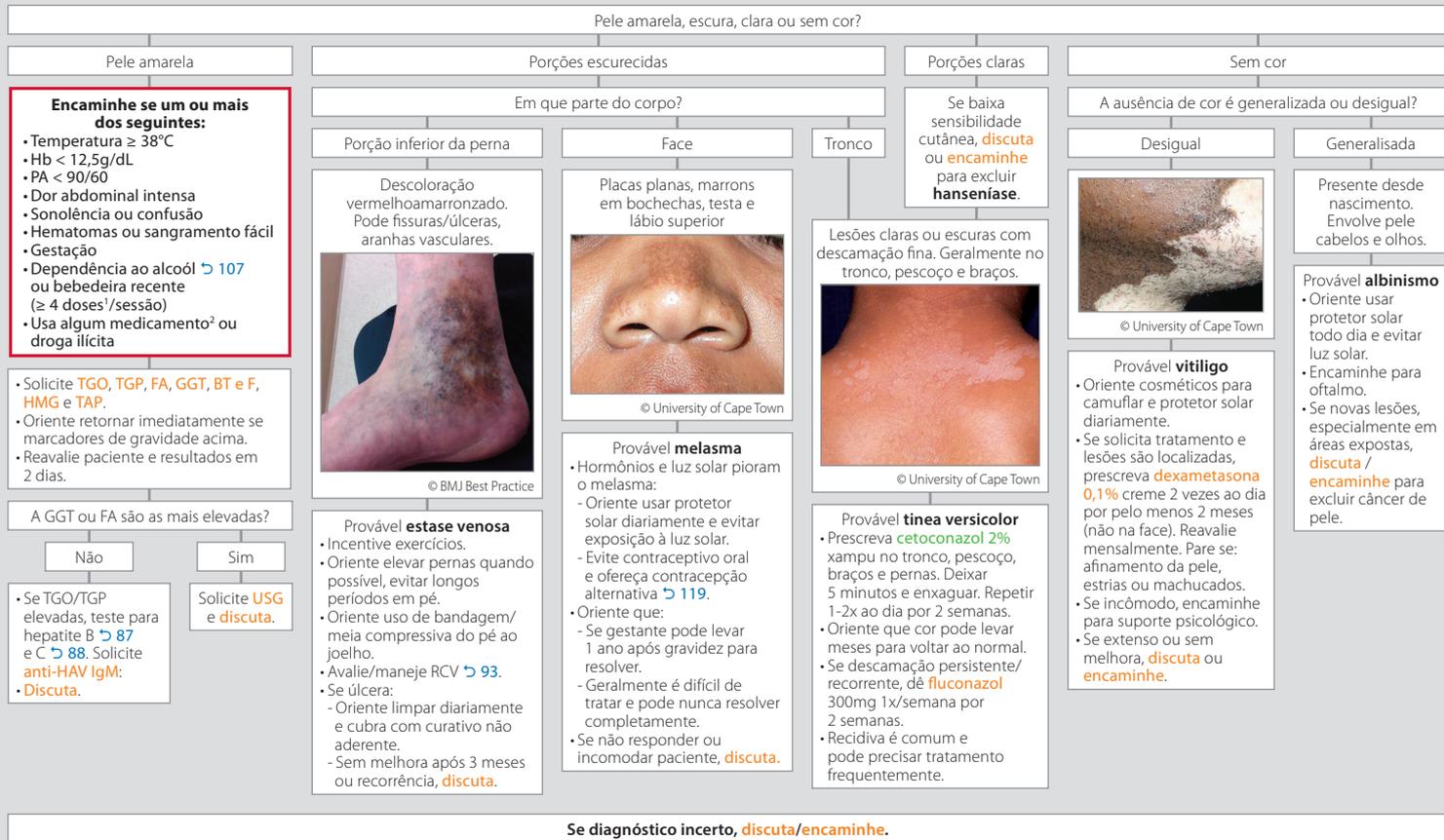
- Oriente a lavar a pele com sabão neutro 2x ao dia e a evitar cutucar, apertar ou coçar.
- Prescreva, se disponível, **peróxido de benzoila 5%** creme 2x ao dia após lavar a pele. Se regredindo, diminua para 1x ao dia. Para quando resolver. Não prescreva se grávida.
- Ser avermelhadas e inchadas, também dê **doxiciclina** 100mg ao dia por pelo menos 3 meses. Pode interferir com o anticoncepcional, usar preservativos. Não prescreva se grávida/amamentando.
- Em mulheres necessitando de contracepção, oriente contraceptivo oral combinado > 119.
- Oriente que melhora pode levar semanas ou meses.
- **Discuta/encaminhe** se muito intensa, sem resposta após 6 meses de tratamento ou diagnóstico incerto.

Úlceras e crostas



¹Se indisponível, dê **cefalexina** 500mg cada 6 horas por 7-14 dias, ao invés de clindamicina e ciprofloxacino. ²Não prescreva se alergia prévia. ³Se não tiver diarreia, prescreva **óleo mineral** 15-45mL à noite para prevenir constipação.

Mudanças na cor da pele



¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ²Se em uso de atazanavir \rightarrow 86.

Sintomas do couro cabeludo

Abordagem do paciente com sintomas do couro cabeludo:

- Se perda de cabelo sem rash/coceira →66.
- Tem rash ou apenascoceira?

Coceira sem rash

Coceira intensa com piolho/ovos. Pode ter pequenas picadas vermelhas na nuca.

Provável pediculose (piolho)

- Prescreva **permetrina 1%**¹ loção no cabelo seco:
 - Assegurar-se que couro cabeludo inteiro esteja coberto e o cabelo saturado.
 - Enxaguar depois de 10 minutos.
 - Repetir depois de 9 dias.
- Oriente lavar roupas usadas nos últimos 2 dias em água bem quente.
- Trate contatos domiciliares se estiverem infectados ou compartilhando a cama.

Flocos finos e brancos no cabelo e roupas

Provável caspa

- Prescreva **cetoconazol 2%** xampu:
 - Aplicar no couro cabeludo e massageie.
 - Enxague depois de 3 minutos.
 - Use pelo menos duas vezes por semana até resolver (geralmente 2-4 semanas).

Rash com ou semcoceira

Lesões descamativas

Manchas vermelhas/rosadas com descamação fina e oleosa



© University of Cape Town

Provável dermatite seborreica

Pode ocorrer também entre as sobrancelhas, dobras do nariz e atrás das orelhas. Geralmente comcoceira.

- Se extenso, teste para HIV → 81.
- Prescreva **cetoconazol 2%** xampu:
 - Massagear no couro cabeludo.
 - Enxaguar depois de 5 minutos.
 - Usar pelo menos duas vezes por semana até resolver (geralmente 2-4 semanas).
- Se intensa, considere prescrever também **dexametasona 0,1%** creme 2 vezes ao dia até melhora ou até 4 semanas.
- Se não responder em 3 meses, **discuta/encaminhe**.

Placas bem definidas, elevadas, cobertas com descamação prateada grossa



© University of Cape Town

Provável psoríase

Pode ter também depressões puntiformes nas unhas e rash nos cotovelos, joelhos, costas

- Oriente hidratar pele 2x ao dia.
- Prescreva **dexametasona 0,1%** creme cada 12 horas. Para a face, **discuta** opções de tratamento. Se melhorando, **reduza** para 1 vez ao dia. **Pare** assim que melhorar.
- **Discuta/encaminhe** se:
 - Extensa
 - Causando sofrimento
 - Dor articular
 - Sem melhora após 1 mês de tratamento

Vermelhidão, inchaço e queimação/coceira após uso recente de produto capilar. Pode ter bolhas.



© University of Cape Town

Provável dermatite de contato

- Identifique e aconselhe o paciente a evitar a causa.
- Oriente hidratar 2x ao dia.
- Prescreva **dexametasona 0,1%** creme cada 12 horas. Para a face, **discuta** opções de tratamento. Se melhorando, **reduza** para 1 vez ao dia. **Pare** assim que melhorar.
- Se pus ou crostas amarelas, trate a infecção:
 - Prescreva **cefalexina 500mg** cada 6 horas por 7 dias.
- Se não responder em 1 semana, **discuta/encaminhe**.

Pápulas, pústulas ou nódulos vermelhos ao redor folículos capilares



© BMJ Best Practice

Provável folliculite

- Oriente lavar com sabão 2 vezes ao dia.
- **Discuta** opções de antibacterianos tópicos para aplicar no couro cabeludo uma vez por dia até resolução das lesões.
- Se infecção é profunda, extensa, recorrente ou sem resposta ao tratamento acima:
 - Prescreva **cefalexina 500mg** cada 6 horas por 7 dias.
 - Teste para HIV → 81.

Se diagnóstico incerto, **discuta/encaminhe**.

¹Dilua 1 parte de permetrina 5% em 4 partes de água.

Queda de cabelo

Abordagem do paciente com queda de cabelo:

- Se rash no couro cabeludo → 65.
- Há folículos pilosos visíveis na área de queda de cabelo?

Sim: a queda de cabelo é localizada ou generalizada?

Localizada

- Teste para sífilis → 44.
- Paciente usa rabo-de-cavalo apertado, coque, trança ou aplique com queda de cabelo ao longo da linha do cabelo/área de tração?

Sim



© University of Cape Town

Provável alopecia por tração

- Explique a causa para paciente.
- Oriente evitar penteados apertados ou dolorosos.
- Tranquelize que o cabelo voltará a crescer após cessar a tração.
- Se não melhorar em 3 meses, **discuta**.

Não: a perda é bem delimitada com couro cabeludo subjacente saudável?

Sim



© University of Cape Town

Provável alopecia areata

- Prescreva **dexametasona 0,1%** creme duas vezes ao dia por 3 meses.
- Solicite TSH e **interprete resultado**.
- Oriente que pode levar até 2 anos para cabelo crescer novamente.
- **Discuta/encaminhe se**:
 - Lesão extensa
 - Sem melhora com tratamento
 - Recorrente

Não: a paciente é mulher com queda de cabelo na parte superior da cabeça?

Sim



© University of Cape Town

Provável calvície feminina

- Solicite **TSH, HMG, ferritina** e **interprete resultados**.
- Se sinais de hiperandrogenismo¹, solicite também **testosterona total, androstenediona** e **interprete resultados**.
- Oriente o uso de penteados que escondam a queda de cabelo.
- **Discuta/encaminhe** se causando sofrimento importante.

Não

- **Discuta/encaminhe se**:
 - Sífilis negativo
 - Sífilis positivo e sem melhora após 3 meses do tratamento da sífilis.

Generalizada

- Pergunte sobre possíveis causas recentes:
 - Doença grave ou cirurgia
 - Estresse importante
 - Parto
 - Alimentação inadequada
 - Perda de peso significativa
- **Revise** medicamentos: ácido valpróico, sinvastatina e contraceptivos hormonais podem causar queda de cabelo.
- Teste para sífilis → 44.
- Solicite **TSH, HMG, ferritina** e **interprete resultado**.
- Se sinais de hiperandrogenismo¹, solicite também **testosterona total, androstenediona** e **interprete resultados**.
- Tranquelize que o cabelo voltará a crescer após resolvida a causa.
- **Discuta/encaminhe se**:
 - Causa incerta
 - Sem melhora após 12 meses do tratamento/ resolução da causa.

Não

Provável alopecia cicatricial

Discuta/encaminhe.

- Se estiver causando angústia, considere discutir/encaminhar para psicologia/aconselhamento.
- Se o diagnóstico continua incerto, **discuta/encaminhe**.

¹Crescimento anormal de pêlos em face ou corpo, irregularidade menstrual, acne intensa ou infertilidade.

Sintomas da unha

Se unhas longas e sujas e paciente descuidado, rastreie para problemas de saúde mental e abuso/negligência.

Unha desfigurada, com leito inchado e perda de cutícula



© University of Cape Town

Provável **paroníquia crônica**
Frequentemente associada a exposição excessiva à água e irritantes (cosméticos de unha, sabão, químicos).

- Oriente paciente a evitar água e irritantes ou usar luvas se preciso.
- Prescreva **dexametasona 0,1%** creme nos leitos inchados
- 2 vezes ao dia por 3 semanas.
- Se não responder, prescreva **miconazol 20mg/g** creme 2x ao dia por 4 semanas.
- Se não responder, **discuta**.

Dor, vermelhidão e inchaço de pregas ungueais, pode haver pus



© BMJ Best Practice

Provável **paroníquia aguda**
Frequentemente associada a história de trauma, como roer unhas ou tirar a cutícula.

- Oriente paciente a parar de traumatizar a unha.
- Se houver pus, incisão e drene.
- Oriente banhos em salmora morna por 20 minutos, 2 vezes ao dia.
- Prescreva **mupirocina 2%** creme na área afetada 2 vezes ao dia após a salmora por 5-10 dias.
- Se dor intensa, pus, infecção além das pregas ungueais ou temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, prescreva **cefalexina 500mg** a cada 6 horas por 7 dias.
- Se não responder, **discuta**.

Unhas desfiguradas esbranquiçadas/amareladas



© University of Cape Town

Provável **infecção fúngica (onicomicose)**

- Teste para HIV \rightarrow 81 e avalie necessidade de testar para diabetes \rightarrow 95.
- Onicomicose é difícil de tratar.
- Trate se:
 - Celulite prévia no membro afetado
 - Diabetes
 - Unha dolorida
 - Preocupações estéticas
- Considere solicitar **microscopia e cultura** para confirmar diagnóstico antes de iniciar tratamento.
- Se infecção fúngica confirmada, prescreva **fluconazol 150mg** por semana até cura (pode levar até 12 meses).

Descoloração ou cor azulada/marrom/preta da unha



CDC Public Health Image Library

Trauma recente na unha?

Sim

Não

- Provável **hematoma**
- Trate se trauma há < 2 dias e dor:
 - Limpe a unha com **iodopovidone**.
 - Segure o dedo e gire uma agulha de calibre grosso na unha sobre o centro do hematoma, aplicando pressão leve. Pare quando o sangue drenar do orifício.
 - Cubra com curativo de gaze estéril.

- Psoríase pode descolorir as unhas. Se psoríase na pele \rightarrow 59.
- **Revise** medicamentos: cloroquina, fluconazol, lamivudina, fenitoína e zidovudina podem descolorir as unhas: **discuta**.
- **Encaminhe** ou **discuta com prioridade** para excluir melanoma (figura acima) se:
 - Mancha escura nova em 1 unha que vem crescendo rapidamente sem trauma prévio
 - Descoloração estende-se às pregas ungueais
 - Faixa na unha que é:
 - $> 4\text{mm}$ de largura
 - Ficando mais escura ou maior
 - Tem bordas mal definidas
 - Unha está danificada.

Autoagressão ou suicídio

Atenda com urgência o paciente que tentou ou considerou autoagressão/suicídio:

O paciente tentou autoagressão ou suicídio?

Não: tem pensamentos ou planos atuais de cometer suicídio/autoagressão?

Sim

Não

História de pensamentos ou plano de autoagressão/suicídio no último mês ou autoagressão/suicídio no último ano?

Sim: está agitado, violento, aflito ou incomunicável?

Não

Sim

Não

Risco de autoagressão ou suicídio é alto

Risco de autoagressão ou suicídio é baixo
Maneje como abaixo.

Sim

- Primeiro avalie e maneje vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência [13](#).
- Se overdose de opióide (codeína/morfina) e frequência respiratória < 10 ou exposição ao monóxido de carbono.
- Aplique oxigênio via cânula nasal (1-2L/min) e, se disponível, aplique naloxona (naloxona: orange) 0,4mg EV. Repita cada 2-3 minutos, aumente em 0,4mg cada vez até FR >12, máximo de 10mg.
- Se overdose/envenenamento, contate o Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001).

- Remova meios de autoagressão (armas, facas, medicamentos).
- Se agressivo/violento, garanta segurança: avalie acompanhado de outro profissional, use segurança/polícia, se necessário. Faça sedação somente se necessário [69](#).
- Se tentou autoagressão/suicídio, encaminhe com urgência para emergência clínica. Enquanto aguarda, monitore de perto, evite deixar paciente sozinho.
- Se não tentou autoagressão/suicídio mas risco é alto, discuta para considerar opções de manejo.

Avalie o paciente cujo risco de autoagressão ou suicídio é baixo:

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|-------------------------|----------------|--|
| Depressão | Toda consulta | No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um 109 . |
| Uso de álcool/drogas | Toda consulta | No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ¹ /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um 107 . |
| Outro transtorno mental | Toda consulta | Se alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, discuta com psiquiatra no mesmo dia. |
| Estressores | Toda consulta | • Avalie e maneje o estresse 71 . • Ajude identificar estressores psicossociais. Pergunte sobre traumas, violência sexual 72 , problemas familiares/relacionamento, dificuldades financeiras, luto, doenças crônicas. |
| Condições crônicas | Toda consulta | • Se dor crônica, avalie e maneje dor 49 e condição de base. • Se paciente tem uma doença terminal, considere oferecer também cuidados paliativos 128 . |

Aconselhe o paciente cujo risco de autoagressão ou suicídio é baixo

- Discuta com paciente razões de se manter vivo. Incentive cuidadores a monitorarem paciente enquanto risco persistir e retornar se qualquer preocupação.
- Aconselhe restringir acesso a meios de autoagressão (substâncias tóxicas, medicamentos, armas) enquanto risco persistir.
- Sugira procurar apoio de parentes/amigos e ofereça encaminhamento para profissional de saúde mental e recursos de apoio.

- Libere sob cuidados de familiares, se possível. Reavalie o paciente pelo menos semanalmente por 2 meses. Se o risco de autoagressão/suicídio é baixo, então reavalie mensalmente.
- Se tentativas de suicídio ou pensamentos de autoagressão/suicídio recorrentes, reavalie o risco de suicídio conforme acima e considere **encaminhamento** para o profissional de saúde mental.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

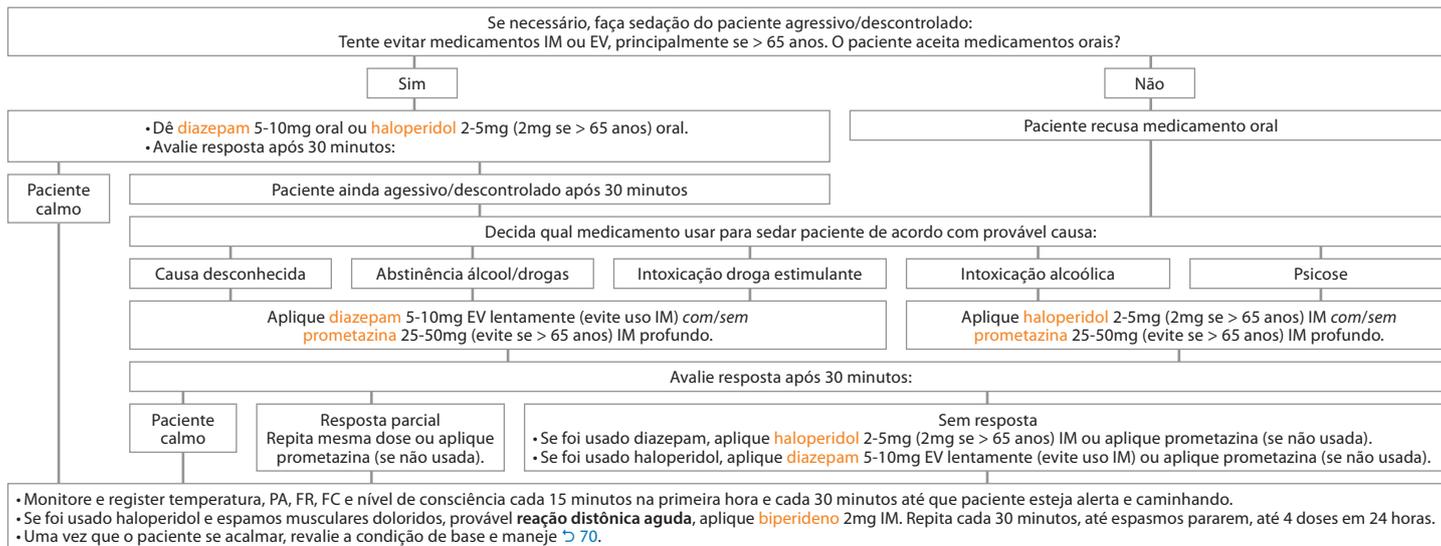
Paciente agressivo/descontrolado

Atenda com urgência o paciente agressivo/descontrolado com um ou mais dos seguintes:

- Comportamento raivoso
- Discurso alto e agressivo
- Comportamento desafiador, insultante ou provocativo
- Frequentemente mudando a posição do corpo, ritmo
- Postura tensa, apertando braços/punhos firmemente
- Ato agressivo, socando paredes, jogando objetos, batendo

Maneje:

- Garanta segurança sua/paciente/outros: peça que segurança esteja presente, chame polícia se necessário. Eles devem desarmar o paciente se ele(a) estiver armado. Avalie em sala segura acompanhado de outro profissional. Assegure-se de que a saída não esteja bloqueada.
- Tente acalmar o paciente verbalmente:
 - Evite contato visual direto, movimentos bruscos ou abordar o paciente por trás. Fique pelo menos dois braços de distância do paciente.
 - Use um tom honesto, não ameaçador. Evite argumentar, mandá-lo(a) acalmar-se ou pedir para ele(a) se calar. Faça um gesto amigável oferecendo algo para ele(a) beber ou comer.
 - Escute o paciente, identifique seus sentimentos e desejos e ofereça escolhas. Tome todas as ameaças a sério.
- Contenha e/ou faça sedação somente se absolutamente necessário: dano à si/outros, interrupção importante de um tratamento, dano ao ambiente, tentativas verbais de acalmar falharem.
 - Se possível, antes da sedação: avalie e maneje possíveis causas de pensamentos ou comportamentos atípicos > 70.
- Considere internação involuntária se sinais de transtorno mental e recusa tratamento ou internação e perigo para si/outros, própria reputação/interesses financeiros: discuta com psiquiatra no mesmo dia.



Discuta no mesmo dia com psiquiatra para considerar internação do paciente agressivo com transtorno mental.

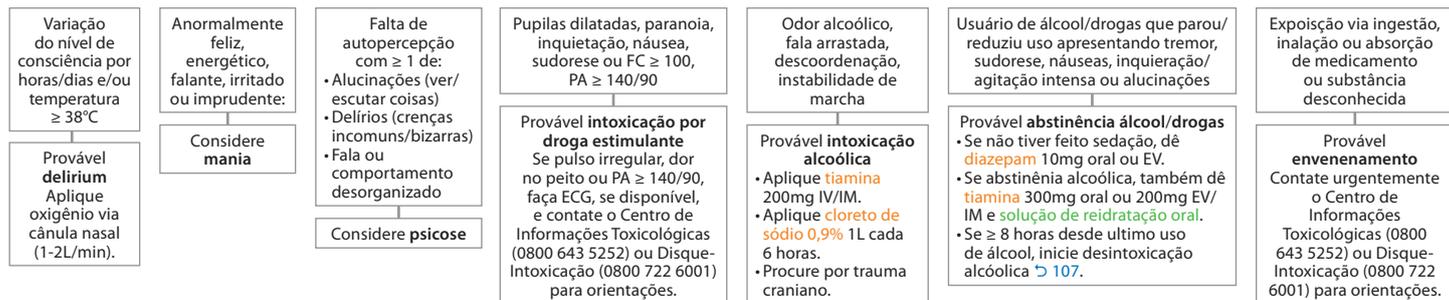
Pensamentos ou comportamentos atípicos

Atenda com urgência o paciente com pensamentos ou comportamentos atípicos com um ou mais dos seguintes:

- Início súbito de pensamentos ou comportamentos atípicos
- Início recente de pensamentos ou comportamentos atípicos

Maneje:

- Se agressivo/descontrolado, avalie e maneje [▷ 69](#). Faça sedação somente se absolutamente necessário.
- Se início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou **AIT** [→103](#).
- Acabou de ter uma convulsão [→15](#).
- Se falta de ar ou frequência respiratória > 30 e SaO₂ < 90% ou oxímetro não disponível, aplique oxigênio via cânula nasal (1-2L/min).
- Se glicemia < 70mg/dL ou incapaz de medir, dê **glicose oral**. Se incapaz de ingerir, aplique **glicose 50%** 25mL EV em 1-3 minutos. **Repita** se glicemia ainda < 70mg/dL após 15min. Continue **glicose 5%** 1L EV a cada 6 horas. Se suspeita de alcoolismo/malnutrição também aplique **tiamina** 200mg EV. Se glicemia > 200mg/dL [→95](#).
- Se sede, boca seca, turgor da pele diminuído, olhos afundados, débito urinário diminuído: dê **solução de reidratação oral**. Se incapaz de ingerir ou PA < 90/60: aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar.
- Se pensamento ou comportamento suicida [▷ 68](#).
- Considere internação involuntária se sinais de transtorno mental e recusa tratamento ou intenação e perigo para si/outros, própria reputação/interesses financeiros: discuta com psiquiatra no mesmo dia.
- Procure por sinais de delírium, mania, psicose, intoxicação, abstinência ou envenenamento e maneje antes de encaminhar:



Encaminhe com urgência para emergência clínica a não ser que:

- Paciente com esquizofrenia conhecida que de maneira geral está bem: ofereça cuidados de rotina para esquizofrenia [112](#).
- Paciente diabético e hipoglicemia, que não usa glibenclamida ou insulina: se sintomas resolverem com glicose oral/EV, não necessita encaminhar, ofereça cuidados de rotina para diabetes [▷ 96](#).
- Paciente com alcoolismo conhecido que de maneira geral está bem: se sintomas resolverem uma vez que paciente ficou sóbrio, não necessita encaminhar [▷ 107](#).

Abordagem do paciente com pensamentos ou comportamentos atípicos que não necessita de atenção urgente

- Se por ao menos 6 meses ≥ 1 de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menos capaz para atividade diária/laboral/social: considere **demência** [→114](#)
- Se diagnóstico incerto: **discuta** ou **encaminhe** para investigações adicionais.

Paciente estressado ou triste

Atenda com urgência o paciente estressado ou triste com:
 • Pensamentos ou comportamento suicida ↪ 68.

| Avalie o paciente estressado ou triste | |
|--|---|
| Avalie | Observações |
| Ansiedade | • Preocupação excessiva com comprometimento de funções/angústia por pelo menos 6 meses e ≥ 3 de: tensão muscular, dificuldades para dormir, baixa concentração, cansaço, inquietação, irritação: considere transtorno de ansiedade generalizada ↪ 110. • Se causada por situação/objeto específico (fobia) ou medo súbito repetitivo com sintoma físico e sem causa aparente (pânico) ou seguido de evento traumático, discuta/encaminhe . |
| Depressão | No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 109 |
| Uso álcool/drogas | No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 107. |
| Demência | Se por ao menos 6 meses ≥ 1 de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menos capaz para atividade diária/laboral/social: considere demência ↪ 114. |
| Trauma/abuso | • Se evento traumático com ≥ 3 dos seguintes por > 1 mês: 1) Pesadelos ou pensamentos/flashbacks involuntários 2) Evita certas situações/pessoas 3) Constantemente defensivo, vigilante ou assustado 4) Entorpecido ou separado das pessoas, atividades ou lugares: considere transtorno de estresse pós-traumático , discuta . • Se violência sexual ↪ 72. |
| Estressores | • Ajude identificar estressores psicossociais. Pergunte sobre problemas familiares/relacionamento, dificuldades financeiras, luto, doenças crônicas. • Se paciente tem uma doença terminal, considere oferecer também cuidados paliativos ↪ 128. • Pergunte sobre solidão em idosos e, se disponível, encaminhe para grupos/clubes/associações para idosos. |
| Saúde da mulher | • Se parto recente, ofereça cuidados de puerpério ↪ 125. • Se > 40 anos pergunte sobre sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir e problemas sexuais ↪ 127. |
| Medicamento | Revise medicamentos: corticoides, propranolol, metoclopramida teofila, pílula combinada e efavirenz. Considere contraceptivos alternativos se necessário ↪ 119. |

Aconselhe o paciente estressado ou triste

• Incentive a questionar pensamentos negativos e ser realista se pensa no pior, generaliza, exagera o problema, se culpabiliza, leva as coisas para o pessoal. Ajude escolher estratégias:

Durma o suficiente

Se dificuldades para dormir ↪ 73.



Incentive o paciente a tirar um tempo para relaxar:

Passar tempo com amigos/familiares que o apoiem.



Ache uma atividade criativa ou divertida para fazer.



Faça um exercício de relaxamento e de respiração todo dia.



Seja ativo

Exercícios regulares podem ajudar.

Acesse suporte

Vincule paciente a um grupo de suporte e/ou recurso de apoio.



- Se estressores identificados, discuta possíveis soluções. Comunique-se efetivamente ↪ 130. Encaminhe para psicologia ou serviço social, se necessário.
- Ajude a lidar com situações de perda/luto/doença incurável e reconheça reações: negação, confusão, choque, tristeza, barganha, saúde, humilhação, desespero, culpa e aceitação.
 - Permita compartilhar tristeza e falar sobre memórias, sentidos da vida ou crenças religiosas.
 - Identifique problemas/preocupações e quem pode dar suporte prático antes e depois que o paciente morrer. Vincule o paciente e/ou familiares a um conselheiro espiritual se apropriado.

Ofereça para rever o paciente em 1 mês. Se não melhorar, discuta.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATORIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Violência sexual

Atenda com urgência paciente em situação de violência sexual:

- Ferimentos necessitando de atenção urgente [↪ 14](#).
- Se ≤ 72 horas desde violência sexual: notifique e encaminhe para serviço de referência¹ (faça contato prévio/carta de referência). Evite exame físico que comprometa coleta de evidência criminal.
- Se > 72 horas desde violência sexual:
 - Notifique e siga procedimentos de proteção social/legal (veja protocolos locais).
 - Ofereça encaminhamento para serviço de referência (faça contato prévio/carta de referência) e maneje como abaixo.

Previna hepatite B e tétano

- Verifique status vacinal de HBV: se vacinação incompleta/desconhecida, prescreva **vacina contra HBV**.
- Se ≤ 14 dias desde violência sexual, também encaminhe para imunoglobulina contra hepatite B.
- Verifique status vacinal de tétano: se vacinação incompleta ou desconhecida ou última dose > 5 anos, prescreva **vacina dT**.

Previna ISTs

- Prescreva **ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g oral em dose única**.
- Se corrimento vaginal com odor fétido ou teste KOH positivo, também prescreva **metronidazol² 2g dose única**.

Previna gravidez

- Faça teste de gravidez. Se gestante [↪ 121](#).
- Se não está grávida, não usando contracepção confiável e ≤ 5 dias desde estupro, ofereça concepção de emergência:
 - Prescreva **levonorgestrel 1,5mg dose única**. Se vomitar < 2 horas após tomada, repita dose e prescreva 30 minutos antes **metoclopramida 10mg oral ou EV** ou
 - Ofereça ao invés **DIU de cobre** (garanta que paciente receba tratamento para prevenir ISTs como no quadro ao lado) [↪ 119](#).

Avalie paciente em situação de violência sexual ocorrida em > 72 horas ou em ≤ de 72 horas que recusa ir ao serviço de referência

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|-----------------------|---|--|
| Sintomas | Toda consulta | Maneje sintomas conforme página do sintoma. |
| Planejamento familiar | Toda consulta | Avalie necessidade de contracepção ↪ 119 . Se gestante ↪ 121 . |
| Saúde mental | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Avalie e maneje o estresse ↪ 71. • No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 109 • No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses³/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 107. • Se ≥ 3 dos seguintes por > 1 mês: 1) Pesadelos ou pensamentos/flashbacks involuntários 2) Evita certas situações/pessoas 3) Constantemente defensivo, vigilante ou assustado 4) Entorpecido ou separado das pessoas, atividades ou lugares: considere transtorno de estresse pós-traumático, discuta. |
| HIV | 1ª visita. Se negativo, repita 4 semanas, 3 meses | Teste para HIV ↪ 81 . Se em uso de PEP para HIV ↪ 75 . |
| Sífilis | 1ª visita. Se negativo, repita 4 semanas, 3 meses | Teste para sífilis ↪ 44 . |
| Hepatite B | 1ª visita. Se negativo, repita 6 meses | Se tem registro de anti-HBs ≥ 10 UI/mL, considere imune. Se não, teste para HBV ↪ 85 e repita em 6 meses. |
| Hepatite C | 1ª visita. Se negativo, repita 3 e 6 meses | Teste para hepatite C ↪ 88 . |

Aconselhe paciente em situação de violência sexual ocorrida em > 72 horas ou em ≤ de 72 horas que recusa ir ao serviço de referência

- Converse com paciente em local reservado. Registre claramente a história nas palavras do paciente. Inclua a natureza da agressão e a identidade do autor da agressão.
- Ajude paciente identificar pessoas/recursos para apoio. Considere encaminhar para psicologia, serviço social, recurso de apoio.
- Incentive paciente a denunciar caso à polícia. Respeite decisão do(a) paciente se decidir não denunciar (veja protocolos locais e considere denúncia se crime de denúncia obrigatória).
- Oriente paciente a usar preservativos por 3 meses e parar amamentação até resultados dos exames forem confirmados.

- **Reavalie paciente em situação de violência sexual em 3 dias, 6 semanas, 3 e 6 meses.**

- Tenha e atualize *lista das pessoas em situação de violência sexual*, verifique adesão/assiduidade. **Mantenha todas as informações confidenciais.**

¹Se ≤ 72 horas desde violência sexual e paciente recusa ir ao serviço de referência, também previna HIV [↪ 74](#). ²Evitar álcool até 24 horas após metronidazol via oral. ³Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

CONTEÚDOS:
SINTOMASCONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICASDOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Dificuldade para dormir

Avalie o paciente com dificuldade para dormir

- Confirme que o paciente realmente não dorme o suficiente. Adultos necessitam em média de 6–8 horas de sono por noite. Isso diminui com a idade.
- Determine o tipo de dificuldade para dormir: acorda muito cedo ou com frequência, dificuldade em iniciar o sono, sono insuficiente.

Exclua problemas médicos

- Pergunte sobre dor, falta de ar, problemas urinários. Veja as páginas de sintomas relevantes. Se paciente tem uma doença crônica, ofereça cuidados de rotina.
- Se paciente tem algum dos seguintes: FC \geq 100, aumento de apetite com perda de peso, intolerância ao calor ou aumento tireoideano, solicite **TSH** e **interprete**.
- Se roncos persistentes [↪ 27](#). Se pernas inquietas, **discuta** para avaliação.

Revise medicamentos

- Descongestionantes, salbutamol, teoflina, fluoxetina, efavirenz podem causar dificuldades para dormir.
- Assegure o paciente que dificuldade para dormir pelo efavirenz é normalmente auto-limitada e se resolve em 4 semanas de TARV. Se TARV > 4 semanas, **discuta**.

Avalie uso de álcool/drogas

- No último ano: 1) bebeu \geq 4 doses¹/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abuso de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um [↪ 107](#).

Faça avaliação de saúde mental

- Avalie e maneje o estresse [↪ 71](#)
- Se evento traumático com \geq 3 dos seguintes por > 1 mês: 1) Pesadelos ou pensamentos/flashbacks involuntários 2) Evita certas situações/pessoas 3) Constantemente defensivo, vigilante ou assustado 4) Entorpecido ou separado das pessoas, atividades ou lugares: considere transtorno de estresse pós-traumático, **discuta**.
- No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um [↪ 109](#).
- Se pensamentos ou comportamentos atípicos [↪ 70](#).
- Se por ao menos 6 meses \geq 1 de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menos capaz para atividade diária/laboral/social: considere demência [↪ 114](#).

Pergunte sobre sintomas de menopausa

- Se mulher > 40 anos pergunte sobre sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir e problemas sexuais [↪ 127](#).

Aconselhe o paciente com dificuldade para dormir

- Incentive o paciente a adotar hábitos de higiene do sono. Esses frequentemente ajudam a resolver a insônia sem o uso de sedativos.
 - Faça exercícios regularmente (mas não antes de dormir).
 - Evite cafeína (café, chá), álcool e cigarro algumas horas antes de dormir.
 - Evite cochilos durante o dia, mas se cansado, cochile por não mais do que 30 minutos.
- Incentive a ter uma rotina: tente acordar no mesmo horário todos os dias (mesmo se cansado) e vá para a cama no mesmo horário todas as noites.
 - Deite/relaxe antes de ir para a cama.
 - Use a cama apenas para dormir ou para o sexo. Passe apenas 6-8 horas por noite na cama.
 - Uma vez na cama, não fique olhando o relógio. Se não dormir após 20 minutos, faça alguma atividade de baixa energia (leia um livro, caminhe pela casa). Uma vez cansado, retorne para a cama.
 - Mantenha um diário do sono, revise a cada consulta.
- Evite medicamentos para dormir: podem causar dependência e efeitos adversos (sonolência diurna, tontura, confusão, problemas de memória, maior risco de quedas e acidentes de carro).
- Reavalie o paciente regularmente. Uma boa relação entre a equipe e o paciente pode ajudar.

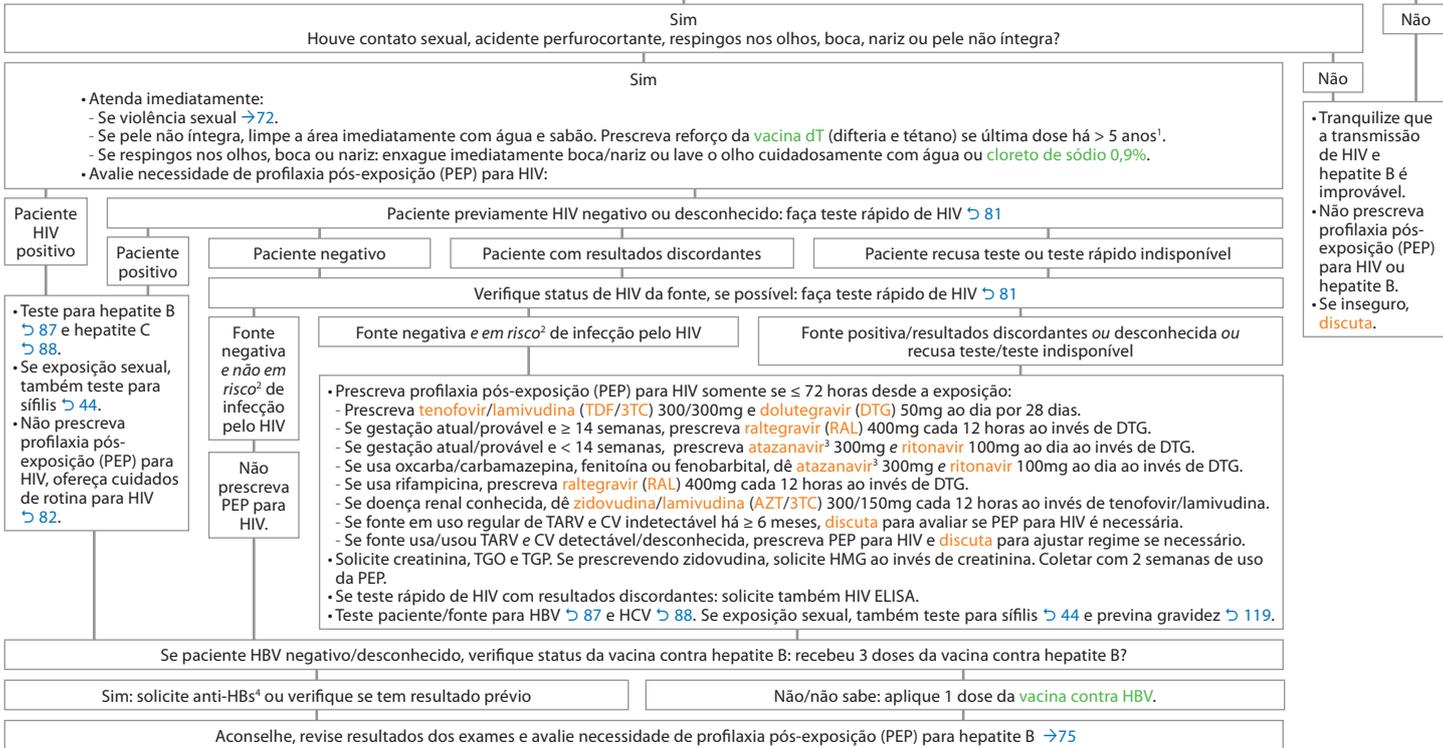
Discuta se problemas com atividades diárias, sonolência diurna, irritabilidade, ansiedade ou dor de cabeça, sem melhoras com 1 mês de higiene do sono.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Exposição a fluidos infecciosos: profilaxia pós-exposição

Atenda com urgência o paciente exposto a fluidos infecciosos:

Paciente tem um ou mais dos seguintes: exposição à secreção vaginal/sêmen, sangue, fluido/técidos com sangue, fluido pleural/pericárdico/peritoneal/amniótico/sinovial/cérebro-espinhal, leite materno ou mordida humana (com presença de sangue na saliva) que rompe pele?



¹Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/encaminhe para soro/imunoglobulina antitetânica. ²Sexo desprotegido no último mês. ³Se prescrevendo atazanavir e em uso de omeprazol, pare omeprazol. Se em uso de ranitidina, oriente tomar > 12 horas após atazanavir. ⁴Se resultado prévio de anti-HBs não disponível e fonte com hepatite B aguda, não aguarde resultado de anti-HBs e encaminhe para receber IGHAB (imunoglobulina anti-hepatite B) imediatamente.

Reavalie o paciente em profilaxia pós-exposição

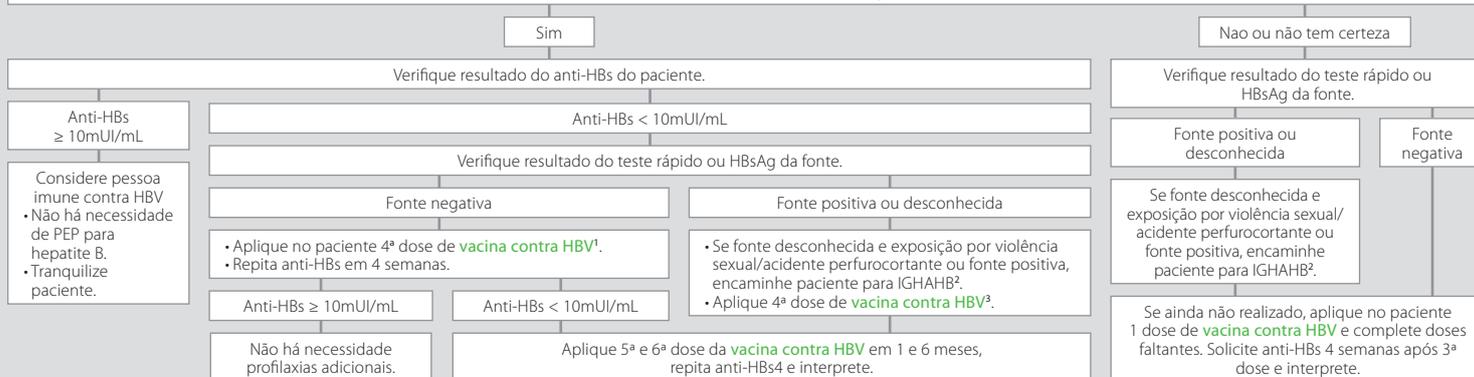
Aconselhe e reavalie o paciente em 2 semanas, 4 semanas, 3 meses e 6 meses

- Verifique adesão e oriente/pergunte sobre efeitos adversos da PEP para HIV ↪ 86. Aconselhe o paciente a relatar os efeitos adversos prontamente se ocorrerem.
- Aconselhe usar preservativos por 3 meses e parar aleitamento materno até resultados confirmados. Se nova exposição de risco nos últimos 2 dias para completar uso de PEP (> 26º dia), **discuta** e mantenha PEP por 48 horas após última exposição. Se uso recorrente de PEP, considere encaminhar para PrEP.
- Se violência sexual ↪ 72.
- Avalie resultados dos testes rápidos e exames laboratoriais de acordo com a tabela abaixo:

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| HIV | Se negativo: 4 semanas, 3 meses | Teste para HIV ↪ 81. Se positivo, ofereça cuidados de rotina do e, se ainda em PEP, não pare PEP e encaminhe ↪ 82. |
| Hepatite B | Se negativo: 6 meses, se necessário | <ul style="list-style-type: none"> • Se fonte desconhecida/positiva ou paciente tem anti-HBs < 10mUI/mL, teste para hepatite B ↪ 87 em 6 meses. • Se negativo, maneje como abaixo. Se positivo, discuta/encaminhe e, se ainda em PEP, não pare TDF/3TC. |
| Hepatite C | Se negativo: 3 e 6 meses | Teste para Hepatite C ↪ 88. Se já teve HCV (anti-HCV prévio reagente), discuta e considere solicitar RNA-HCV. |
| Sífilis (se exposição sexual) | Se negativo: 4 semanas, 3 meses | Teste para sífilis ↪ 44. |
| Creatinina (TFGe) | Se tenofovir: 2 semanas | Se TFGe < 50mL/min: pare tenofovir/lamivudina, prescreva ao invés zidovudina/lamivudina 300/150mg a cada 12 horas e solicite HMG . |
| TGO, TGP | 2 semanas | Se TGO ou TGP ≥ 3x LSN, discuta . Se TGO ou TGP ≥ 5x LSN, pare a PEP para HIV e discuta . |
| HMG | Se zidovudina: 2 semanas | Se Hb < 7g/dL ou neutrófilos < 750cél/mm ³ , discuta . |
| Resultados da fonte (se realizados) | - | Interprete resultados do teste de hepatite B ↪ 87, hepatite C ↪ 88 e sífilis ↪ 44. |

Avalie necessidade de PEP para hepatite B no paciente que tem teste rápido/HBsAg não reagente

Paciente recebeu 3 doses da vacina contra hepatite B?



¹Se paciente já completou previamente 2 ciclos de vacinas contra HBV (6 doses), omite novas doses e considere susceptível ao HBV (não responderdor). ²IGHAHB (imunoglobulina humana anti-hepatite B): aplicar até 7 dias após exposição percutânea e até 14 dias após exposição sexual. ³Se paciente completou previamente 2 ciclos de vacinas contra HBV (6 doses no total), omite a vacina e encaminhe para 2ª dose de IGHAHB em 4 semanas. ⁴Colete 4 semanas após: 6ª dose da vacina contra HBV ou 6 meses após IGHAHB.

Tuberculose (TB): diagnóstico

Investigue TB no paciente com tosse ≥ 3 semanas ou qualquer um dos seguintes sinais/sintomas: perda de peso, sudorese noturna, febre ≥ 2 semanas, dor no peito ao respirar, escarro sanguinolento.

Atenda com urgência o paciente com suspeita de TB e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

- Frequência respiratória > 30
- Falta de ar em repouso ou ao falar
- Confusão ou agitação
- Tosse com sangue vivo

Maneje:

- Sente o paciente. Aplique oxigênio via cânula nasal (1-2 litros/minuto).
- Colete 1 amostra de escarro para diagnóstico de TB. Monitore resultado.
- Encaminhe no mesmo dia.

Inicie o procedimento para diagnóstico de TB

- Teste para HIV \rightarrow 81.
- Colete e envie 2 amostras de escarro para diagnóstico de TB, uma desta consulta e uma do início da manhã do dia seguinte (laboratório realiza TRM-TB - Xpert MTF/RIF Ultra¹ e, se HIV positivo ou MTB detectado, também cultura e TS²; se paciente já teve/tratou TB, laboratório realiza TRM-TB¹ e também baciloscopia, cultura e TS em todos os casos; se material insuficiente, laboratório realiza somente baciloscopia, cultura e TS²), anote na solicitação status do HIV (para uso do laboratório) e se paciente já tratou TB no passado (retratamento). Se o paciente não conseguir escarrar, induza com nebulização de solução **salina hipertônica** a 3%³ por 15 minutos. Agende retorno após 2 dias para verificar resultado.
- Solicite rx de tórax.

MTB (*Mycobacterium tuberculosis*) detectado⁴

Diagnostique TB

- Registre, notifique e preencha ficha de investigação.
- Afaste do trabalho/escola inicialmente por 2 semanas (até melhora clínica ou baciloscopia negativa)

Resistência à rifampicina

Diagnostique TB resistente

- Colete e envie 1 nova amostra de escarro para TRM-TB¹ para confirmar resistência à rifampicina: se resultados divergentes, **discuta**.
- Notifique, **discuta** e encaminhe com prioridade para iniciar tratamento em até 7 dias.
- Verifique resultado da cultura e TS² quando disponível.

Sensibilidade à rifampicina ou não realizada (TRM-TB² não realizado por material insuficiente ou diagnóstico somente pela baciloscopia)

Diagnostique TB sensível

- Verifique resultado da cultura e TS² quando disponível.
- Notifique, ofereça cuidados de rotina e inicie tratamento para TB no mesmo dia \rightarrow 78.

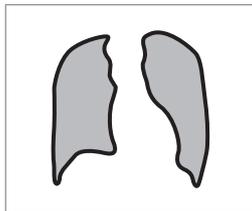
MTB (*Mycobacterium tuberculosis*) não detectado⁴

- Se febre ou tosse com escarro: prescreva **amoxicilina**⁵ 500mg a cada 8 horas por 7 dias ou, se alergia à penicilina, **azitromicina** 500mg ao dia por 3 dias.
- Teste para HIV \rightarrow 81, se ainda não tiver feito.

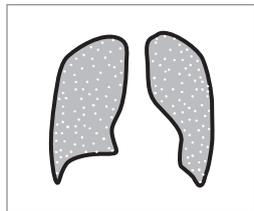
- Se não realizou TRM-TB¹ por material insuficiente e resultado somente pela baciloscopia: **discuta**, considere coletar/enviar 2 novas amostras para TRM-TB¹ e **interprete** resultado.
- Se realizou TRM-TB¹ e:
 - HIV positivo: laboratório já realiza cultura e TS², verifique resultado quando disponível.
 - HIV negativo e mantém sintomas: **discuta** e colete/envie nova 2 novas amostras para cultura e TS² (investigação de micobacteriose não tuberculosa, especifique motivo na solicitação).
 - HIV negativo e melhora dos sintomas: TB improvável, **discuta**.
- Verifique resultado do rx de tórax e, se solicitado, da cultura e TS²:

¹Teste rápido molecular para tuberculose e avaliação de resistência à rifampicina. ²Teste de Sensibilidade a drogas contra a tuberculose. ³Adicione 0,5mL de cloreto de sódio 20% a 5mL de cloreto de sódio 0,9%. ⁴Se TRM-TB - Xpert MTF/RIF Ultra com resultado 'MTB detectado traços' e paciente HIV positivo, considere como resultado positivo para MTB, diagnostique TB, revise resultado da cultura e TS assim que disponível. Se paciente HIV negativo, **discuta**, colete/envie 2 novas amostras de escarro para diagnóstico de TB e **interprete** resultado. ⁵Se > 65 anos, uso de antibiótico nos últimos 3 meses, alcoolismo, HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer: prescreva **amoxicilina/clavulanato** 500/125mg 1g cada 8 horas por 5 dias e **azitromicina** 500mg ao dia por 3 dias. Se alergia à penicilina: **discuta** alternativas; ou prescreva, se disponível, ao inves **levofloxacina** 750mg ao dia por 5-7 dias.

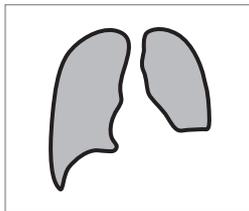
Interprete o rx de tórax.



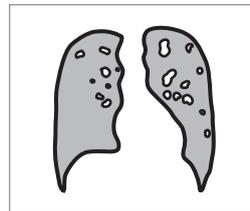
Linfadenopatia
Intratorácica



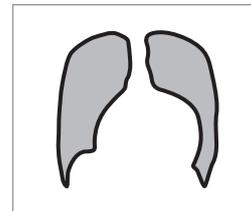
TB Miliar



Derrame pleural
Confirme com **punção**:
encaminhe no mesmo dia



Qualquer opacificação/ões
pulmonar/es em
paciente com HIV



Derrame pericárdico:
encaminhe no mesmo dia.

Rx de tórax como acima

Diagnostiche TB no rx de tórax
Notifique, ofereça cuidados de rotina e
inicie tratamento para TB no
mesmo dia →78.

Rx de tórax normal ou diferente do acima ou incerto

- **Investigue** TB extra-pulmonar. Se diagnosticada, ofereça cuidados de rotina para TB → 78:
 - Se dor abdominal, distensão ou diarreia, considere solicitar um **USG abdominal** e/ou **discuta**.
 - Se dor de cabeça, **discuta**.
 - Se vômitos, irritabilidade ou confusão, encaminhe com urgência.
 - Se linfonodo ≥ 2cm, **aspire** para TB e citologia → 19 ou **discuta**.
- **Investigue** outras causas de tosse, especialmente pneumocistose (PPC) no paciente com HIV → 31.

Revise o resultado da cultura de escarro

Cultura positiva (*Mycobacterium tuberculosis* confirmado)

Sensibilidade aos fármacos

Diagnostiche TB sensível
Notifique, ofereça cuidados de rotina e inicie
tratamento para TB no mesmo dia →78.

Resistência ao(s) fármaco(s)

Diagnostiche TB resistente
Notifique, **discuta** e encaminhe com
prioridade para iniciar tratamento
em até 7 dias.

Cultura negativa ou pendente ou não realizada ou
positiva para micobacteriose não tuberculosa (MNT)

- Se cultura negativa ou pendente ou não realizada:
 - Se sintomas persistirem, **discuta**.
 - Se sintomas resolverem, oriente paciente retornar se os sintomas ressurgirem.
- Se cultura positiva para MNT, **discuta** e encaminhe com prioridade.

*Teste de Sensibilidade a drogas contra a tuberculose.

TB Sensível (TB-S): cuidados de rotina

Avalie o paciente com TB-S no diagnóstico, após 2 semanas e depois mensalmente por todo o tratamento

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|---|---|--|
| Sintomas | Todas as consultas | <ul style="list-style-type: none"> • Se frequência respiratória > 30, falta de ar ao repouso ou enquanto fala ou confusão/agitação, atenda com urgência ↪ 31. • Espere melhora gradual durante o tratamento para TB. Se os sintomas piorarem ou não melhorarem: discuta. |
| Contatos domiciliares e do trabalho/escola (se contato já tratou TB ou ILTB, não solicite PPD ou trate ILTB: discuta para considerar quando tratar novamente, especialmente se HIV positivo) | No diagnóstico e se sintomático | <ul style="list-style-type: none"> • Se contatos sintomáticos: investigue TB ↪ 76. • Se contatos assintomáticos: solicite PPD¹. Se < 10 anos de idade, solicite também rx de tórax. Se recém-nascido, discuta. - Se PPD ≥ 5mm: solicite/revise rx de tórax e interprete ↪ 77 para excluir TB ativa. Se sem TB, prescreva isoniazida² 300mg (ajuste dose se criança) ao dia³ 180 doses entre 6-9 meses. Reavalie paciente mensalmente. - Se PPD < 5mm: repita PPD em 8 semanas. Se incremento ≥ 10mm em relação à anterior, solicite rx de tórax e interprete ↪ 77 para excluir TB ativa. Se sem TB, prescreva isoniazida² 300mg ao dia³ 180 doses entre 6-9 meses. Reavalie paciente mensalmente. • Teste todos os contatos para HIV ↪ 81. Se contato assintomático com HIV, discuta e considere tratar independente de PPD ↪ 84. • Se gestante, postergue tratamento da ILTB após parto. • Se interrompeu > 3 meses, solicite rx de tórax e interprete ↪ 77 para excluir TB ativa: reinicie tratamento do início. |
| Planejamento familiar | Todas as consultas | Avalie necessidade de contracepção, evite gravidez no tratamento ↪ 119 . Evite contraceptivo injetável combinado ou oral. |
| Adesão | Todas as consultas | Verifique adesão ao tratamento de TB e assiduidade nas consultas. Maneje paciente que interrompe o tratamento para TB ↪ 80 . |
| Efeitos adversos | Todas as consultas | Pergunte sobre efeitos adversos do tratamento ↪ 79 . |
| Uso de álcool/drogas | No diagnóstico; se má adesão | No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ⁴ /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 107 . |
| Peso e IMC | Todas as consultas | Se IMC < 18,5: discuta . Espere aumento de peso ao tratar, ajuste dose ↪ 79 . Se perda de peso: verifique adesão, resultado T55 e discuta. |
| Rx de tórax | No diagnóstico e se necessário | Repita o rx de tórax em 2 meses se diagnosticado com baciloscopia negativa, paciente com piora sintomática ou tosse com sangue. |
| Uma amostra de escarro do início da manhã para baciloscopia ⁵ | Com 4 semanas e mensal | <ul style="list-style-type: none"> • Se baciloscopia negativa com 8 semanas, mude para a fase de manutenção do tratamento. • Se baciloscopia positiva com 8 semanas, maneje conforme o algoritmo para baciloscopia positiva com 8 semanas ↪ 80. |
| Cultura e Teste de Sensibilidade (TS) | No diagnóstico e com 8 semanas se baciloscopia continuar positiva | <ul style="list-style-type: none"> • Se a cultura confirma MTB (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) verifique TS: <ul style="list-style-type: none"> - Se sensibilidade aos fármacos, continue o tratamento. - Se resistência ao(s) fármaco(s), diagnostique TB-R, notifique e encaminhe para tratamento de TB-R. • Se a cultura não confirmar MTB (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>), discuta. |
| Resultado do tratamento | 6 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Se baciloscopias do 4° e 6° mês forem negativas, pare o tratamento, registre e notifique como cura. • Se baciloscopias do 4° ou 6° mês forem positivas, repita a baciloscopia. <ul style="list-style-type: none"> - Se baciloscopia positiva, registre e notifique como falência de tratamento e discuta. - Se baciloscopia negativa, discuta. • Se o paciente é incapaz de produzir escarro (se necessário, induza) ou diagnóstico de TB no rx de tórax, solicite rx de tórax e interprete. |
| Status sorológico para HIV | No diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Teste para HIV ↪ 81. • Se HIV e nunca usou TARV, ofereça cuidados de rotina ↪ 82, decida qual esquema/quando iniciar TARV ↪ 85 e encaminhe com prioridade. • Se HIV em uso de TARV, discuta e encaminhe com prioridade para ajustar esquema de TARV e tratar TB (IPs - ATV, DRV, ritonavir; e DTG interação com rifampicina): se usa DTG e rifampicina, dobre dose de DTG (50mg cada 12 horas); se usa RAL ou EFV, mantenha esquema; se usa IPs, discuta e encaminhe para ajustar esquema de TARV ou TB. |

Aconselhe e trate o paciente com TB [↪ 79](#).

¹Se PPD não disponível, solicite rx de tórax e **interprete** [↪ 77](#) para excluir TB ativa. Se sem TB e paciente com HIV positivo, doença pulmonar, disfunção imune (diabetes mal controlado, doença renal/hepática/autoimune ou câncer) ou ≤ 5 anos de idade: prescreva **isoniazida** 300mg (ajuste dose se criança) ao dia 180 doses entre 6-9 meses. ²Se doença hepática ou contato de TB resistente à isoniazida ou < 10 anos, prescreva ao invés **rifampicina** 600mg (ajuste dose se criança) ao dia 120 doses entre 4-6 meses. Não prescreva rifampicina se usa dolutegravir, atazanavir, darunavir, ritonavir: **discuta**. ³Tomar 1 hora antes ou 2 horas depois do desjejum. ⁴Uma dose é 50mL (um copinho) de destilado, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ⁵Ao solicitar baciloscopia, automaticamente laboratório realiza cultura e teste de sensibilidade a drogas contra TB.

Aconselhe o paciente com TB

- Aconselhe/eduque sobre TB e encaminhe para acompanhamento com o ACS e/ou equipe multiprofissional de apoio, se necessário.
- Dê suporte ao paciente com má adesão e baixa assiduidade. **Eduque sobre a importância da adesão para garantir o sucesso do tratamento e evitar desenvolvimento de resistências.** Se necessário, encaminhe para equipe multiprofissional de apoio. Considere realizar TDO (tratamento diretamente observado). Se tratamento interrompido ↪ 80.
- Eduque o paciente sobre os efeitos adversos do tratamento (descritos abaixo) e que ele(a) os relatem prontamente se ocorrerem.
- Oriente que ele(a) pode retornar ao trabalho em duas semanas se melhora clínica ou logo que a baciloscopia estiver negativa.
- Oriente o paciente que faz uso arriscado de álcool/drogas ou uso indevido de medicamentos a parar. Uso arriscado de álcool/drogas interferem na recuperação e adesão ↪ 107. Estimule o paciente tabagista a parar de fumar ↪ 108. Apoio o paciente para mudança ↪ 133.

Trate o paciente com TB

- Trate o paciente com TB sete dias por semana por 6 meses. Tomar 1 hora antes ou 2 horas depois do desjejum.
 - Prescreva a fase intensiva **RHZE** por 8 semanas.
 - Mude para a fase de manutenção **RH** com 8 semanas para completar os 6 meses de tratamento para TB. Se baciloscopia positiva com 8 semanas, maneje conforme ↪ 80.
- Se TB meningoencefálica, TB vertebral ou coleção purulenta de TB, trate por pelo menos 9 meses, acompanhado pelo especialista.
- Ajuste o tratamento de TB de acordo com o peso e reajuste à medida que o paciente ganha peso. **Se perda de peso: verifique adesão pelo cartão de tratamento da TB, resultado do TS¹ e discuta.**
- Se HIV positivo ou gestante: **discuta** sobre associar **piridoxina** 25mg ao dia até completar tratamento de TB.

| | Fase intensiva: 8 semanas | Fase de manutenção: 4 meses |
|---------|------------------------------|-----------------------------|
| Peso | RHZE (150/75/400/275) | RH (150/75) |
| 20-35kg | 2 comprimidos | 2 comprimidos |
| 36-50kg | 3 comprimidos | 3 comprimidos |
| 51-70kg | 4 comprimidos | 4 comprimidos |
| > 70kg | 5 comprimidos | 5 comprimidos |

R – rifampicina

H – isoniazida

Z – pirazinamida

E – etambutol

Investigue e maneje os efeitos adversos do tratamento da TB-S

| | | |
|---------------------------------|--------------------|---|
| Icterícia e vômitos | Maioria das drogas | Suspenda todas os medicamentos e encaminhe no mesmo dia. |
| Rash cutâneo/prurido | Maioria das drogas | Avalie e maneje ↪ 57. |
| Perda/prejuízo à visão colorida | Etambutol | Suspenda todas os medicamentos e discuta . |

| | | |
|-------------------------|--------------|---|
| Náusea/perda de apetite | Rifampicina | Tomar o tratamento junto com desjejum ou à noite. Prescreva metoclopramida 10mg a cada 8 horas por até 5 dias. |
| Dor articular | Pirazinamida | Prescreva ibuprofeno ² 300mg a cada 8 horas por até 5 dias. |
| Urina avermelhada | Rifampicina | Tranquilize o paciente. |
| Queimação nos pés | Isoniazida | Prescreva piridoxina 75mg ao dia, se disponível. |

Maneje o paciente com coinfeção TB/HIV:

- **Encaminhe com prioridade.**
- Ofereça cuidados de rotina para o HIV ↪ 82.
- Se nunca usou TARV, ofereça cuidados de rotina ↪ 81, decida qual esquema/quando iniciar TARV ↪ 85 e encaminhe com prioridade.
- Se HIV em uso de TARV, **discuta** e encaminhe com prioridade para ajustar esquema de TARV e tratar TB (IPs - ATV, DRV, ritonavir; e DTG interagem com rifampicina): se usa DTG e rifampicina, **dobre** dose de DTG (50mg cada 12 horas); se usa RAL ou EFV, mantenha esquema; se usa IPs, **discuta** e encaminhe para ajustar esquema de TARV ou TB.

Reavale o paciente com TB-S no diagnóstico, após 2 semanas e depois mensalmente por todo o tratamento de TB-S.

¹Teste de Sensibilidade a drogas contra a tuberculose. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

CONTEÚDOS:
SINTOMASCONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICASDOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

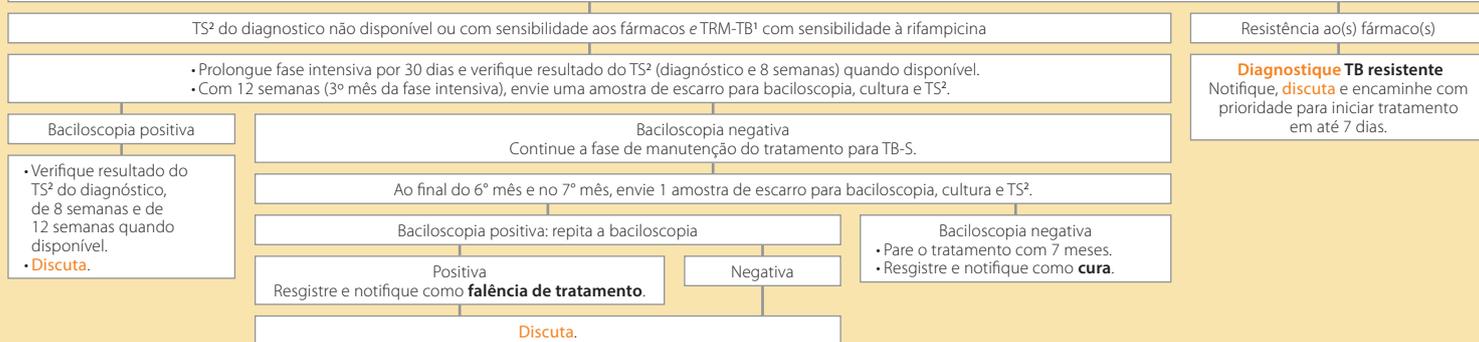
DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

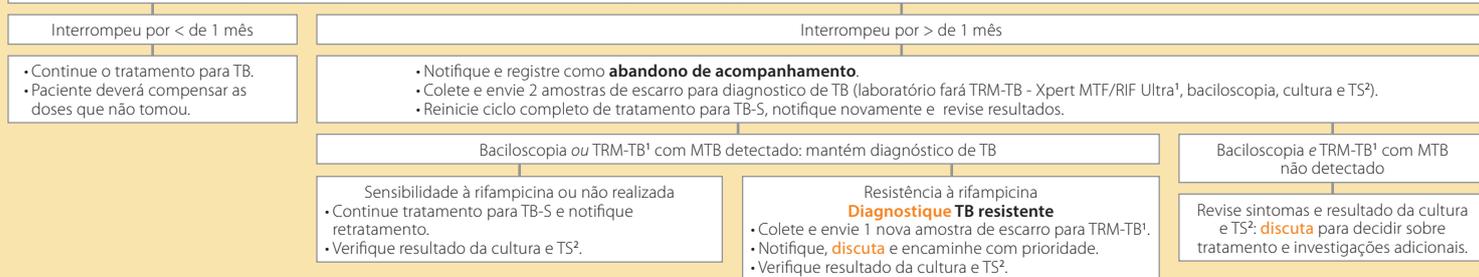
Maneje o paciente com baciloscopia positiva com 8 semanas de tratamento:

- Procure por explicações para o resultado: pergunte sobre adesão, uso de álcool/drogas ↗ 107, estresse ↗ 71 e efeitos adversos. Intensifique o suporte para adesão e eduque o paciente sobre os riscos da má adesão ↗ 79.
- Colete e envie 1 amostra de escarro para TRM-TB¹ para avaliar resistência à rifampicina. Verifique resultado do TS² do diagnóstico e de 8 semanas quando disponível:



Maneje o paciente que interrompeu o tratamento para TB

- Faça busca ativa do paciente e investigue a razão do abandono. Pergunte sobre uso de álcool/drogas ↗ 107, estresse ↗ 71 e efeitos adversos.
- Intensifique o suporte para adesão e eduque o paciente sobre os riscos da má adesão ↗ 79.
- Maneje a interrupção do tratamento de acordo com a duração da interrupção:



¹Teste rápido molecular para tuberculose e avaliação de resistência à rifampicina. ²Teste de Sensibilidade a drogas contra a tuberculose.

HIV: cuidados de rotina

| Avalie o paciente com HIV | | |
|--|----------------------------|--|
| Avalie | Quando avaliar | Observações |
| Sintomas | Toda consulta | Maneje sintomas conforme página do sintoma. Se sintomas de TB ↪ 76 ou sintomas genitais ↪ 38. |
| TB | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> Se tosse ≥ 3 semanas, perda de peso, sudorese noturna ou febre, exclua TB ↪ 76. Se TB e usando TARV, discuta e encaminhe com prioridade para ajustar esquema de TARV e tratar TB (IPs - LPV, ATV, DRV, ritonavir; e DTG interação com rifampicina): se usa DTG e rifampicina, dobro dose de DTG (50mg cada 12 horas); se usa RAL ou EFV, mantenha esquema; se usa IPs, discuta e encaminhe para ajustar esquema de TARV ou TB. |
| Adesão | Toda consulta | Verifique assiduidade nas consultas e histórico de dispensação TARV. Se má adesão/absenteísmo, ofereça apoio para aumentar adesão/assiduidade ↪ 84. |
| Efeitos adversos | Toda consulta | Pergunte sobre efeitos adversos da TARV ↪ 86, do uso de isoniazida para ILTB ↪ 84, do uso de SMZ-TMP ↪ 84 e do uso de azitromicina ↪ 84. |
| Saúde mental | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 109. No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses¹/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 107. Se por ao menos 6 meses ≥ 1 de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menos capaz para atividade diária/laboral/social: considere demência ↪ 114. |
| Saúde sexual | Toda consulta | Pergunte orientação sexual, práticas sexuais de risco (IST ou PEP último ano, nova/múltiplas parcerias, uso irregular preservativo, uso arriscado álcool/drogas ↪ 107) e problemas sexuais ↪ 47. |
| Planejamento familiar | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> Oriente contracepção (verifique interações medicamentosas antes de prescrever²) ↪ 119. Se planeja engravidar nos próximos meses, não pare TARV: se usa dolutegravir discuta/encaminhe para avaliar troca de TARV e prescreva ácido fólico ↪ 10. |
| Transmissão vertical | Se gestante ou amamentando | <ul style="list-style-type: none"> Se gestante e não usa TARV, inicie ↪ 85 e discuta/encaminhe com prioridade (infetologista e alto risco). Se gestante e em TARV, não pare e discuta/encaminhe com prioridade (infetologista e alto risco). Se < 12 semanas e usa dolutegravir: discuta e considere trocar TARV. Suspenda/contraindique amamentação e oriente fórmula. Garanta que bebê está em acompanhamento. |
| Osteoporose | Se ≥ 40 anos | Rastreie cada 3 anos com FRAX® (www.abrasso.org.br/calculadora/calculadora)3, interprete e avalie se necessita densitometria/tratamento. |
| RCV | No diagnóstico | Avalie RCV ↪ 93. Se < 10% com fator de risco para DCV ou 10-20% reavalié após 1 ano, se > 20% reavalié após 6 meses. |
| Peso (IMC) | 1ª consulta, se sintomas | Se IMC < 18,5, encaminhe para nutricionista. Se perda de peso ≥ 5% do peso corporal em 4 semanas ↪ 16. |
| Boca e pele | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> Se lesões orais ↪ 28, discuta/encaminhe dentista. Se lesões em pele, discuta para avaliar diagnóstico diferencial, investigação e tratamento. |
| Rx de tórax | No diagnóstico | Interprete e exclua TB ↪ 76 (se sem suspeita clínica de TB, não precisa aguardar rx de tórax para iniciar TARV). Se TB ativa excluída, avalie indicação de QP para ILTB ↪ 84. Se dúvidas, discuta /encaminhe. |
| Indicação de quimioprofilaxia para infecção latente por TB (QP para ILTB)⁴ | Se necessário | <ul style="list-style-type: none"> Se CD4 > 350cél/mm³ e sem sintomas de TB e nunca teve/tratou TB ou ILTB, solicite PPD: <ul style="list-style-type: none"> - Se ≥ 5mm: PPD é positivo, reavalié rx de tórax recente para excluir TB ativa. Se sem TB, prescreva QP para ILTB ↪ 84. - Se < 5mm: PPD é negativo, repita anualmente. - Se tem PPD prévio positivo documentado e não tratou, prescreva QP para ILTB ↪ 84. - Se é contato de TB, discuta para considerar QP para ILTB independente do resultado do PPD ↪ 84. Se CD4 ≤ 350cél/mm³ e sem TB ativa e nunca teve/tratou TB ou ILTB: reavalié rx de tórax recente para excluir TB ativa. Se sem TB, prescreva QP para ILTB ↪ 84. |
| Genotipagem pré-tratamento | Se necessário | Solicite genotipagem pré-tratamento se nunca usou TARV e um dos seguintes: gestação atual, TB ativa, infecção por parceria em uso atual/prévio de TARV (risco de resistência transmitida) ou paciente com indicação de iniciar TARV com efavirenz. Não aguarde resultado para iniciar TARV. Discuta para interpretar. |
| Citopatológico | Se necessário | Avalie necessidade de fazer rastreio de câncer de colo de útero ↪ 43. |

Continue avaliando o paciente com HIV → 83.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafina) de cerveja. ²Contraceptivos orais podem ser menos efetivos em associação com TARV. Oriente paciente em TARV que escolhe continuar uso de contraceptivos orais a usar preservativos também. ³Não precisa ter densitometria/valor densidade óssea. Seleccione sim para osteoporose secundária (HIV e tratamento são fatores de risco). ⁴Se já tratou TB ou ILTB, não repita/solicite PPD ou trate ILTB. Se for contato de caso bacilífero, **discuta** para avaliar quando tratar.

CONTEÚDOS:
SINTOMASCONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICASDOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Continue avaliando o paciente com HIV

Solicite exames como abaixo:

| No diagnóstico | Iniciando/mudando TARV | Reiniciando TARV | 2 meses | 6 meses | 1 ano | Cada 6 meses | Anualmente |
|---|--|--|---|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Sífilis HbSAg, anti-HBc total, anti-HBs, anti-HCV, anti-HAV IgG CD4, carga viral Creatinina (TFGe), PU TGO, TGP, BT/F, HMG Colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TGC), Glicose | <ul style="list-style-type: none"> Se TDF: creatinina (TFGe), PU Se AZT: HMG Se IPs ou EFV: CT, HDL, TGC | <ul style="list-style-type: none"> CD4, carga viral Se TDF: creatinina (TFGe), PU Se AZT: HMG | <ul style="list-style-type: none"> Carga viral Se TDF: creatinina (TFGe), PU Se AZT: HMG | <ul style="list-style-type: none"> CD4, carga viral TGO, TGP, BT/F HMG Se TDF: creatinina (TFGe), PU CT, HDL, TGC | <ul style="list-style-type: none"> CD4, carga viral TGO, TGP, BT/F HMG Se TDF: creatinina (TFGe), PU | <ul style="list-style-type: none"> Sífilis Carga viral TGO, TGP, BT/F Se AZT: HMG Se TDF: creatinina (TFGe), PU | <ul style="list-style-type: none"> Anti-HCV (se não reagente) CT, HDL, TGC, Glicose HMG |
| AZT - zidovudina | | EFV - efavirenz | | IPs - atazanavir, darunavir, ritonavir | | TDF - tenofovir | |

Revise resultado dos exames de rotina

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|--|--|--|
| Sífilis | No diagnóstico, cada 6 meses | Teste para sífilis → 44. Se positivo: avalie sintomas oculares/neurológicos, se presentes solicite punção lombar ¹ para avaliar neurosífilis. |
| Hepatite A, B e C | No diagnóstico, então se necessário | <ul style="list-style-type: none"> Interprete resultado dos exames para hepatite B → 85 e hepatite C → 86. Se anti-HCV não reagente, repita anual. Se anti-HAV IgG não reagente: prescreva vacina para hepatite A → 84. |
| CD4 | No diagnóstico ou reiniciando após abandono, então dependendo do resultado e condições clínicas do paciente | <ul style="list-style-type: none"> Inicie TARV independente do CD4. Inicie TARV o quanto antes se CD4 ≤ 350 céls/mm³. Se CD4 ≤ 200céls/mm³: <ul style="list-style-type: none"> Repita cada 3 meses até CD4 > 200céls/mm³ por 6 meses (dois resultados consecutivos, com intervalo de 3 meses entre eles). Prescreva SMZ/TMP → 84. Se CD4 < 50céls/mm³, prescreva também azitromicina → 84. Se CD4 > 200céls/mm³: <ul style="list-style-type: none"> Repita cada 6 meses. Se em TARV e carga viral indetectável e 2 resultados consecutivos > 350céls/mm³ e assintomático: não há necessidade de solicitar e repetir CD4. |
| Carga viral (CV) | No diagnóstico ou reiniciando após abandono, com 2 meses e 6 meses, então cada 6 meses Gestante: 1ª consulta pré-natal e ≥ 34 semanas | <ul style="list-style-type: none"> Se CV de 2 meses é maior/igual carga viral basal: verifique/adote adesão → 84 e discuta/encaminhe com prioridade. Se > 6 meses de TARV e CV detectável: diagnostique falha virológica, verifique/adote adesão → 84, não pare/continue TARV e repita CV após 4 semanas: <ul style="list-style-type: none"> Se CV repetida ainda detectável, diagnostique falha virológica confirmada, não pare/continue TARV, discuta/encaminhe com prioridade (para manejo e genotipagem do HIV) Se gestante com CV detectável, discuta e encaminhe com prioridade. Avalie CV ≥ 34 semanas para definir via de parto/profilaxias. |
| Creatinina (TFGe), PU | No diagnóstico e se TDF: reiniciando após abandono, com 2 meses e 6 meses, então cada 6 meses | <ul style="list-style-type: none"> Se TFGe basal < 60mL/min ou proteinúria, não prescreva tenofovir (TDF) e discuta/encaminhe com prioridade para iniciar TARV. Se TFGe em TARV < 60mL/min, caindo ou proteinúria: pare/não prescreva AINES, avalie PA → 98 e discuta/encaminhe com prioridade². Se TFGe ≤ 15% da basal no 2º mês de início do DTG, repita creatinina (TFGe) após 1-2 meses. Se TFGe igual/cair, discuta/encaminhe com prioridade. |
| TGO, TGP, BT/F | No diagnóstico, cada 6 meses Se náuseas/vômitos/dor abdominal ou icterícia | <ul style="list-style-type: none"> Se TGO ou TGP basal/em TARV até 5 vezes LSN: revise status de hepatites, medicamentos, uso de álcool e discuta/encaminhe com prioridade. Se TGO ou TGP em TARV 5-10 vezes LSN, discuta/encaminhe no mesmo dia. Se ≥ 10 vezes LSN, pare TARV e discuta/encaminhe no mesmo dia. Se BT/F basal ou em TARV aumentada: revise hepatites, medicamentos, efeito adverso TARV → 86, uso de álcool e discuta/encaminhe para iniciar ou alterar TARV |
| HMG | No diagnóstico, 6 meses e anual Se AZT: também com 2 meses e cada 6 meses | Se Hb < 10g/dL ou neutrófilos < 1 000céls/mm ³ , evite zidovudina (AZT), discuta /encaminhe com prioridade para iniciar ou alterar TARV. |
| Colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TGC) | No diagnóstico, com 6 meses e anualmente | Use resultado para avaliar o RCV → 93. Se RCV > 20% ou DCV confirmada ³ : <ul style="list-style-type: none"> Maneje o RCV → 94. Se em uso de atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir ou efavirenz, discuta/encaminhe para considerar substituir. Se indicado estatina e usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere atorvastatina ou pravastatina ao invés de sinvastatina. |
| Glicose | No diagnóstico, anualmente | Verifique glicose 95. Se diabetes conhecida → 96. |

Aconselhe e trate o paciente com HIV → 84.

¹Solicite na punção lombar: citologia, proteínas e imunologia para sífilis. ²Se TFGe < 60mL/min, também considere ajustar dose de outros medicamentos, incluindo SMZ/TMP → 84. ³História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou DAP.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATORIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Aconselhe o paciente com HIV

- Ofereça ajuda para revelar status para parceria, amigo ou familiar que apoie. Aconselhe parcerias e filhos do paciente a serem testados para HIV.
- Oriente uso correto/consistente de preservativos com parcerias para prevenir outras ISTs. Demonstre e forneça preservativos e gel lubrificante.
- Explique que o HIV tem tratamento, mas não tem cura e necessita adesão à TARV por toda a vida para prevenir doenças e resistências.
- Explique os benefícios de iniciar a TARV precocemente, independente do CD4, mas especialmente se $CD4 \leq 350$, gestante. **Eduque que se > 6 meses de TARV e CV indetectável e boa adesão, o HIV não é transmitido por via sexual.** Se paciente escolher não iniciar TARV, aconselhe retornar regularmente para cuidados de rotina para o HIV e retornar imediatamente se não se sentir bem.
- **Ofereça apoio para aumentar adesão** para o paciente com baixa adesão/assiduidade ou com carga viral detectável:
 - Eduque paciente e familiares sobre importância da adesão e perigos da resistência. Planeje como tomar o tratamento. Considere ferramentas de adesão (caixa de comprimidos, aplicativos de smartphone).
 - Considere encaminhar para apoio: grupos/equipe multiprofissional de apoio. Oriente, avalie e maneje efeitos adversos ↪ 86.
- Se fuma tabaco ↪ 108. Apoio para mudança ↪ 133.

Trate o paciente com HIV

- Prescreva profilaxias, se necessário: quimioprofilaxia para infecção latente por TB, profilaxia para pneumocistose/toxoplasmose (SMZ/TMP¹) e para *Mycobacterium avium* (azitromicina) - veja abaixo.
- Prescreva imunizações:
 - Prescreva primeiro 1 dose da **vacina pneumocócica 13-v** (se já tomou a 23-v antes, aplicar a 13-v um ano após). Após 2 meses prescreva **vacina pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos).
 - Prescreva **vacina meningocócica C conjugada** (1 dose e então 1 dose cada 5 anos).
 - Se anti-HAV IgG não reagente, prescreva **vacina hepatite A** (2 doses em zero e 6-12 meses). Avalie indicação de **vacina contra HBV** ↪ 87.
 - Se < 26 anos e não vacinado para HPV, prescreva **vacina contra HPV** (3 doses em zero, 2 e 6 meses).
 - Ofereça **vacina contra influenza** anualmente.
- Prescreva (inicie/reinicie) TARV independente do CD4, especialmente se $CD4 \leq 350$ céls/mm³, gestante, tuberculose ativa, coinfeção com hepatite B ou C, RCV > 20%.
- Se já em uso de TARV ↪ 85, continue tratamento. Se carga viral ficar detectável, contra-indicação à TARV em uso ou efeitos adversos intoleráveis, **discuta/encaminhe** com prioridade.

| | Quando prescrever | O que prescrever | Efeitos adversos | Quando parar |
|--|---|--|---|--|
| Quimioprofilaxia para infecção latente por TB (QP para ILTB) | <ul style="list-style-type: none"> • * Se sem sintomas de TB e TB ativa excluída pelo rx de tórax e nunca teve/tratou TB ou ILTB²: - Se $CD4 > 350$ céls/mm³ e 1 dos seguintes: contato de TB (independente do PPD) ou PPD positivo (≥ 5 mm) atual/ prévio ou cicatriz radiológica de TB não tratada. - Se $CD4 \leq 350$ céls/mm³ (não necessita realizar PPD). - Se gestante e indicação de QP para ILTB, prescreva após 3^o mês de gestação. | <ul style="list-style-type: none"> • Isoniazida 300mg ao dia • Piridoxina 25mg ao dia (se gestante: 50mg ao dia) • Se doença hepática ou contato de TB resistente à isoniazida: discuta e considere rifampicina ao invés isoniazida (não prescreva rifampicina se usa ATV, DRV, ritonavir; se usa DTG, considere dobrar dose DTG discuta para considerar opções). | <ul style="list-style-type: none"> • Neuropatia periférica ↪ 54 • Rash ↪ 57 • Hepatite - Se icterícia: encaminhe no mesmo dia. - Se náuseas, vômitos, dor abdominal: solicite TGO, TGP e revise resultados em 24 horas ↪ 83. | <ul style="list-style-type: none"> • Se isoniazida, pare após 270 doses entre 9-12 meses. • Se rifampicina, pare após 120 doses entre 4-6 meses. |
| SMZ/TMP ¹ | <ul style="list-style-type: none"> • $CD4 < 200$ céls/mm³ • Estágio 3 ou 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Se TFGe > 30mL/min: <ul style="list-style-type: none"> - Se $CD4 < 100$ céls/mm³ ou estágio 3 ou 4, prescreva SMZ/TMP¹ 800/160mg ao dia. - Se $CD4 100$-200 céls/mm³, prescreva SMZ/TMP¹ 800/160mg 3 vezes por semana (ex. segunda, quarta e sexta). • Se TFGe 15-30mL/min, discuta para ajustar dose. • Se TFGe < 15mL/min, evite SMZ/TMP e discuta | <ul style="list-style-type: none"> • Náusea/vômitos ↪ 35 • Rash ↪ 57 • Hepatite - Se icterícia: encaminhe no mesmo dia. - Se náuseas, vômitos, dor abdominal: solicite TGO, TGP e revise resultados em 24 horas ↪ 83. | <ul style="list-style-type: none"> • Pare se $CD4 > 200$ céls/mm³ por 6 meses (dois resultados consecutivos, com intervalo de 3 meses entre eles) |
| Azitromicina | <ul style="list-style-type: none"> • $CD4 < 50$ céls/mm³ | <ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 1.500mg por semana (dose única ou 500mg 3 vezes por semana, ex. segunda, quarta e sexta) | <ul style="list-style-type: none"> • Náusea/vômitos ↪ 35 • Diarreia | <ul style="list-style-type: none"> • Pare se $CD4 > 100$ céls/mm³ por > 3 meses. |

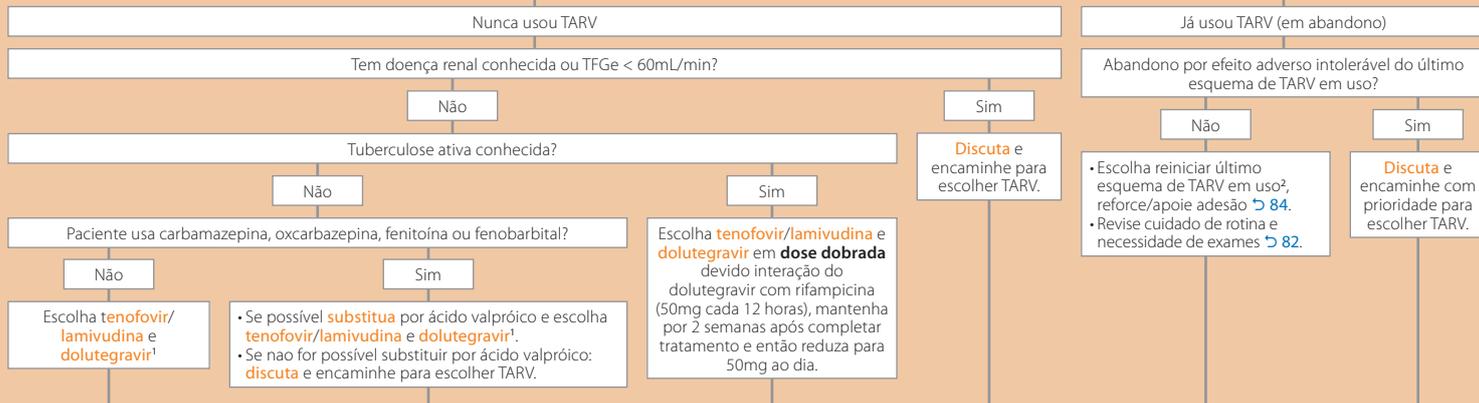
Reavale o paciente com HIV

- Se iniciando, reiniciando ou modificando TARV: reavale em 2 semanas, 2 e 6 meses após iniciar/reiniciar/modificar TARV, então cada 6 meses.
- Se carga viral detectável (qualquer valor), alterações nos exames de monitoramento, baixa adesão, gestação ou não está bem: reavale cada 1-3 meses e **discuta/encaminhe** com prioridade.
- Se paciente escolheu não iniciar/reiniciar TARV: reavale cada 6 meses. Oriente paciente retornar mais precocemente se não estiver bem ou se decidir iniciar/reiniciar TARV.

¹Se alergia à SMZ/TMP e $CD4 100$ -200 céls/mm³, **dapsona** 100mg ao dia. Se $CD4 < 100$ céls/mm³, **discuta** opções. ²Se já tratou TB ou ILTB, não repita/solicite PPD ou trate ILTB. Se for contato de caso bacilífero, **discuta** para avaliar quando tratar.

Iniciar/reiniciar TARV no paciente com HIV

1. Decida qual esquema de TARV paciente necessita



2. Verifique uso de outros medicamentos, interações medicamentosas e altere se necessário

- Se usa antiácido, vitaminas/minerais e iniciando/reiniciando dolutegravir: se antiácido, tomar dolutegravir 2h antes ou 6h após; se vitaminas/minerais tomar dolutegravir com comida.
- Se usa sinvastatina e iniciando/reiniciando atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere **atorvastatina** ou **pravastatina** ao invés de sinvastatina.
- Se usa omeprazol e iniciando/reiniciando atazanavir/ritonavir: suspenda omeprazol e **discuta** alternativas. Se usa ranitidina, tomar > 12 horas após atazanavir/ritonavir.

3. Decida quando iniciar/reiniciar a TARV e encaminhar paciente

• Procure sempre iniciar TARV imediatamente após diagnóstico ou retorno após abandono:

- Exclua TB antes de iniciar/reiniciar TARV (se não tem suspeita clínica/sintomas de TB, não precisa aguardar rx de tórax para iniciar/reiniciar TARV).
- Faça prescrição e oriente iniciar TARV logo após coletar exames basais: reavaliar em 2 semanas, interprete exames basais e revise TARV (especialmente se TFGe < 60).

- Se TB ativa: **discuta**/encaminhe com prioridade e inicie/reinicie TARV logo que estiver tolerando tratamento para TB:
 - Se CD4 ≤ 50cél/mm³, inicie/reinicie TARV dentro de 2 semanas de tratamento para TB. Se TB meningea, inicie/reinicie TARV após 8 semanas de tratamento para TB.
 - Se CD4 > 50cél/mm³, inicie/reinicie TARV com 8 semanas de tratamento para TB.
- Se CD4 basal ≤ 350cél/mm³, coinfeção com hepatite B ou C, DCV confirmada ou RCV > 20%: **discuta**/encaminhe com prioridade e inicie/reinicie TARV imediatamente.
- Se gestante, **discuta**/encaminhe com prioridade para infectologista e pré-natal de alto risco e inicie/reinicie TARV:
 - Se ≥ 12 semanas, inicie/reinicie TARV imediatamente.
 - Se < 12 semanas e assintomática e sem infecções oportunistas e CD4 > 350cél/mm³, **discuta** para considerar iniciar/reiniciar TARV assim que completar 12 semanas.
 - Se < 12 semanas com CD4 ≤ 350cél/mm³ ou sintomas ou infecção oportunista, **discuta** com prioridade para iniciar/reiniciar TARV imediatamente.
- Se **nenhum dos acima**: inicie/reinicie TARV imediatamente.
- Se **paciente escolheu não** iniciar/reiniciar TARV: motive paciente a iniciar/reiniciar TARV assim que possível e mantenha retornos pelo menos cada 6 meses.

¹Se mulher com plano de engravidar nos próximos meses: solicite **genotipagem pré-tratamento**, escolha **tenofovir/lamivudina** e **efavirenz**, e prescreva ácido fólico ➔ **10**. ²Se mulher reiniciando dolutegravir com plano de engravidar nos próximos meses ou que está grávida com < 12 semanas, **discuta**/encaminhe com prioridade antes de reiniciar TARV com dolutegravir e prescreva ácido fólico ➔ **10**.

4. Inicie/reinicie TARV

- Prescreva uma combinação de 3 medicamentos (1 de cada uma das 3 sessões da tabela abaixo) de acordo com o esquema de TARV escolhido e resultado dos exames basais
- Prescreva comprimidos com dose fixa combinada¹, se disponível (use a mesma dose do medicamento individual).

| | Medicamento | Dose | Efeitos adversos urgentes (pare e encaminhe no mesmo dia) | Efeitos adversos autolimitados (discuta/encaminhe se persistem após 6 semanas) | Efeitos adversos de longo prazo |
|---|---|--|---|--|--|
| 1 | Tenofovir (TDF)¹ (preferencial) • Não prescreva se doença renal ou TFGe < 60mL/min | 300mg ao dia | Insuficiência renal (não iniciar se TFGe < 60) | • Náuseas (considere metoclopramida 10mg cada 8 horas se necessário por até 5 dias) • Diarreia | Diminuição da densidade mineral óssea (se osteoporose: discuta/encaminhe). |
| | Abacavir (ABC) • Não prescreva se HLA-B*5701 positivo ou RHA. • Cuidado se RCV > 20% ou CV > 100 000 | 300mg cada 12 horas ou 600mg ao dia | Provável RHA se ≥ 2 de: febre, rash, fadiga/dor no corpo, náuseas/vômitos/diarreia/dor abdominal e/ou dor de garganta/tosse/falta de ar | • Náuseas • Vômitos • Diarreia | - |
| | Zidovudina (AZT)¹ • Não prescreva se Hb < 10g/dL ou neutrófilos < 1.000 céls/mm ³ | • 300mg cada 12 horas • Se TFGe < 10mL/min: discuta/encaminhe | • Acidose láctica ² • Anemia sintomática (palidez com FR > 30, tontura/desmaio ou dor no peito) | • Dor de cabeça, dor muscular • Náuseas • Fadiga (se Hb < 10g/dL: discuta/encaminhe) | Perda de gordura na face, membros e nádegas; acúmulo de gordura (obesidade central, aumento mamas): discuta/encaminhe . |
| 2 | Lamivudina (3TC)¹ (preferencial) | • 300mg ao dia (com TDF) ou • 150mg cada 12 horas (com AZT) ou 300mg ao dia (com ABC) • Se TFGe < 50mL/min: discuta/encaminhe | Incomum | Incomum. Ocasionalmente náuseas. | Incomum |
| 3 | Dolutegravir (DTG) (preferencial) • Se usa ox/carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital: se possível, troque por ácido valproílico ou, se não for possível, discuta ou encaminhe para escolher TARV. • Se usa antiácido, tomar DTG 2h antes ou 6h após; se vitaminas/minerais tomar DTG com comida. | • 50mg ao dia • Se usa rifampicina ou histórico de resistência ao RAL: 50mg cada 12 horas | Incomum | • Insônia (tomar de manhã), dor de cabeça • Aumento de creatinina ou ≤ 15% da TFGe no início do uso sem prejuízo renal: não pare DTG, reavalie TFGe após 1-2 meses | Se usa metformina: considere reduzir dose de metformina até máximo de 1g ao dia (não altere dose de DTG). |
| | Efavirenz (EFV)¹ • Não prescreva se problema psiquiátrico ativo | 600mg ao dia (tomar antes de dormir, 2 horas após jantar) | • Rash ↗ 57 • Hepatite ³ • Psicose | • Rash ↗ 57 • Dor de cabeça, tontura, problemas de sono/sonhos vívidos, humor deprimido ↗ 109 . | Perda de gordura na face, membros e nádegas; acúmulo de gordura (obesidade central, aumento mamas): discuta/encaminhe . |
| | Raltegravir (RAL) | 400mg cada 12 horas | • Rash ↗ 57 • Em uso de estatina: dor muscular, fraqueza | • Dor de cabeça, tontura • Náuseas | - |
| | Atazanavir/ ritonavir (ATV/r) • Não associe com omeprazol • Se usa ranitidina, tomar > 12 horas após ATV | 300mg de atazanavir e 100mg de ritonavir ao dia (com comida) | • Cálculo renal: discuta/encaminhe • Hepatite - Se icterícia ⁴ - Se náuseas, vômitos, dor abdominal ³ | • Rash ↗ 57 • Dor de cabeça • Náuseas, dor abdominal, diarreia | - |
| | Darunavir/ritonavir (DRV/r) | 600mg de darunavir e 100mg de ritonavir cada 12 horas (com comida) | Rash ↗ 57 | Náuseas/vômitos | Dislipidemia: discuta/encaminhe . |
| | Nevirapina (NVP) | 200mg ao dia por 2 semanas, depois 200mg cada 12 horas | • Rash ↗ 57 • Hepatite ³ | • Rash ↗ 57 • Náusea (tomar com comida) | - |

¹Doses fixas combinadas disponíveis: TDF/3TC, TDF/3TC/EFV, AZT/3TC. ²Provável acidose láctica se ≥ 2 de: fadiga/fraqueza, dor no corpo, náuseas/vômitos, diarreia, perda de peso, perda de apetite, dor abdominal, falta de ar. ³Se também tiver icterícia: encaminhe no mesmo dia. Se somente náuseas, vômitos, dor abdominal, sem icterícia: solicite TGO, TGP, revise resultados em 24 horas ↗ **83** e **discuta/encaminhe**. ⁴Atazanavir pode causar icterícia sem hepatite por aumento de bilirrubina indireta. Se paciente bem, sem náuseas/vômitos ou dor abdominal, solicite TGO, TGP, BT e F, revise resultados em 24 horas ↗ **83** e **discuta**.

CONTEÚDOS:
SINTOMASCONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATORIAS
CRÔNICASDOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Hepatite B (HBV): diagnóstico

Teste para hepatite B se:

- Paciente com vacinação contra HBV incompleta (< de 3 doses) ou desconhecida ou com vacinação completa (3 doses) porém sem registro de teste para HBV antes da vacinação
- Paciente com vacinação contra HBV completa com anti-HBs < 10 UI/mL ou desconhecido e um ou mais dos seguintes **fatores/condições ou episódios de risco para HBV**:
 - Uso irregular de preservativo/IST, nova/múltiplas parcerias sexuais ou parceria com HBV
 - Acidente/exposição percutânea (perfurocortante/tatoo/piercing/manicure/acupuntura)
 - Familiar (pais, irmãos, filhos) ou contato domiciliar com HBV atual/prévia
 - Uso atual/passado de drogas EV/inaladas ou uso arriscado de álcool/outras drogas **↪ 107**.
- Paciente com suspeita de hepatite aguda (fadiga, dor abdominal, náusea ou vômitos, perda de apetite e icterícia)
 - Em situação de rua, privada de liberdade, indígena, quilombola/assentada ou migrante/refugiada
 - História de transfusão de sangue/hemodiálise ou é doador de sangue/órgãos/sêmen
 - HIV, DM, HCV ou câncer/outra disfunção imune
 - Gestante (1ª consulta e > 28 semanas) ou puérpera sem registro de teste HBV

Decida qual teste fazer: se teste rápido disponível, faça teste rápido. Se não, solicite HBSAg.

Se suspeita de hepatite aguda, teste HCV **↪ 88**, HIV **↪ 81** e solicite anti-HBc total e IgM, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, TGO, TGP, GGT, TAP, BT e F, anti-HAV IgM e IgG, HMG. **Discuta e interprete.**

Teste rápido¹ ou HBSAg não reagente

Tem episódio de risco de infecção pelo HBV últimos 6 meses: sexo desprotegido/IST, acidente/exposição percutânea, uso de drogas EV/inaladas, familiar/contato domiciliar ou parceria sexual com HBV?

Não

Sim

Paciente não tem HBV²

- Repita teste para HBV após 6 meses do episódio de risco.
- Oriente que se tiver sintomas de hepatite aguda (fadiga, dor abdominal, náusea ou vômitos, perda de apetite e icterícia), retornar para testar.

- Se vacinação incompleta/desconhecida, vacine/complete doses.
- Se vacinação completa: tem fatores/condições de risco para HBV (vide acima)?

Não

Sim: solicite anti-HBs⁴. Se vacinando, coletar de preferência 30 a 60 dias após última dose.

Anti-HBs < 10 coletado 1 a 6 meses da última dose

Anti-HBs < 10 coletado há > 6 meses da última dose: aplique mais 1 dose e colete anti-HBs após 30 dias

Anti-HBs < 10

Repita esquema completo ou complete doses e colete anti-HBs após 30 dias

Anti-HBs < 10

Considere susceptível ao HBV (não respondedor)

Anti-HBs ≥ 10

Considere pessoa imune contra HBV⁶

- Se novo episódio de risco de infecção pelo HBV, repita teste.
- Se fatores/condições de risco persistentes para HBV, teste cada 6-12 meses.

Teste rápido¹ ou HBSAg reagente

Infecção pelo vírus da Hepatite B

- Se suspeita de hepatite aguda, **discuta/interprete** resultados dos demais exames solicitados e repita teste para HBV após 6 meses.
- Teste para HCV **↪ 88**, HIV **↪ 81** e sífilis **↪ 44**.
- Teste hepatite A: solicite anti-HAV IgG. Se não reagente, prescreva **vacina hepatite A**.
- Notifique, identifique fonte de infecção, parcerias sexuais (últimos 6 meses), familiares (pais/irmãos/filhos) e contatos domiciliares: ajude revelar status e testar.
- Se assintomático, considere HBV crônica: tem registro de teste para HBV reagente realizado há > 6 meses ou teve episódio de risco de infecção pelo HBV há > 6 meses

Não

Sim

Repita teste para HBV após 6 meses. Se dúvidas quanto possível diagnóstico de infecção crônica, **discuta**.

Teste rápido¹ ou HBSAg não reagente

Teste rápido¹ ou HBSAg reagente

HBV crônica⁵

Clearance viral espontâneo após infecção aguda: resolução natural

- Solicite HBV-DNA, HBeAg, anti-HBc total e IgM, anti-HBs, anti-HBe, TGO, TGP, GGT, FA, TAP, HMG, PT e F, alfafetoproteína, glicemia, creatinina, PU e USG de abdome superior.
- **Discuta/encaminhe** para considerar tratamento.
- **Aconselhe** como prevenir transmissão e a evitar álcool.

¹Se teste rápido inválido, repita teste rápido (se possível com um de lote diferente do primeiro). ²Se uso de drogas EV, HCV ou hemodiálise, considere investigar HBV oculta com HBV-DNA. ³Prescreva 3 doses: 0, 1 e 6 meses. Se HIV, câncer, disfunção imune ou hemodiálise, 4 doses dobradas: 0, 1, 2 e 6-12 meses. ⁴Se recebeu IGHAHB, colete > 6 meses após aplicação da IGHAHB. ⁵HBV crônica é definida pela persistência do HBSAg por ≥ 6 meses. Se não tem registro de 2 testes reagentes com ≥ 6 meses entre eles mas considera provável infecção crônica, **discuta**. ⁶Se hemodiálise/imunodepressão com fatores/condições de risco persistentes para HBV, monitore anti-HBs cada ano. Se < 10: aplique reforço da vacina.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATORIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Hepatite C (HCV): diagnóstico

Teste para hepatite C se:

Paciente nunca testou e tem uma ou mais dos seguintes **fatores/condições de risco para HCV**:

- História de transfusão de sangue/hemoderivados antes de 1993
- Idade \geq 40 anos
- História prévia de uso arriscado de álcool/outras drogas \hookrightarrow 107
- Parceria sexual com HCV atual/prévia

Paciente fez último teste há > 1 ano e tem uma ou mais dos seguintes **fatores/condições de risco para HCV**:

- Uso irregular de preservativo ou nova/múltiplas parcerias sexuais
- Uso arriscado de álcool/outras drogas

Paciente com **episódio de risco de infecção pelo HCV**: sexo desprotegido/IST, contato intradomiciliar com HCV, acidente/exposição percutânea ou uso de drogas EV/inaladas.

Paciente com suspeita de hepatite aguda (fadiga, dor abdominal, náusea ou vômitos, perda de apetite e icterícia)

- DM ou história de problemas de saúde mental ou doença renal ou hepática ou transplante ou disfunção imune
- História de acidente/exposição percutânea (perfurocortante/tatoo/piercing/manicure/acupuntura)
- Familiar (pais, irmãos, filhos) ou contato domiciliar com HCV atual/prévia
- Nascido de mãe com HCV

- HIV
- Em situação de rua ou pessoa privada de liberdade

Decida qual teste fazer: se teste rápido disponível, faça teste rápido. Se não, solicite anti-HCV¹.

Se suspeita de hepatite aguda, teste HBV \hookrightarrow 87, HIV \hookrightarrow 81 e solicite anti-HBc total e IgM, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, TGO, TGP, GGT, TAP, BT e F, anti-HAV IgM e IgG, HMG. **Discuta e interprete.**

Teste rápido² ou anti-HCV não reagente

Teste rápido² ou anti-HCV reagente

Tem episódio de risco de infecção pelo HCV: sexo desprotegido/IST, acidente/exposição percutânea, uso de drogas EV/inaladas, contato domiciliar ou parceria sexual com HCV

Contato com o vírus da Hepatite C

- Se suspeita de hepatite aguda, **discuta/interprete** resultados dos demais exames solicitados.
- Teste hepatite A: solicite anti-HAV IgG. Se não reagente, prescreva **vacina hepatite A**.
- Teste para HBV e avalie indicação de vacina \hookrightarrow 87, HIV \hookrightarrow 81 e sífilis \hookrightarrow 44.
- Notifique, identifique fonte de infecção, parcerias sexuais (últimos 6 meses), familiares (pais/irmãos/filhos) e contatos domiciliares: ajude revelar status e testar.
- Solicite RNA-HCV e genotipagem para HCV³.

Sim

Não

- Repita teste para HCV após 3 e 6 meses do episódio de risco.
- Oriente que se tiver sintomas de hepatite aguda (fadiga, dor abdominal, náusea ou vômitos, perda de apetite e icterícia), retornar para testar.

Paciente não tem HCV

Indetectável

Detectável

Clearance viral espontâneo após infecção: resolução natural

Diagnostique infecção ativa pelo HCV

Se risco de infecção pelo HCV nos últimos 3 meses, repita HCV-RNA após 3 meses do episódio de risco.

- Solicite HMG, creatinina, TGO, TGP, GGT, FA, TAP, PT e F, alfafetoproteína, creatinina, PU, glicemia.
- Verifique resultado da genotipagem.
- Se mulher ou homem trans e risco de gravidez, teste para gravidez. Se grávida, anote no Cartão de Pré-Natal e ofereça cuidados de pré-natal \hookrightarrow 121. Postergue USG de abdômen superior e tratamento para depois do parto. Se dúvidas, **discuta**.
- Se não gestante, **discuta** ou encaminhe para interpretar resultados e realizar tratamento.
- Aconselhe como prevenir transmissão e a evitar álcool.

- Se novo episódio de risco de infecção pelo HCV, repita teste¹.
- Se uso irregular preservativo, nova/múltiplas parcerias, pessoa em situação de rua ou privada de liberdade, uso arriscado de álcool/drogas ou HIV, repita teste¹ cada 6-12 meses.

¹Se já teve contato com HCV (anti-HCV prévio reagente), **discuta** para considerar solicitar RNA-HCV. ²Se teste rápido inválido, repita teste rápido (se possível com um de lote diferente do primeiro). ³A coleta do RNA-HCV e genotipagem pode ser simultânea, laboratório só efetivará genotipagem após a confirmação da detecção da carga viral do vírus C.

Asma e DPOC: diagnóstico

- O paciente com tosse crônica pode ter mais de uma doença. Também considere TB, pneumocitose (PPC), câncer de pulmão, bronquite, insuficiência cardíaca e tosse pós-infecciosa [▷ 31](#).
- Tanto asma, quanto doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresentam-se com tosse, sibilos, aperto no peito ou falta de ar. Solicite **espirometria** e diferencie asma de DPOC:

Asma é provável se vários dos seguintes:

- Início antes dos 20 anos de idade
- Associação com rinite alérgica, eczema, conjuntivite alérgica, e alergias
- Sintomas intermitentes com respiração normal entre as crises
- Sintomas piores à noite, no início da manhã, com exposição a alérgenos, ao frio ou ao estresse
- História pessoal ou familiar (parentes de 1º grau) de asma ou doenças atópicas
- TPFE¹ melhora $\geq 20\%$ após broncodilatador [▷ 90](#) (se disponível).
- Espirometria:
 - VEF1/CVF menor que o valor normal para a idade, sexo e estatura e
 - VEF1 aumenta em $\geq 12\%$ ou $\geq 200\text{ml}$ após broncodilatador

Ofereça cuidados de rotina para asma [→91](#).

DPOC é provável se vários dos seguintes:

- Início após os 40 anos de idade
- Sintomas são persistentes e pioram lentamente ao longo do tempo
- Tosse com escarro inicia muito antes da falta de ar
- História de tabagismo pesado (≥ 20 cigarros/dia) ou exposição ocupacional (poeira, químicos)
- Diagnóstico prévio de TB
- Diagnóstico médico anterior de DPOC
- Espirometria:
 - VEF1/CVF $< 0,7$ após broncodilatador

Ofereça cuidados de rotina para DPOC [→92](#).

Se não tiver certeza do diagnóstico, trate como asma [▷ 91](#) e **discuta** ou **encaminhe**.

Usando inaladores e espaçadores

- Se paciente não é capaz de usar um inalador corretamente, associe um espaçador para aumentar a distribuição do medicamento nos pulmões, especialmente se usa corticoide inalatório. Isso pode prevenir candidíase oral.
- Limpe o espaçador antes do primeiro uso e cada duas semanas: remova o recipiente do inalador e lave o espaçador com água e sabão. Deixe secar em ar ambiente. Evite enxaguar com água após cada uso.

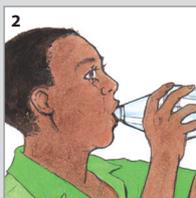
Como usar o inalador com espaçador²

1



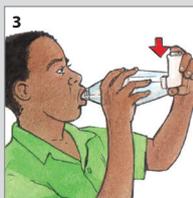
Agite o inalador e insira no espaçador.

2



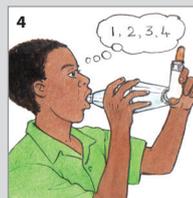
- Levante-se e expire.
- Então feche os lábios em volta do bocal.

3



Pressione o dispositivo uma vez para liberar um jato dentro do espaçador.

4



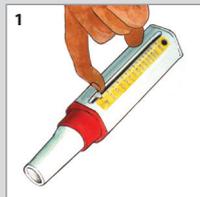
- Faça 4 inspirações mantendo o espaçador na boca.
- Repita passos 3 e 4 para cada jato.
- Enxague a boca após usar corticoide inalatório.

¹Taxa de pico do fluxo expiratório. ²Se não tiver espaçador disponível, explique como usar o inalador sem espaçador: tire a tampa e agite o inalador. Expire. Feche os lábios em volta do bocal do inalador. Inspire lentamente. Enquanto inspira, aperte o dispositivo uma vez e mantenha inspiração lenta. Feche a boca e segure a respiração por 10 segundos. Expire. Espere alguns segundos antes de repetir.

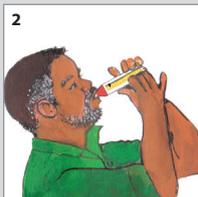
Usando um medidor de pico de fluxo expiratório ('peak flow')

- O medidor de 'peak flow' mede quão bem o ar se move para fora dos pulmões de um paciente.
- Use um medidor de 'peak flow' para ajudar a diagnosticar asma e monitorar o controle e resposta aos medicamentos.
- Use o mesmo medidor de 'peak flow' a cada vez.

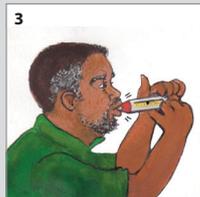
Como medir a taxa de pico do fluxo expiratório (TPFE)



1 Mova o marcador para a base da escala numerada.



- 2
- Levante-se e faça uma inspiração completa/profunda.
 - Segure a respiração e coloque o bocal.
 - Feche/sele os lábios em volta do bocal.



3 Expire o mais forte e rápido possível (mantenha os dedos longe da escala).



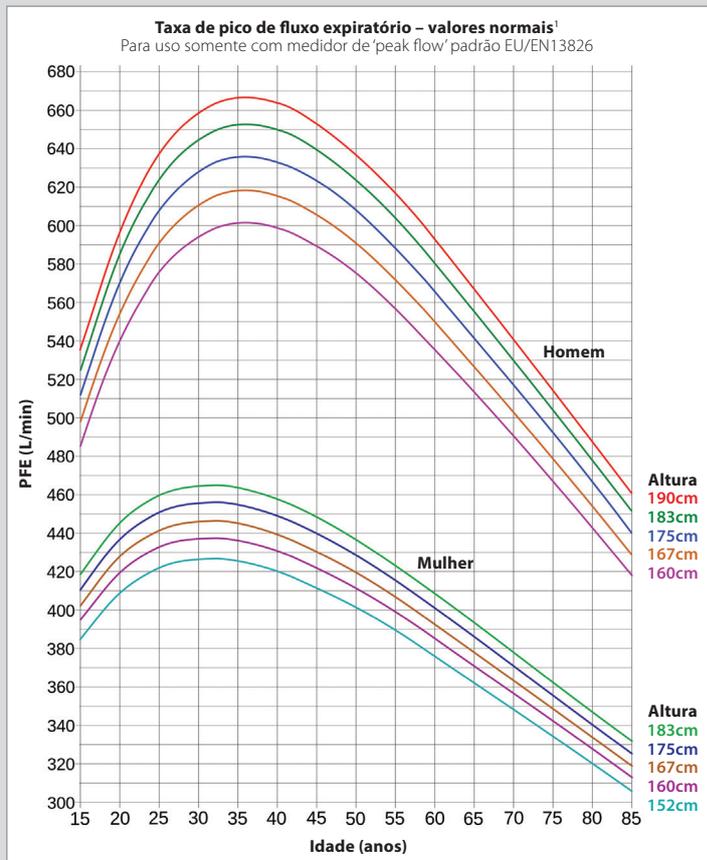
- 4
- Registre o resultado.
 - Mova marcador de volta à base e repita 2 vezes. Use o resultado mais elevado das 3 medidas.

Como medir a resposta da TPFE à inalação do beta-agonista

- Meça a TPFE como acima (use o resultado mais elevado das 3 medidas). Essa é a TPFE inicial.
- Dê salbutamol inalado 200mcg (2 jatos) e espere 15 minutos.
- Repita a medida da TPFE como acima. Essa é a TPFE repetida.
- Calcule a % de resposta/melhora da TPFE ao salbutamol = $\frac{(TPFE\ repetida - TPFE\ inicial)}{TPFE\ inicial} \times 100$

Como calcular a % prevista da TPFE

- Meça a TPFE (use o resultado mais elevado das 3 medidas). Esse é a TPFE observada.
- Determine a TPFE prevista do paciente usando o gráfico ao lado:
 - Marque o sexo, altura e idade do paciente.
 - Verifique a TPFE prevista no lado esquerdo do gráfico.
- Calcule a % prevista da TPFE = $TPFE\ observada \div TPFE\ prevista \times 100$.



¹Adaptado por Clement Clarke de Nunn AJ, Gregg I BMJ 1989;298:1068-70 para uso com medidor de 'peak flow' padrão EU/EN13826.

Asma: cuidados de rotina

Avalie o paciente com asma

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|--|--|--|
| Controle dos sintomas | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> Se paciente tem sibilos/aperto no peito e está com falta de ar em repouso ou FR > 30, maneje como exacerbação aguda ↪ 32. Qualquer um dos seguintes indicam que a asma do paciente não está controlada: <ul style="list-style-type: none"> - Tosse diurna, falta de ar, aperto no peito ou sibilos > 2 vezes na semana ou necessita usar salbutamol inalado > 2 vezes na semana - Despertares noturnos ou matinais devido a sintomas de asma - Limitação de atividades diárias devido a sintomas de asma Se <i>nenhum dos acima</i> então a asma está controlada. |
| Outros sintomas | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> Maneje sintomas conforme página do sintoma. Pergunte sobre e maneje rinite ↪ 27 e dispepsia ↪ 34. Pergunte ao paciente usando corticoide inalatório sobre feridas na boca. Avalie para candidíase oral ↪ 28. |
| Uso de medicamentos | Toda consulta | Verifique adesão e que paciente usa o inalador e espaçador corretamente ↪ 89 . |
| Taxa de pico do fluxo expiratório TPFE (se disponível) | No diagnóstico, se piorar/mudar medicamentos | Calcule a % prevista da TPFE ↪ 90 : se < 80% a asma não está controlada . |
| Espirometria | No diagnóstico, então dependendo do controle | <ul style="list-style-type: none"> Se asma controlada, avalie cada 2 anos. Se asma não controlada, avalie cada 6 meses. Compare resultados com valores anteriores. Se reduzidos, verifique adesão e considere ajustar tratamento. |

Aconselhe o paciente com asma

- Pergunte sobre tabagismo. Se fuma tabaco [↪ 108](#). Apoie para mudança [↪ 133](#).
- Assegure-se que paciente entende medicamentos: beta-agonista (salbutamol) alivia os sintomas mas não controla a asma. Corticoide inalatório (beclometasona) previne mas não alivia os sintomas e ele é o principal medicamento para controlar a asma.
- Corticoides inalatórios podem causar candidíase oral: oriente paciente enxaguar a boca e fazer gargarejos após cada dose de beclometasona.
- Oriente paciente evitar alérgenos que pioram/descadeiam asma ou rinite (ex: animais, poeira, químicos, pólen). Também oriente evitar AAS, AINEs (ex: ibuprofeno) e beta-bloqueadores (ex: propranolol).

Trate o paciente com asma

- Prescreva **salbutamol** inalado 200mcg (2 jatos) se necessário, até 4 vezes ao dia. Se asma induzida por exercícios, prescreva **salbutamol** 200mcg (2 jatos) para usar antes dos exercícios.
- Oriente o paciente que se piora súbita dos sintomas, usar **salbutamol** 200-600mcg (2-6 jatos) cada 20 minutos por 1 hora:
 - Se não melhorar, oriente paciente tomar **prednisona** 40mg e buscar atendimento urgente.
 - Se melhorar, oriente paciente procurar atendimento no mesmo dia.
- Se paciente recebeu prednisona ou hidrocortisona para uma exacerbação aguda, prescreva **prednisona** 40mg ao dia para completar um ciclo de 5 dias.
- Se exacerbação aguda ou asma **não controlada**, intensifique o tratamento:
 - Antes de ajustar tratamento assegure-se que está aderente ao tratamento e sabe usar inalador/espaçador [↪ 89](#). Também verifique se está evitando fumo, alérgenos e medicamentos (AAS, AINEs, beta-bloqueadores)
 - Prescreva **beclometasona** inalada 250mcg ao dia se não estiver em uso. Se já em uso, dobre a dose atual até o máximo de 500mcg cada 12 horas.
 - Se ainda não controlada, prescreva **formoterol/budesonida** inalada (12/400mcg) cada 12 horas ao invés de beclometasona. Se não melhorar após 1 mês, **discuta ou encaminhe**.
- Se asma está **controlada**: continue medicamentos na mesma dose. Se controlada e sem exacerbações agudas por ≥ 6 meses, reduza o tratamento:
 - Se usa beclometasona, reduza pela metade a dose diária total. Se usa 250mcg ao dia, **pare** beclometasona.
 - Se sintomas piorarem enquanto reduz tratamento, **reinicie/aumente** novamente medicamento para a mesma dose de quando paciente estava com asma controlada.
- Prescreva **vacina contra influenza** anualmente. Se asma moderada/grave, prescreva **vacina pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos).
- Se exacerbação aguda, somente prescreva antibióticos se febre ou escarro espesso e amarelado/esverdeado: trate para **pneumonia** [↪ 31](#).
- Se > 2 ciclos de prednisona nos últimos 6 meses ou exacerbações agudas ocorrendo com tratamento intensificado ao máximo, **discuta ou encaminhe**.

- Reavalie o paciente com asma controlada a cada 6 meses, o paciente com asma não controlada mensalmente, e o paciente com uma exacerbação aguda após 1 semana.
- Oriente paciente a retornar antes do próximo retorno se não estiver melhor ou sintomas piorarem.**

Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): cuidados de rotina

| Avalie o paciente com DPOC | | |
|--|--|--|
| Avalie | Quando avaliar | Observações |
| Sintomas de DPOC: tosse e falta de ar | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> Se paciente tem sibilos/aperto no peito e está com falta de ar em repouso ou FR > 30, maneje como exacerbação aguda ↪ 32. Avalie severidade da doença: se falta de ar com atividades da vida diária (como vestir-se), DPOC é grave. Se incapaz de andar como outros da mesma idade, DPOC é moderada. Se falta de ar quando caminha rápido/sobe um morro, DPOC é leve. Investigue TB somente se paciente tem outros sintomas de TB como perda de peso, sudorese noturna, escarro sanguinolento ↪ 76. |
| Outros sintomas | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> Maneje sintomas conforme página do sintoma. Pergunte ao paciente usando corticoide inalatório sobre feridas na boca. Avalie para candidíase oral ↪ 28. Se edema em ambas pernas, considere insuficiência cardíaca e cor pulmonal. Solicite EKG, rx de tórax e discuta. |
| Uso de medicamentos | Toda consulta | Verifique adesão e que paciente usa o inalados e espaçador corretamente ↪ 89 . |
| Depressão | Toda consulta | No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 109 . |
| Cuidados paliativos | Toda consulta | Se DPOC grave, > 3 hospitalizações por DPOC no último ano ou insuficiência cardíaca, considere oferecer também cuidados paliativos ↪ 128 . |
| RCV | No diagnóstico, conforme risco | Avalie RCV ↪ 93 . Se < 10% com fator de risco para DCV ou 10-20% reavale após 1 ano, se > 20% reavale após 6 meses. |
| Taxa de pico do fluxo expiratório TPFE (se disponível) | No diagnóstico, se piorar/mudar medicamentos | <ul style="list-style-type: none"> Calcule a % prevista da TPFE ↪ 90. Se 50-80%, DPOC é moderada. Se <50%, DPOC é grave. |
| Rx de tórax | No diagnóstico | Interprete resultado para excluir outras doenças e discuta , se necessário. |
| Espirometria | No diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> Se VEF1/CVF no diagnóstico ≥ 0,7 após broncodilatador: discuta. Avalie gravidade usando VEF1: Se ≥ 80%, DPOC é leve, se ≥ 50% e < 80%, DPOC é moderada, se < 50%, DPOC é grave. |

Aconselhe o paciente com DPOC

- Ajude paciente a manejar seu RCV [↪ 94](#). Se fuma tabaco [↪ 108](#). Parar de fumar é o principal tratamento para manejo da DPOC. Apoie para mudança [↪ 133](#).
- Incentive paciente a fazer caminhadas diárias e aumentar as atividades diárias como jardinagem, cuidados com a casa e utilizar escadas em vez de elevadores.
- Corticoides inalatórios podem causar candidíase oral: oriente paciente enxaguar a boca e fazer gargarejos após cada dose de beclometasona.

Trate o paciente com DPOC

- Prescreva **salbutamol** inalado 200mcg (2 jatos) se necessário, até 4 vezes ao dia.
- Oriento o paciente que se piora súbita dos sintomas, usar **salbutamol** 200-600mcg (2-6 jatos) cada 20 minutos por 1 hora e buscar atendimento urgente.
- Se paciente recebeu prednisona ou hidrocortisona para uma exacerbação aguda, prescreva **prednisona** 40mg ao dia para completar um ciclo de 5 dias.
- Antes de ajustar tratamento assegure-se que está aderente e sabe usar inalador/espaçador [↪ 89](#).
- Se DPOC **moderada/grave**, adicione **brometo de ipratrópio 0,25mg/mL** 20-40 gotas quando necessário (até 4 vezes ao dia). Se ainda não controlada, adicione **formoterol inalado** 12mcg cada 12 horas. Se ainda não controlada, **auente** para 24mcg cada 12 horas.
- Se DPOC **moderada/grave** e ≥ 2 exacerbações em 1 ano, dê **formoterol/budesonida** (12/400mcg) cada 12 horas ao invés de formoterol sozinhos. Se ainda não melhorar, **discuta/encaminhe**.
- Se aumento do escarro ou mudanças na cor para amarelado/esverdeado, trate para **infecção pulmonar**:
 - Prescreva **amoxicilina**¹ 500mg cada 8 horas por 5 dias. Se DPOC grave, ≥ 3 exacerbações/ano ou usou antibióticos há < 3 meses, prescreva **amoxicilina/clavulanato**² (500mg/125mg) cada 8 horas por 5 dias.
 - Se piora da falta de ar, também prescreva **prednisona** 40mg ao dia por 5 dias se ainda não tiver feito.
- Se DPOC grave ou ainda sintomático com tratamento intensificado ao máximo, solicite **espirometria** e **discuta/encaminhe com prioridade**.
- Prescreva **vacina contra influenza** anualmente. Prescreva **vacina pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos).

Se estável e DPOC leve reavalia casa 6 meses. Se DPOC moderada/grave ou exacerbação recente/frequente reavale mensalente. Se exacerbação aguda/hospitalização reavale após 2 semanas.

¹Se alergia à penicilina, prescreva ao invés **azitromicina** 500mg ao dia por 3 dias. ²Se alergia à penicilina, prescreva ao invés **eritromicina** 500mg cada 6 horas por 5 dias e **doxiciclina** 100mg cada 12 horas por 5 dias (se gestante/amamentando, não prescreva doxiciclina e **discuta** alternativas); ou prescreva, se disponível, **levofloxacina** 500 mg ao dia por 5-7 dias.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Risco Cardiovascular (RCV): diagnóstico

RCV¹:

> 30%

20-30%

10-20%

< 10%

Risco cardiovascular é a chance de sofrer um AVC ou IAM nos próximos 10 anos

Se um ou mais dos seguintes considere paciente com alto RCV (> 30%) e maneje →94 (não é necessário calcular o RCV):

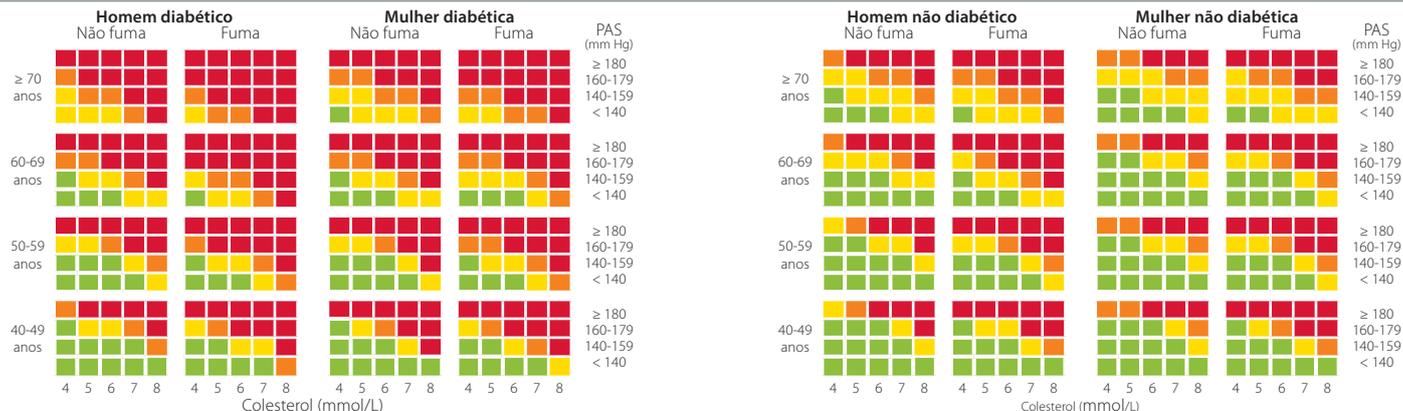
- Doença Cardiovascular (DCV) confirmada: IAM prévio, angina ou insuficiência cardíaca, derrame (AVC) ou AIT prévios ou doença arterial periférica.
- Tem ou teve dor no peito, especialmente ao esforço e com alívio ao repouso, investigue doença cardíaca isquêmica → 104.
- Tem ou teve dor na perna, especialmente ao caminhar e com alívio ao repouso, investigue doença arterial periférica → 106.
- Início súbito de fraqueza/dormência assimétrica da face (com mínimo/nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame (AVC)** ou AIT → 103.
- Doença renal crônica (TFGe < 60) ou nefropatia/retinopatia diabética ou aneurisma de aorta abdominal ou hipercolesterolemia familiar

Investigue fatores de RCV:

- Pergunte se é **fumante**: considere paciente que parou de fumar no último ano como fumante para avaliar RCV.
- Pergunte sobre **história familiar**: um dos pais ou irmãos com DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos) é fator de risco.
- Calcule o **Índice de Massa Corporal (IMC)**: peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m). Um IMC > 25 é fator de risco.
- Meça **circunferência abdominal** sem roupa/roupa leve, ao final de expiração normal, à meia altura entre último arco costal e topo crista ilíaca: > 88cm (mulher) ou > 102cm (homem) é fator de risco.
- Investigue **hipertensão**: meça a PA → 98.
- Investigue **diabetes** → 95 (se não há necessidade de rastrear considere como não diabético).
- Se entre 40-75 anos, também solicite **colesterol** total, HDL e triglicérides: use valor de colesterol total para calcular o RCV do paciente (abaixo) e interprete → 94.

Se entre 40-75 anos, calcule o RCV do paciente:

- Use status de tabagismo, diabetes, idade, sexo, PA sistólica (PAS) e CT (divida valor do CT em mg/dL por 38,6 para converter em mmol/L), para calcular o RCV nos gráficos¹ abaixo.
- Mostre e explique para paciente sobre seu risco ter um IAM ou AVC nos próximos 10 anos. Oriente que é uma estimativa, não pode prever o que vai acontecer com cada indivíduo.
- Considere também outros fatores que podem aumentar o RCV e use julgamento clínico para decidir sobre tratamentos → 94: HIV, transtorno mental grave, uso de antipsicóticos/corticoide, IMC > 40.



• Se fatores de RCV ou RCV ≥ 10% ou DCV confirmada, maneje o RCV →94.

• Se RCV < 10% e sem fatores de RCV: reavalie em 5 anos.

¹Adaptado de WHO/ISH Cardiovascular Risk Prediction Chart for WHO epidemiological sub-regions AMR B. De: Prevention of Cardiovascular Disease: Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk. World Health Organization. Geneva, 2007.

CONTÉÚDOS:
SINTOMASCONTÉÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICASDOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MÚLTIPLAS
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Risco Cardiovascular (RCV): cuidados de rotina

Avalie o paciente com fatores de RCV ou RCV \geq 10% ou DCV confirmada

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|---|---|---|
| Sintomas | Toda consulta | Investigue dor no peito \hookrightarrow 30, falta de ar \hookrightarrow 31, dor na perna \hookrightarrow 53, ou início súbito de fraqueza/dormência assimétrica da face (com mínimo/nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual \hookrightarrow 103. Se usa sinvastatina e início recente de dor muscular \hookrightarrow 49, fraqueza \hookrightarrow 20. |
| Fatores modificáveis | Toda consulta | Pergunte sobre tabagismo, dieta e atividade física. Maneje conforme abaixo. |
| IMC | Toda consulta | IMC = peso (kg) \div altura (m) \div altura (m). Almeje IMC < 25. |
| Circunf. abdominal | Toda consulta | Meça com o paciente em pé, expirando, à meia altura entre o último arco costal e o topo da crista ilíaca. Almeje < 88cm (mulher) e < 102cm (homem). |
| PA | Toda consulta | Se hipertensão conhecida \hookrightarrow 99. Se não, verifique PA: se \geq 140/90 \hookrightarrow 98. |
| RCV | Se 40-75 anos | Se < 10% com fator de RCV ou 10-20% reavalie após 1 ano. Se > 20% reavalie após 6 meses. |
| Glicose | Se necessário | Verifique necessidade de rastrear diabetes \hookrightarrow 95. |
| Coolesterol total (CT), HDL e triglicérides (TGC) | • Ao calcular o RCV • 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada ¹ | • Se CT > 300mg/dL, repita/ confirme . Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta . Se TGC \geq 500mg/dL, repita/ confirme , avalie fatores modificáveis e discuta . • Se usa sinvastatina para DCV confirmada ¹ , almeje reduzir não-HDLc ² > 40%. Se \leq 40%, repita/ confirme , avalie adesão, fatores modificáveis e discuta . |

Aconselhe o paciente com fatores de risco para DCV ou RCV \geq 10% ou DCV confirmada

- Converse sobre RCV: explore compreensão sobre RCV e necessidade de mudar estilo de vida. Pergunte: o que sabe sobre RCV, quais suas preocupações e como acha que pode ser ajudado.
- Aborde 1 fator de RCV por vez: ajude paciente escolher e planejar como adotar as mudanças. Explore dificuldades e potencialidades. Pactue metas razoáveis para próxima consulta.



Atividade física

- Almeje pelo menos 30 minutos de exercício moderado (ex. caminhada acelerada) na maioria dos dias da semana.
- Aumente as atividades de rotina: jardinagem, arrumação da casa, caminhar invés de usar automóveis, usar escadas invés de elevadores.
- Exercite os braços se não puder usar as pernas.



Tabagismo

Se fuma tabaco \hookrightarrow 108.



Peso

- Almeje IMC < 25, e circ. abdominal < 88cm (mulheres) e < 102cm (homens).
- Qualquer perda de peso é benéfica, mesmo abaixo da meta.



Dieta

- Coma diferentes alimentos com moderação. Reduza o tamanho das porções.
- Aumente o consumo de frutas e vegetais.
- Reduza alimentos gordurosos: prefira alimentos com baixo teor de gordura, corte a gordura animal.
- Reduza alimentos salgados pré-processados (caldos e molhos, sopa de pacote). Evite adicionar sal ao alimento.
- Evite ou use menos açúcar.



Maneje o estresse

Avalie e maneje o estresse \hookrightarrow 71.



Investigue uso arriscado de álcool/drogas

- Limite consumo de álcool em \leq 2 doses³/dia e evite beber pelos menos 2 dias/semana.
- No último ano: 1) bebeu \geq 4 doses³/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um \hookrightarrow 107.

- Identifique apoio para mudança de estilo de vida: amigos, parceria ou familiares para acompanhar em consultas, grupos, ou considere encaminhar para equipe multiprofissional de apoio.
- Seja motivador, encorajador e parabenize por cada conquista. Evite julgar, criticar ou culpar. É direito do paciente tomar decisões acerca da própria saúde. Comunique-se efetivamente \hookrightarrow 130.

Trate o paciente com RCV

- Se DCV confirmada¹:
 - Prescreva **sinvastatina**⁴ 40mg (se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e **discuta**) à noite, uso contínuo, independente dos valores de colesterol.
 - Prescreva **AAS**⁵ 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés **clopidogrel**⁶ 75mg ao dia.
- Se RCV > 20% ou idade \geq 40 anos com diabetes e sem DCV confirmada¹: **ajude** paciente a decidir sobre uso de sinvastatina/estatinas. Discuta preferências, sucesso com fatores modificáveis, benefícios (menor benefício se mulher ou > 65 anos) e possíveis efeitos adversos (dor/fraqueza muscular). Se ele(a) decidir usar, prescreva **sinvastatina**⁴ 40mg (se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e **discuta**) à noite. Não há necessidade de monitorar valores de colesterol se uso de sinvastatina/estatinas para prevenção primária.

¹História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ²Coolesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL. ³Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ⁴Não prescrevasinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**. ⁵Não prescreva se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos ou uso de AINES, corticoide, varfarina.

Diabetes: diagnóstico

Teste para diabetes se:

- Paciente tem IMC ≥ 25 e 1 ou mais dos seguintes **fatores de risco para diabetes**:
 - Idade entre 40 e 70 anos
 - Hipertensão ou doença cardiovascular (DCV)
 - História familiar de diabetes em pais ou irmãos/ãs
 - Etnia Asiática ou Hispânica ou Africana
- Paciente tem sintomas de diabetes (sede, aumento da frequência urinária, perda de peso)
 - História prévia de diabetes gestacional ou bebê grande ($\geq 4,5\text{Kg}$)
 - História prévia de tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada
 - Síndrome do ovário policístico
 - HIV

Decida qual teste de glicemia fazer: solicite glicemia de jejum (após 8 horas de jejum) ou se tem sintomas de diabetes ou não está bem, verifique glicemia capilar aleatória

Glicemia capilar aleatória
< 130mg/dL

- Se IMC ≥ 25 e fatores de risco para diabetes (vide quadro acima): solicite glicemia de jejum e interprete.
- Se IMC < 25, rastreamento não indicado. Se dúvidas, **discuta**.

Glicemia capilar aleatória
130-200mg/dL

Solicite glicemia de jejum.

Glicemia capilar aleatória $\geq 200\text{mg/dL}$

Avalie se paciente necessita de atenção urgente:

- Inconsciência $\rightarrow 13$
- Dor no peito $\rightarrow 30$
- Convulsões $\rightarrow 15$
- Confusão
- Sonolência
- Respiração rápida e profunda
- Náuseas ou vômitos
- Dor abdominal
- Temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$
- Desidratação: mucosas secas, turgor da pele diminuído, olhos encovados, PA < 90/60, FC > 100

Não

Sim

Verifique sintomas de diabetes: sede, aumento da frequência urinária, perda de peso

Não: solicite glicemia de jejum

Sim

Verifique resultado da glicemia de jejum

< 110 mg/dL

- Avalie e maneje o RCV $\rightarrow 93$.
- Repita glicemia de jejum após 3 anos. Ou anual se DCV, hipertensão ou HIV.

110-125 mg/dL

- Paciente tem **glicemia de jejum alterada**.
- Repita glicemia de jejum em 1 semana

< 110 mg/dL

110 -125 mg/dL

≥ 126 mg/dL

Confirme com outra glicemia de jejum em 1 semana.

≥ 126 mg/dL

≥ 126 mg/dL

- Avalie e maneje o RCV $\rightarrow 93$.
- Repita glicemia de jejum após 1 ano.

Diagnosticue diabetes

- Se < 35 anos, considere diabetes tipo 1, **discuta**.
- Se ≥ 35 anos, ofereça cuidados de rotina para diabetes $\rightarrow 96$.

- Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1L EV em 2 horas depois 1L cada 4 horas.
- Encaminhe com **urgência**.

Diabetes: cuidados de rotina

- Atenda com urgência o paciente diabético com qualquer um dos seguintes:**
- Dor no peito → 30
 - Convulsões → 15
 - Diminuição da consciência, sonolência
 - Confusão ou comportamento atípico
 - Tremores
 - Sudorese
 - Palpitações
 - Fraqueza ou tontura
 - Respiração rápida e profunda
 - Náusea ou vômitos
 - Dor abdominal
 - Sede ou fome
 - Temperatura ≥ 38°C
 - Desidratação: mucosas secas, turgor da pele diminuído, olhos encovados, PA < 90/60, FC > 100

Se qualquer um dos acima, verifique glicemia capilar aleatória:

Glicose < 70 mg/dL

- Dê água com açúcar via oral/esfregue açúcar dentro da boca. Se diminuição da consciência ou glicemia ≤ 50 mg/dL, aplique **glicose 50% 25mL EV** em 1-3min.
- **Repita** se glicemia < 70mg/dL depois de 15 minutos.
- Dê comida assim que ele(a) possa comer com segurança.
- Identifique a causa e oriente sobre refeições e doses → 97. Se usa glibenclâmida ou insulina, **revise o tratamento**.
- Encaminhe no mesmo dia se recuperação incompleta. Continue **glicose 5% 1L EV** cada 6 horas.

Glicose ≥ 200 mg/dL

- Aplique **cloro de sódio 0,9% 1L EV** em 2 horas depois 1L cada 4 horas.
- Encaminhe com urgência.

Avalie o paciente com diabetes

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|---|--|--|
| Sintomas | Toda consulta | Maneje sintomas conforme página do sintoma. Pergunte sobre dor no peito → 30 e dor na perna → 53. |
| Planejamento familiar | Toda consulta | Avalie necessidades de contracepção → 119. Se gestante ou planejando engravidar, discuta . |
| RCV | No diagnóstico e anual | Avalie RCV → 93. |
| PA | Toda consulta | Se hipertensão conhecida → 99. Se não, verifique PA: se ≥ 140/90 → 98. |
| Olhos para retinopatia | No diagnóstico, anual e se problemas visuais | Encaminhe se diagnóstico recente de diabetes, problemas visuais, catarata ou retinopatia. |
| Pés | <ul style="list-style-type: none"> • Visual: toda consulta • Abrangente: no diagnóstico e anual, mais frequente se problemas | <ul style="list-style-type: none"> • Visual: procure úlcera, rachadura, calo, vermelhidão, calor, deformidade. • Abrangente: pulsos pés, reflexos, sensações nos dedos e pés • Se úlcera(s) → 63. Se infecção grave ou outras anormalidades, discuta. |
| Glicemia capilar aleatória | <ul style="list-style-type: none"> • Se sintomas • Se ajuste tratamento oral: cada 2 semanas • Se ajuste insulina: cada 3 dias | <ul style="list-style-type: none"> • Se aleatória ou em jejum < 70mg/dL ou ≥ 200 mg/dL dê atenção urgente como acima. • Se usa insulina, faça/oriente fazer pela manhã em jejum e interprete → 97. • Se aleatória ≥ 180mg/dL ou em jejum ≥ 140mg/dL, aumente dose → 97. • Se aleatória 70-179mg/dL ou em jejum 70-149mg/dL, mantenha dose e pare de medir. |
| HbA _{1c} : meta de < 7% (considere intervalo 7-7.9% ¹) | <ul style="list-style-type: none"> • Cada 6 meses se HbA_{1c} na meta • Cada 3 meses se HbA_{1c} acima da meta ou depois de mudanças no tratamento | <ul style="list-style-type: none"> • Se HbA_{1c} na meta: continue o mesmo tratamento para diabetes → 97 e repita HbA_{1c} em 6 meses. • Se HbA_{1c} acima da meta e boa adesão: intensifique o tratamento → 97 e repita HbA_{1c} após 3 meses. • Se HbA_{1c} acima da meta e má adesão: eduque sobre importância da adesão e repita HbA_{1c} após 3 meses. |
| RAC ² | No diagnóstico e anual se não usa enalapril | Se RAC elevado, exclua infecção urinária e repita duas vezes (em 3 e 6 meses) para confirmar nefropatia diabética. Se confirmada, inicie enalapril → 97. |
| Creatinina (TFGe) | <ul style="list-style-type: none"> • No diagnóstico e anual • Se > 75 anos: 2 semanas após iniciar/aumentar enalapril/losartan | <ul style="list-style-type: none"> • Se TFGe < 60 mL/min, discuta. • Se TFGe < 30 mL/min, encaminhe com prioridade. • Se diminuição de > 25 % após iniciar ou aumentar enalapril ou losartan, repita/confirme em 2 semanas discuta. |
| Potássio sérico | Se usa enalapril/losartan: 2 semanas após iniciar/aumentar e anual | Se potássio sérico ≥ 5,0 mEq/L: repita/ confirme imediatamente, discuta e considere reduzir dose de enalapril/losartan. |
| Colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TGC) | <ul style="list-style-type: none"> • No diagnóstico e anual • 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada | <ul style="list-style-type: none"> • Se CT > 300mg/dL, repita/confirme. Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta. Se TGC ≥ 500mg/dL, repita/confirme, avalie fatores modificáveis e discuta. • Se usa sinvastatina para DCV confirmada³, almeje reduzir não-HDL⁴ > 40%. Se ≤ 40%, repita/confirme, avalie adesão, fatores modificáveis e discuta. |

¹Almeje uma meta maior de HbA_{1c} se > 65 anos, expectativa de vida limitada, DCV confirmada (história atual/passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica), episódios de hipoglicemia, controle glicêmico difícil. ²Relação albumina/creatinina urinárias. ³História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ⁴Colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL.

Aconselhe o paciente com diabetes

- Ajude paciente a manejar seu RCV ↗ 94. Se fuma ↗ 108. Eduque importância da adesão e de uma alimentação saudável (muitos vegetais e menos comidas doces). Apoie para mudança ↗ 133.
- Se diagnóstico recente, má adesão ou absenteísmo, encaminhe para acompanhamento com o ACS e/ou equipe multiprofissional de apoio.
- Assegure-se de que paciente consiga reconhecer e manejar hipoglicemia (glicose < 70mg/dL, tremores, sudorese, palpitações, fraqueza, fome).
 - Oriente beber água com açúcar ou comer um doce/sanduíche. Carregar sempre algum doce. Evitar dirigir. Se convulsões/coma, esfregar açúcar dentro da boca.
 - Identifique e maneje à causa: aumento de exercícios, esquece refeições, uso inapropriado de medicamentos hipoglicemiantes/insulina, uso de álcool, infecções.
- Eduque paciente a cuidar de seus pés para prevenir úlceras e amputações: evitar andar descalço ou sem meias, lavar os pés em água morna e secar bem (principalmente entre os dedos), aplicar hidratante, não cortar calos, ter cuidado ao cortar as unhas. Observar os pés todos os dias e procurar atendimento se houver algum problema ou lesão.
- Se paciente estiver usando insulina, ofereça e eduque sobre automonitoramento da glicemia.

Trate o paciente com diabetes

- Se DCV confirmada¹:
 - Prescreva **sinvastatina**² 40mg se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e **discuta** à noite, uso contínuo, independente dos valores de colesterol.
 - Prescreva **AAS**³ 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés **clopidogrel**³ 75mg ao dia.
- Prescreva **enalapril** 5mg ao dia se nefropatia diabética confirmada com RAC, mesmo se não for hipertenso. **Aumente** 5mg cada 4 semanas até 20mg ao dia se PAS permanecer > 100 (ou até dose tolerada). Se enalapril não tolerado, prescreva ao invés **losartan** 25mg ao dia. **Aumente** para 50mg ao dia após 4 semanas. Não prescreva ambos se angioedema prévio.
- Prescreva **vacina pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos).
- Se após 3 meses de mudanças de estilo de vida a meta de HbA_{1c} não for alcançada ou se diagnóstico recente e hiperglicemia acentuada⁴: **inicie** medicamento hipoglicemiante de forma gradual como abaixo.
- Se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses com medicamento(s) na dose máxima (ou tolerada), passe para o próximo passo. Sempre confirme adesão antes de intensificar o tratamento.

| Passo | Medicamento | Dose inicial | Dose máxima | Observações |
|-------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| 1 | Metformina | 500-850mg ao dia, aumente lentamente cada 2 semanas. | 2550mg ao dia, dividido em 2-3 doses. | <ul style="list-style-type: none"> • Tome com ou após as refeições (1-3 vezes ao dia). • Aumente 500-850mg a cada 2 semanas se aderente ao tratamento e glicemia capilar aleatória ≥ 180mg/dL ou em jejum ≥ 140mg/dL. • Pode dar náuseas/diarreia/gases: autolimitados. Não pare. Se intolerável, aumente mais gradualmente ou considere metformina de ação prolongada. • Cuidado se TFGe 30-45mL/min ou creatinina > 1,5mg/dL, discuta. Não prescreva se TFGe < 30. |
| 2 | Acrescente glibenclamida | 5mg ao dia | 20mg ao dia, dividido em 2-3 doses. | <ul style="list-style-type: none"> • Continue metformina. Considere glibenclamida ao invés da metformina somente se intolerância confirmada/contraindicação à metformina. • Tome com café da manhã 1 vez ao dia ou dividida em 2-3 vezes ao dia se necessário. • Aumente 2,5mg a cada 2 semanas se aderente ao tratamento e glicemia capilar aleatória ≥ 180mg/dL ou em jejum ≥ 140mg/dL. • Evite se > 65 anos, se profissão em que a hipoglicemia possa ser um problema, doença renal ou hepática. |
| 3 | Acrescente insulina NPH basal | 0,1-0,2 U/kg ou 10UI subcutânea ao dia. | - | <ul style="list-style-type: none"> • Continue metformina. Diminua glibenclamida gradualmente até parar. • Oriente aplicar dose inicial ao dormir (ou 22h). Se > 30U ao dormir, divida dose em duas vezes ao dia, com 2/3 de manhã e 1/3 à noite. • Monitore glicemia capilar matinal em jejum a cada 3 dias e ajuste a dose de insulina se necessário: <ul style="list-style-type: none"> - Se glicemia 70-130mg/dL, mantenha mesma dose. - Se glicemia > 130mg/dL, aumente dose diária em 4U. - Se glicemia < 70mg/dL, reduza dose diária em 4U. • Eduque sobre o uso do automonitoramento da glicose sanguínea: <ul style="list-style-type: none"> - Almeje glicose 70-130 mg/dL antes das refeições e < 180 mg/dL 2 horas após as refeições. - Uma vez estável, o paciente necessita verificar a glicemia capilar matinal em jejum somente uma vez por semana. • Eduque sobre o uso da insulina: <ul style="list-style-type: none"> - Explique técnica e locais recomendados para injeção da insulina: abdome, coxas, parte superior dos braços. - Oriente guardar a insulina na geladeira ou em ambiente frio e escuro. - Assegure-se de que paciente sabe reconhecer e como proceder em caso de hipoglicemia ou hiperglicemia. - Descarte agudas/seringas/lancetas no centro de saúde. • Se dose total diária > 1,0 U/kg, paciente aderente ao tratamento e HbA_{1c} > 8%, ou dúvidas, discuta/encaminhe. |

Reavalie o paciente com diabetes a cada 6 meses após estável.

¹História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ²Não prescreva sinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir; considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**. ³Não prescreva se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispesia, > 65 anos ou uso de AINEs, corticoide, varfarina. ⁴Marcadamente sintomático, doença renal, glicemia de jejum ≥ 200mg/dl ou HbA_{1c} ≥ 8,5%, considere iniciar com um/dois medicamentos orais ou com insulina (com/sem outros medicamentos).

Hipertensão: diagnóstico

Verifique a Pressão Arterial (PA)

- Deixe o paciente sentado recostado na cadeira com o braço apoiado ao nível do coração por 5 minutos.
- Use um manguito maior se a circunferência medial do braço for > 34cm.
- Primeiro verifique a PA em ambos os braços. Se diferença > 20mmHg entre os braços, repita em ambos. Se diferença continua > 20mmHg, use o braço com maior valor para as aferições seguintes.
- Depois verifique a PA no braço escolhido por duas vezes com 5 minutos de diferença entre as aferições. Use a medida com menor valor para determinar a PA do paciente.
- Considere fatores que influenciam no valor da PA: se tomou bebida com caféina, fumou tabaco, fez atividade física intensa nos últimos 30 minutos ou está estressado ou com dor, verifique PA após pelo menos 30 minutos. Oriente paciente evitar falar enquanto mede PA.
- Se gestante, interprete resultados →121.

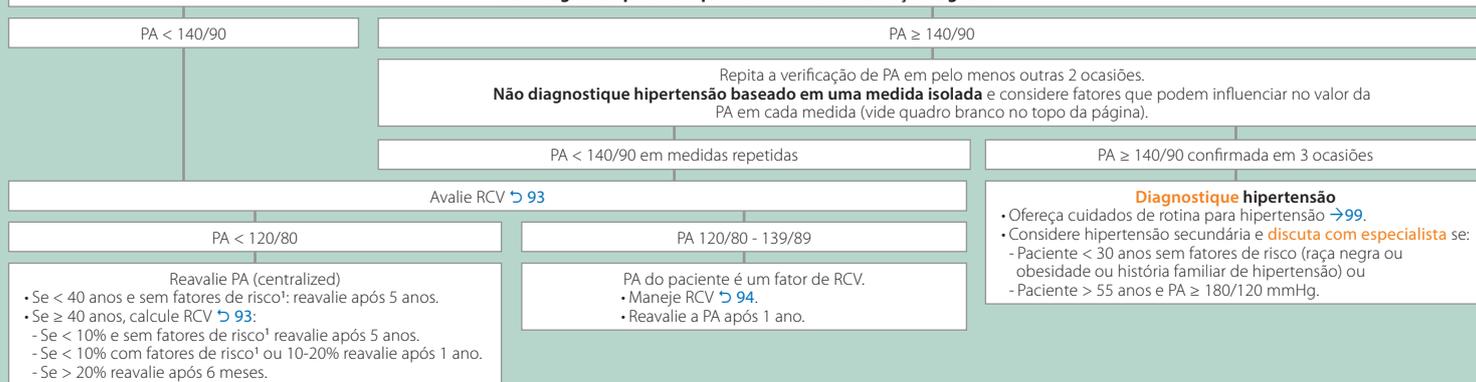
Atenda com urgência o paciente com PA ≥ 180/110 e um ou mais dos seguintes:

- Alterações visuais
- Tontura
- Fraqueza ou dormência
- Confusão
- Dor de cabeça
- Dor no peito →30.
- Falta de ar que piora ao deitar ou com edema de MMII →101.
- PA > 210/130
- Início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou AIT →103.

Maneje:

- Evite dar antihipertensivos pois podem causar uma queda intensa na PA e AVC. Discuta com especialista sobre prescrever medicamentos hipotensores antes de encaminhar.
- Encaminhe com urgência.

Abordagem do paciente que não necessita de atenção urgente



¹Diabetes, tabagismo, IMC > 25, circunferência abdominal > 88 cm (mulher) ou > 102 cm (homem) ou pais/irmãos com DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos).

Hipertensão: cuidados de rotina

| Avalie o paciente com hipertensão | | |
|---|--|--|
| Avalie | Quando avaliar | Observações |
| Sintomas | Toda consulta | Maneje sintomas conforme a página do sintoma. Pergunte sobre sintomas de insuficiência cardíaca ↗ 101, doença cardíaca isquêmica ↗ 104 ou derrame/AIT ↗ 103. |
| Uso de álcool/drogas | No diagnóstico, se PA não controlada | No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses¹/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↗ 107 |
| Medicamentos | No diagnóstico, se PA não controlada | AINEs, contraceptivos combinados, antidepressivos, descongestionantes (como pseudoefedrina), medicamentos fitoterápicos e para emagrecer podem aumentar a PA ou interagir com antihipertensivos. Considere parar ou trocar . |
| PA | <ul style="list-style-type: none"> Verifique 2 medidas cada consulta. Para o método correto ↗ 98. | <ul style="list-style-type: none"> Se PA < 140/90 (< 150/90 se ≥ 60 anos e sem diabetes), PA está controlada: continue tratamento e reavalie a cada 6 meses. Se PA ≥ 140/90 (≥ 150/90 se ≥ 60 anos e sem diabetes), PA não está controlada: decida tratamento ↗ 100. Se ≥ 180/110: verifique necessidade de atenção urgente ↗ 98. |
| RCV | No diagnóstico e anual | Avalie RCV ↗ 93. |
| Pulso | No diagnóstico e anual | Se irregular, solicite ECG e discuta/interprete . |
| Auscultação cardíaca | Toda consulta | Se sopro diastólico/sistólico acentuado/holossistólico ou frêmito sistólico, solicite ecocardiograma . Se dúvidas, discuta . |
| Abdome | No diagnóstico | Se massa pulsátil, solicite USG e discuta para considerar avaliações adicionais. |
| Olhos para retinopatia | No diagnóstico e cada 1-2 anos se PA não controlada | Faça fundoscopia . Se estreitamento arteriolar, compressão arteriovenosa, hemorragias ou exsudados da retina, papilema: provável retinopatia . Se provável retinopatia, problemas visuais, catarata ou profissional não treinado para fundoscopia, encaminhe. |
| Glicose | No diagnóstico, então anual | Verifique glicose ↗ 95. Se diabetes conhecida ↗ 96. |
| Creatinina (TFGe) e potássio | <ul style="list-style-type: none"> No diagnóstico, então anual Se > 75 anos: 2 semanas após iniciar/aumentar enalapril/losartan | <ul style="list-style-type: none"> Se TFGe < 60 mL/min, discuta. Se diminuição de > 25 % repita em 2 semanas e discuta. Se TFGe < 30 mL/min, encaminhe com prioridade. Se potássio sérico ≤ 3,0 mEq/L: repita/confirme imediatamente, discuta e considere reduzir a dose de enalapril ou losartan. |
| Exame de urina (PU) | No diagnóstico, então anual | Se proteinúria, verifique a relação albumina/creatinina urinárias (RAC). Se RAC aumentada ou hematúria, exclua infecção urinária, repita/ confirme e discuta . Na presença de glicose, rastreie para diabetes ↗ 95. |
| Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TGC) | <ul style="list-style-type: none"> No diagnóstico e anual 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada² | <ul style="list-style-type: none"> Se CT > 300mg/dL, repita/confirme. Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta. Se TGC ≥ 500mg/dL, repita/confirme, avalie fatores modificáveis e discuta. Se usa sinvastatina para DCV confirmada², almeje reduzir não-HDL³ > 40%. Se ≤ 40%, repita/confirme, avalie adesão, fatores modificáveis e discuta. |
| ECG | No diagnóstico, então anual se PA não está controlada | Interprete e se sinais de hipertrofia ventricular esquerda, considere insuficiência cardíaca ↗ 101. Se outras alterações ou pulso irregular com ECG normal, discuta . |

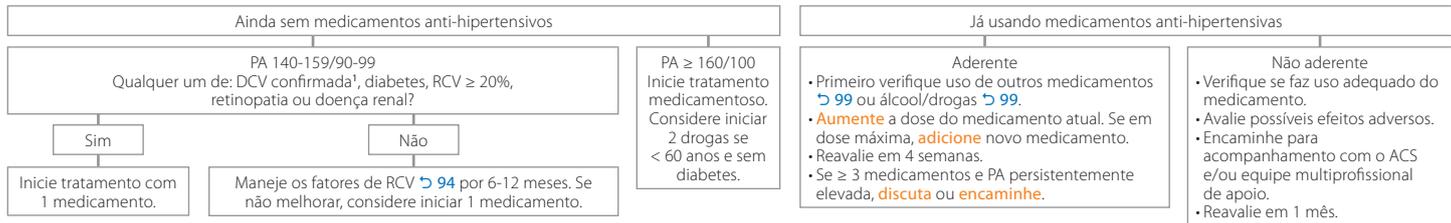
Aconselhe o paciente com hipertensão

- Ajude paciente a manejar seu RCV ↗ 94. Enfatize para paciente: restringir sal (≤ 1 colher de chá ao dia), perder peso e parar de fumar. Se fuma ↗ 108.
- Se diagnóstico recente, má adesão ou absenteísmo, encaminhe para acompanhamento com o ACS e/ou equipe multiprofissional de apoio.
- Orientar paciente a evitar AINEs (como o ibuprofeno), contraceptivos orais que contenham estrogênio ↗ 119. Se gestante ou planejando engravidar, **discuta**.
- Explique a importância da adesão e que o tratamento da hipertensão é por toda a vida para prevenir derrame (AVC), doença cardíaca e renal.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ²História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ³Colesterol não-HDL (não-HDL) = colesterol total menos HDL.

Trate o paciente com hipertensão

- Se DCV confirmada¹:
 - Prescreva **sinvastatina**² 40mg se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e **discuta** à noite, uso contínuo, independente dos valores de colesterol.
 - Prescreva **AAS**³ 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés **clopidogrel**³ 75mg ao dia.
- Se PA não controlada, prescreva tratamento anti-hipertensivo segundo o algoritmo e tabela abaixo:



| Medicamento | Decida qual medicamento utilizar | Dose inicial | Dose máxima | Efeitos adversos |
|--------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| Hidroclorotiazida | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de primeira escolha. • Não preceva se gota, TFGe < 30mL/min, ou doença hepática grave. Cuidado se tolerância diminuída à glicose, diabetes ou colesterol elevado. | 12,5mg ao dia pela manhã | 25mg ao dia | Tolerância diminuída à glicose, crise de gota, alterações gastrointestinais. |
| Enalapril | <ul style="list-style-type: none"> • Primeira escolha se diabetes, doença renal ou hipertrofia ventricular esquerda. Não preceva se angioedema prévio. • Adicione à hidroclorotiazida se o paciente necessitar > 1 medicamento. | 5mg ao dia ou dividido em 2 doses | 40mg ao dia, dividido em 2 doses | Tosse (comum, substitua por losartan 50-100mg ao dia), tontura, angioedema (edema de língua, lábios, face, falta de ar: pare enalapril/losartan imediatamente) ↘ 25 |
| Anlodipino | Use se doença arterial periférica ou doença de Raynaud. Use antes de enalapril/losartan ou considere como primeira escolha em negros. Discuta se paciente tem insuficiência cardíaca. Se usa sinvastatina 40mg ao dia, considere reduzir dose para 20mg ao dia, discuta . | 2,5mg ao dia | 10mg ao dia | Edema em tornozelo, tontura, rubor em face, dor de cabeça, fadiga. |
| Propranolol | <ul style="list-style-type: none"> • Use se doença cardíaca isquêmica ou intolerância aos outros medicamentos. • Não preceva se insuficiência cardíaca descompensada, DPOC/asma grave, FC < 60 antes do tratamento. • Se DPOC/asma leve/moderada, DAP ou baixa adesão devido à posologia de cada 12 horas do propranolol: discuta e prescreva ao invés atenolol 50-100mg ao dia. • Se intolerante ao propranolol ou atenolol, discuta. | 40mg a cada 12 horas | 320mg ao dia dividido em 2-3 doses | Sensação de apreensão torácica, fadiga, bradicardia, dor de cabeça, mãos/pés frios, impotência. |

Se PA controlada por ao menos 1 ano e RCV < 10%, considere **reduzir/parar** medicamento anti-hipertensivo. Reavalie mensalmente por 6 meses, então cada 6 meses por 1 ano após parada.

Reavalie paciente com hipertensão não controlada cada 4 semanas e paciente com hipertensão controlada cada 6 meses.

¹História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ²Não preceva sinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**. ³Não preceva se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos ou uso de AINEs, corticoide, varfarina.

Insuficiência cardíaca: cuidados de rotina

O paciente com insuficiência cardíaca tem edema dos membros inferiores e falta de ar que piora com os esforços/deitado. **Confirme o diagnóstico, se houver dúvida discuta.**

Atenda com urgência o paciente com insuficiência cardíaca e um ou mais dos seguintes:

- Dor no peito →30.
- Piora rápida dos sintomas
- PA < 90/60
- FR > 30 em repouso
- Novos sibilos

Maneje e encaminhe com urgência:

- Mantenha o paciente sentado e se SaO₂ < 90% ou oxímetro não disponível, aplique O₂ via cânula nasal (2-3 litros/minuto).
- Se PA sistólica > 90: aplique **furosemida** 40mg EV lentamente. Se paciente faz uso crônico de furosemida oral, aplique a mesma dose diária de furosemida de forma EV (máximo de 160mg). Se não responder após 2 horas aplique o dobro da dose inicial (dose máxima total de 600mg/dia). Se furosemida EV não disponível, dê por via oral.
- Se PA sistólica > 110: dê **dinitrato de isossorbida** 5mg sublingual mesmo se não tiver dor no peito. Repita a cada 4 horas.

Avalie o paciente com insuficiência cardíaca

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|--|--|--|
| Sintomas | Toda consulta | Maneje sintomas conforme a página do sintoma. Se tosse ou falta de ar → 31. Encaminhamento no mesmo dia se T ≥ 38°C, febre/calafrios ou desmaio/apagões. |
| Planejamento familiar | Toda consulta | Avalie necessidades de contracepção → 119. Se gestante ou planejando engravidar, discuta . |
| Uso de álcool/drogas | Toda consulta | No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ¹ /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um → 107. |
| Depressão | Toda consulta | No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um → 109 |
| Peso/Status hidrico | Toda consulta | Sobrecarga hídrica está presente se: peso maior em relação ao peso do paciente assintomático, estertores pulmonares, distensão jugular, pernas inchadas. |
| PA | Toda consulta | Se hipertensão conhecida → 99, discuta para definir meta. Se não, verifique PA: se ≥ 140/90 → 98. |
| Pulsos | Toda consulta | Se irregular, solicite ECG e discuta . Se nova irregularidade de pulso, discuta e considere encaminhar no mesmo dia. |
| Creatinina (TFGe) e potássio | • No diagnóstico e semestral • 2 semanas após iniciar/aumentar enalapril/losartan/espironolactona | • Se TFGe < 60 mL/min, discuta . Se diminuição de > 25 % repita em 2 semanas e discuta . Se TFGe < 30 mL/min, encaminhe com prioridade . • Se potássio sérico ≥ 5,0 mEq/L: repita/ confirme imediatamente, pare espironolactona, considere reduzir a dose de enalapril ou losartan e discuta . |
| Colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TGC) | • No diagnóstico e anual • 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada ² | • Se CT > 300mg/dL, repita/ confirme . Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta . Se TGC ≥ 500mg/dL, repita/ confirme , avalie fatores modificáveis e discuta . • Se usa sinvastatina para DCV confirmada ² , almeje reduzir não-HDL ³ > 40%. Se ≤ 40%, repita/ confirme , avalie adesão, fatores modificáveis e discuta . |
| Outros testes | • No diagnóstico • Se necessário | • Solicite ecocardiograma , ECG , rx de tórax . • Solicite: HMG , sódio , TGO , TGP , gama-GT , exame de urina (PU) , TSH , glicose . • Discuta se resultados anormais. |

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ²História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ³Colesterol não-HDL (não-HDL) = colesterol total menos HDL.

Aconselhe o paciente com insuficiência cardíaca

- Eduque sobre a importância da adesão para garantir o sucesso do tratamento mesmo se assintomático.
- Ajude paciente a manejar seu RCV ➤ 94. Enfatize para paciente: restringir sal (≤ 1 colher de chá ao dia, não substituir por sais ricos em potássio, eduque para verificar quantidade de sal nos alimentos processados), perder peso e parar de fumar. Se fuma tabaco ➤ 108.
- Aconselhe a restringir a ingestão de líquidos para 1,5L/dia (6 copos) e se possível monitorar o peso diariamente. Se diarreia/vômitos e em uso de diurético, aconselhe a não restringir ingestão hídrica e parar o uso dos diuréticos até 2 dias após diarreia/vômitos resolverem. Se houver ganho de ≥ 2 kg em 2 dias, aconselhe retornar ao centro de saúde.

Trate o paciente com insuficiência cardíaca

- Prescreva **vacina pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos).
- Aplique os 3 passos abaixo. Se paciente mantém sintomas apesar de aderente a todos os passos, **discuta com especialista** para considerar iniciar espironolactona ou encaminhar com prioridade.

| Passo | Medicamento | Dose inicial | Dose máxima | Observações |
|-------|-----------------------------|---|----------------------|--|
| 1 | Prescreva furosemida | 40mg ao dia ou em 2 doses divididas pela manhã e no almoço. | 240mg ao dia | <ul style="list-style-type: none"> • Use se insuficiência cardíaca moderada-grave ou TFGe < 60mL/min. • Ajuste a dose conforme o status hídrico: aumente a dose em 40mg/dia de acordo com a resposta. Objetivo perda de peso de 1kg/dia. • Continue com a menor dose possível para prevenir sobrecarga hídrica (peso maior em relação ao peso quando assintomático, estertores pulmonares, distensão jugular, pernas inchadas) |
| | ou hidroclorotiazida | 25mg ao dia pela manhã | 50mg ao dia | <ul style="list-style-type: none"> • Use se insuficiência cardíaca leve e TFGe ≥ 60mL/min. • Não precreva se gota e doença hepática grave. |
| 2 | Adicione enalapril | 5mg a cada 12 horas | 20mg a cada 12 horas | <ul style="list-style-type: none"> • Aumente gradualmente . Continue até a dose máxima tolerada. • Não precreva se angioedema prévio. Se tosse: substitua por losartan 50-100mg ao dia . Se angioedema (edema de língua, lábios, face, falta de ar): pare enalapril /losartan imediatamente ➤ 25. |
| 3 | Adicione carvedilol | 3,125mg a cada 12 horas | 25mg a cada 12 horas | <ul style="list-style-type: none"> • Inicie quando já em uso do enalapril e sem edema. Dobre a dose a cada 2 semanas. Continue com a dose máxima tolerada. • Não precreva se insuficiência cardíaca descompensada, DPOC/asma grave. Cuidado se DPOC/asma leve/moderada, DAP, FC < 60 antes do tratamento: discuta . |

Derrame (AVC): diagnóstico e cuidados de rotina

Início súbito de qualquer um dos seguintes sugere um derrame (AVC) ou um acidente isquêmico transitório (AIT):

- Fraqueza ou dormência da face, braços ou pernas, especialmente se unilateral
- Dificuldade em falar ou entender o que é dito
- Visão borrada ou diminuída em um ou em ambos os olhos ou visão dupla
- Dificuldade em caminhar, tontura, perda de equilíbrio ou de coordenação

Confirme o diagnóstico de derrame (AVC) e maneje como abaixo se < 7 dias do início dos sintomas. Discuta se > 7 dias do início dos sintomas.

Atenda com urgência o paciente com derrame/AIT se < 7 dias do início dos sintomas:

- Se SaO₂ < 95% ou oxímeter não disponível, aplique oxigênio via cânula nasal (1-2L/min).
- Verifique a glicemia: se < 70mg/dL aplique **glicose 50%** 25mL EV em 1-3 minutos. Verifique novamente em 15 minutos. Se ainda < 70mg/dL repita glicose 50% 25mL EV em 1-3 minutos.
- Mantenha o paciente sem nada pela boca até que a capacidade de deglutir seja formalmente avaliada.
- Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1L EV a cada 4-6 horas. Não prescreva fluidos contendo glicose/dextrose pois a glicose plasmática elevada pode piorar o derrame (AVC).
- Se PA ≥ 220/120, discuta com especialista sobre necessidade de tratamento pré-encaminhamento. Se PA elevada for < 220/120, evite tratamento pois pode piorar o derrame.

Encaminhe com urgência para considerar trombólise (para unidade especializada em derrame, se disponível).

Avalie o paciente com derrame/AIT

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|--|---|--|
| Sintomas | Toda consulta | Pergunte sobre sintomas de outro derrame/AIT, dor no peito ↳ 30 ou dor na perna ↳ 53 . Maneje outros sintomas conforme página do sintoma. |
| Depressão | Toda consulta | No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↳ 109 . |
| Necessidades de reabilitação | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhe para a fisioterapia se problemas de mobilidade. • Encaminhe para fonoaudiologia se problemas de deglutição, fala, tosse pós-alimentar, produção excessiva de saliva. |
| PA | Toda consulta | Se HAS conhecida ↳ 99 . Se não, verifique PA: se ≥ 140/90 ↳ 98 . Se diagnóstico de HAS recente, evite iniciar tratamento até > 48 horas após AVC. |
| Pulso | No diagnóstico | Se irregular, solicite ECG (veja abaixo). |
| Auscultação cardíaca e carotídea | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Se sopro diastólico/sistólico acentuado/holossistólico ou frêmito sistólico, solicite ecocardiograma. Se dúvidas, discuta. • Se sopro carotídeo, solicite USG e discuta. |
| Glicose | No diagnóstico, então anual | Verifique glicose ↳ 95 . Se diabetes conhecida ↳ 96 . |
| Colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TGC) | <ul style="list-style-type: none"> • No diagnóstico e anual • 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Se CT > 300mg/dL, repita/confirme. Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 65 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta. Se TGC ≥ 500mg/dL, repita/confirme, avalie fatores modificáveis e discuta. • Se usa sinvastatina para DCV confirmada¹, almeje reduzir não-HDL² > 40%. Se ≤ 40%, repita/confirme, avalie adesão, fatores modificáveis e discuta. |
| HIV | No diagnóstico ou se status desconhecido | Teste para HIV ↳ 81 . |

Aconselhe o paciente com derrame/AIT

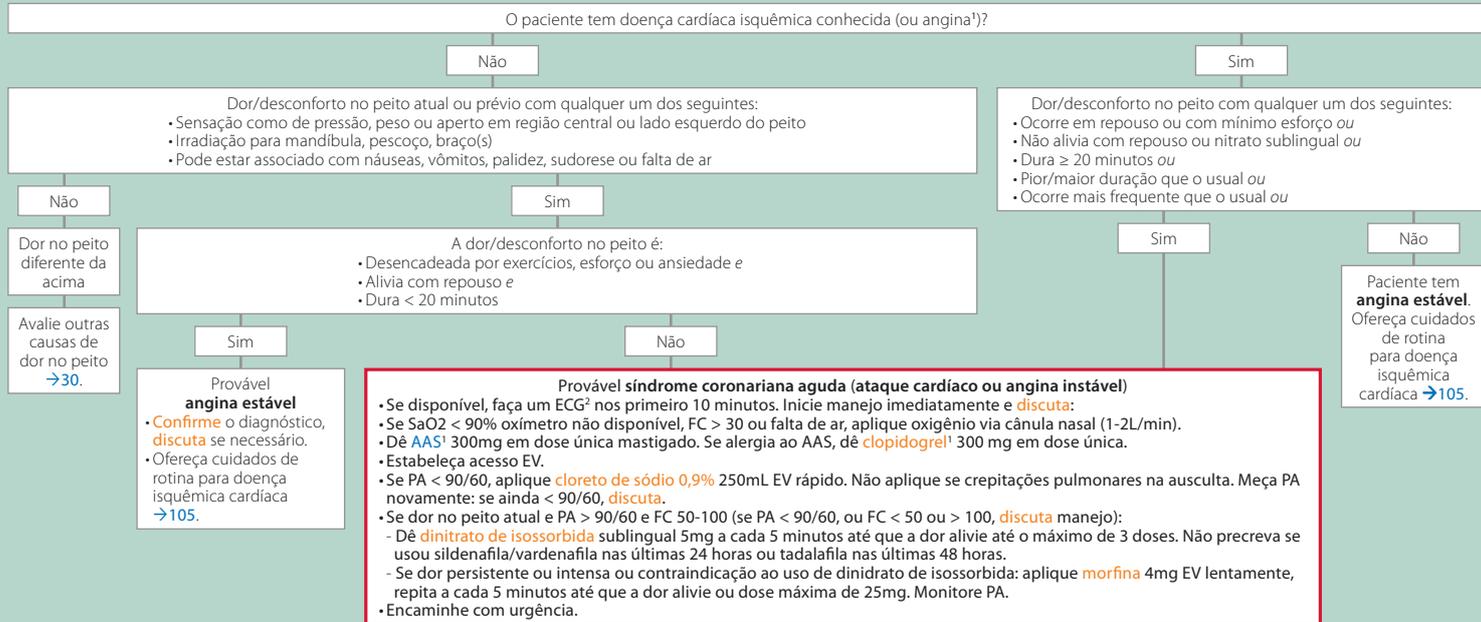
- Aconselhe o paciente a procurar atendimento médico imediato se os sintomas recorrerem. O tratamento rápido de um derrame/AIT pequeno pode reduzir o risco de um derrame (AVC) maior.
- Ajude paciente a manejar seu RCV **↳ 94**. Eduque sobre a importância da adesão. Se fuma tabaco **↳ 108**. Apoie para mudança **↳ 133**. Encaminhe para grupos de apoio.
- Se o paciente tem < 55 anos (homem) ou < 65 anos (mulher), recomende avaliação do RCV dos parentes de primeiro grau **↳ 93**.
- Não preveja contraceptivos orais que contenham estrogênio. Aconselhe sobre outros métodos como DIU, contraceptivos injetáveis ou orais contendo somente progestágenos **↳ 119**.

Trate o paciente com derrame/AIT

- Prescreva **AAS³** 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés **clopidogrel³** 75mg ao dia.
- Prescreva **sinvastatina⁴** 40mg se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e **discuta** à noite, uso contínuo, independente dos valores de colesterol.

¹História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ²Colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL. ³Não preveja se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos ou uso de AINEs, corticoide, varfarina. ⁴Não preveja sinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**.

Doença cardíaca isquêmica: avaliação inicial



¹Não precreva se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos ou uso de AINES, corticoide, varfarina.

Doença cardíaca isquêmica: cuidados de rotina

Avalie o paciente com doença cardíaca isquêmica

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|---|--|--|
| Sintomas | Toda consulta | Faça avaliação inicial se não tiver feito ↗ 104. Também pergunte sobre dor na perna ↗ 53 e sintomas de derrame/AVC ↗ 103. |
| Depressão | Toda consulta | No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↗ 109 |
| PA | Toda consulta | Se hipertensão conhecida ↗ 99. Se não, verifique PA: se $\geq 190/40$ ↗ 98. |
| Glicose | No diagnóstico, então anual | Verifique glicose ↗ 95. Se diabetes conhecida ↗ 96. |
| Coolesterol total (CT), HDL e triglicérides (TGC) | • No diagnóstico e anual • 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada ¹ | • Se CT > 300mg/dL, repita/ confirme . Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta . Se TGC ≥ 500 mg/dL, repita/ confirme , avalie fatores modificáveis e discuta . • Se usa sinvastatina para DCV confirmada ¹ , almeje reduzir não-HDL ² > 40%. Se $\leq 40\%$, repita/ confirme , avalie adesão, fatores modificáveis e discuta . |

Aconselhe o paciente com doença cardíaca isquêmica

- Ajude paciente a manejar seu RCV ↗ 94. Se fuma ↗ 108
- Paciente pode retornar atividade sexual 6 semanas após um ataque cardíaco se livre de sintomas. Se disponível, encaminhe paciente para reabilitação cardíaca assim que possível.
- Enfatize a importância da adesão aos medicamentos por toda vida para garantir o sucesso do tratamento. Garanta que paciente sabe como usar o nitrato sublingual como descrito abaixo.
- Oriente o paciente a evitar AINEs (como ibuprofeno, nimesulida, diclofenaco), pois eles podem precipitar dor no peito ou um ataque cardíaco.
- Se o paciente tem < 55 anos (homem) ou < 65 anos (mulher), recomende avaliação do RCV dos parentes de primeiro grau ↗ 93.

Trate o paciente com doença cardíaca isquêmica

- Prescreva AAS³ 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés **clopidogrel**³ 75mg ao dia. Se doença valvar ou fibrilação atrial, **encaminhe** para substituir o AAS/clopidogrel por varfarina.
- Após um evento agudo ou intervenção coronariana/carotídea (ex. colocação de stent), continue AAS e prescreva também **clopidogrel**³ 75mg ao dia por 1 ano.
- Prescreva **sinvastatina**⁴ 40mg se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e **discuta** à noite, uso contínuo, independente dos valores de colesterol.
- Prescreva **propranolol** 40mg cada 12 horas mesmo se sem angina. Almeje FC = 50-60. Se necessário, **aumente** lentamente até 240mg dividido em 2-3 doses. Consulte tabela abaixo sobre propranolol.
- Se o paciente também tem hipertensão, diabetes ou doença renal crônica, prescreva **enalapril** 5mg cada 12 horas e **aumente** lentamente até 10mg cada 12 horas. Se enalapril não for tolerado prescreva **losartan** 50mg/dia ao invés. Não prescreva ambos se angioedema prévio.
- Prescreva **vacina pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos)
- Se o paciente tem angina, trate usando medicamentos de forma gradual como tabela abaixo. Se angina persistir por 4 semanas após iniciar/mudar o medicamento, aumente para dose máxima, e então adicione o próximo passo. Confirme a adesão do paciente antes de intensificar o tratamento.

| Passo | Medicamento | Dose inicial | Dose máxima | Observações |
|-------|---|--|---|--|
| 1 | Dinitrato de isossorbida se angina/antes de esforços e Propranolol | 5mg sublingual se angina 40mg cada 12 horas | 3 doses de 5mg em 1 episódio de angina 320mg/dia dividido em 2-3 doses | Ao iniciar a angina, pare imediatamente e tome a 1ª dose. Se angina persistir, tome até 2 doses adicionais cada 5min. Se não melhorar 5 min após 3ª dose, procure atendimento urgente. Não precreva se usou sildenafil/vardenafila < 24h ou tadalafila < 48 horas. Não precreva se insuficiência cardíaca descompensada, DPOC/asma grave/descontrolada, FC < 50 antes do tratamento, PA sistólica < 100. Se DPOC/asma leve ou moderada, DAP ou baixa adesão devido a posologia de cada 12 horas do propranolol: discuta e prescreva ao invés atenolol 50-100mg ao dia. Se efeitos adversos (sensação de apreensão torácica, fadiga, bradicardia, dor de cabeça, mãos ou pés frios, impotência) substitua por anlodipino 5-10mg/dia |
| 2 | Anlodipino | 5mg pela manhã | 10mg ao dia | Não precreva se insuficiência cardíaca descompensada, discuta . Se efeitos adversos (edema em tornozelo, tontura, rubor em face, dor de cabeça, fadiga): oriente que geralmente são autolimitados. Se sintomas não toleráveis: discuta . |
| 3 | Mononitrato de isossorbida | 20mg cada 12 horas | 40mg cada 12 horas | Não precreva se glaucoma de ângulo fechado ou uso de: sildenafil, tadalafila ou valdenafila. |

Discuta/encaminhe se angina persiste/interfere nas atividades cotidianas apesar do tratamento

¹História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ²Colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL. ³Não precreva se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos ou uso de AINEs, corticoide, varfarina. ⁴Não precreva sinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**.

Doença Arterial Periférica (DAP): diagnóstico e cuidados de rotina

- Doença arterial periférica é caracterizada por claudicação: dor muscular (tipo câimbras) ao caminhar/exercitar-se, a dor é na parte inferior da perna, coxa ou nádega e alivia com repouso.
- Pulso(s) da(s) perna(s) estão reduzidos e pele pode estar fria, brilhante e sem pêlos. Pode ter dor inexplicada no pé em repouso (pior à noite), feridas que não cicatrizam nas pernas.

Atenda com urgência o paciente com doença arterial periférica e um ou mais dos seguintes:

- Início súbito de dor intensa na perna ao repouso com qualquer um dos seguintes na perna: dormência, fraqueza, palidez, ausência de pulso: provável **isquemia aguda de membro**.
- Dor na perna que ocorre em repouso, úlcera ou gangrena na perna: provável **isquemia crítica de membro**.
- Massa pulsátil no abdome com dor abdominal/nas costas ou PA < 90/60: provável **ruptura de aneurisma de aorta abdominal**.

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável **ruptura de aneurisma de aorta abdominal**: não aplique fluidos EV mesmo se PA < 90/60 (aumentar a pressão arterial pode piorar a ruptura).

Avalie o paciente com doença arterial periférica

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|---|---|---|
| Sintomas | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Maneje sintoma conforme página do sintoma. Pergunte sobre dor no péiro ↗ 30 e sintomas de derrame/AIT ↗ 103 • Registre a distância de caminhada antes do início da claudicação. |
| PA | Toda consulta | Se hipertensão conhecida ↗ 99. Se não, verifique PA: se $\geq 190/40$ ↗ 98. |
| Pernas e pés | Toda consulta | Avalie para dor, pulsos, sensações, deformidades, problemas de pele. Para orientações de rastreamento/cuidado dos pés ↗ 54. |
| Abdome | Toda consulta | Se palpar massa pulsátil, solicite USG e discuta para avaliações adicionais |
| Glicose | No diagnóstico, então anualmente | Verifique glicose ↗ 95. Se diabetes conhecida ↗ 96. |
| Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TGC) | <ul style="list-style-type: none"> • No diagnóstico e anual • 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Se CT > 300mg/dL, repita/confirme. Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta. Se TGC ≥ 500mg/dL, repita/confirme, avalie fatores modificáveis e discuta. • Se usa sinvastatina para DCV confirmada¹, almeje reduzir não-HDL² > 40%. Se $\leq 40\%$, repita/confirme, avalie adesão, fatores modificáveis e discuta. |

Aconselhe o paciente com doença arterial periférica

- Ajude o paciente a manejar seu RCV ↗ 94.
- Oriente a manter pernas aquecidas e abaixo do nível do coração (especialmente à noite), e evite medicamentos descongestionantes que façam vasoconstrição.
- Se fuma tabaco ↗ 108. Apoie para mudança ↗ 133.
- Oriente paciente que a atividade física é uma parte importante do tratamento. Ela aumenta o suprimento de sangue para as pernas e pode significar melhora dos sintomas.
- Se o paciente tem < 55 anos (homem) ou < 65 anos (mulher), recomende avaliação do RCV dos parentes de primeiro grau ↗ 93.

Trate o paciente com doença arterial periférica

- Oriente exercícios (como caminhadas em passos rápidos) por 30 minutos pelo menos 3 vezes na semana (de preferência diariamente). Oriente paciente a parar e descansar quando tiver claudicação.
- Prescreva **AAS**³ 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés **clopidogrel**³ 75mg ao dia. Se doença valvar ou fibrilação atrial, **encaminhe** para substituir o AAS/clopidogrel por varfarina.
- Prescreva **sinvastatina**⁴ 40mg se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e **discuta** à noite, uso contínuo, independente dos valores de colesterol.

- Reavalie o paciente com doença arterial periférica a cada 3 meses até estável (suportando atividades cotidianas e com PA, glicemia e dislipidemia controladas), então a cada 6 meses
- **Discuta/encaminhe** se sintomas inaceitáveis apesar de aderente ao tratamento, exercícios e às modificações de estilo de vida, dor ao repouso ou se úlcera/ferida que não cicatriza..

¹História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ²Colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL. ³Não prescreva se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos ou uso de AINEs, corticoide, varfarina. ⁴Não prescreva sinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**.

Uso de álcool/drogas

Avalie o paciente que usa qualquer droga ou bebe álcool de forma que o coloca em risco de dano/dependência. Isso inclui bebedeiras ocasionais ou uso diário. Se fuma tabaco [▷ 108](#).

Avalie o paciente com uso arriscado de álcool ou qualquer outra droga

| Avalie | Observações |
|--------------|---|
| Sintomas | <ul style="list-style-type: none"> • Se parou/reduziu e está com inquietação, agitação, dificuldades para dormir, confusão, ansiedade, alucinações, sudorese, tremores, dor de cabeça ou náusea/vômitos, trate provável abstinência ▷ 70. • Se agressivo/violento ou comportamento descontrolado ▷ 69. • Pergunte sobre pensamentos ou planos de suicídio ▷ 68. |
| Riscos/danos | <ul style="list-style-type: none"> • Uso é arriscado se bebe > 14 doses*/semana ou ≥ 4 doses*/sessão, isso aumenta o risco de dano e dependência. • Uso é nocivo se causa danos físicos (ferimentos, problemas de fígado e estômago), mentais (depressão), sociais (relações, legais ou financeiros) ou práticas sexuais de risco². |
| Dependência | Paciente tem dependência se ≥ 3 de: necessidade intensa de uso; dificuldade de controlar uso; abstinência ao parar/reduzir; tolerância (necessita mais); negligência outros interesses; continua uso apesar de dano. |
| Estressores | Ajude identificar fatores domésticos, sociais e do trabalho que contribuem com uso de álcool/drogas. Pergunte sobre razões do uso. Se violência sexual ▷ 72 . |
| Depressão | No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um ▷ 109 . |

Aconselhe o paciente com uso arriscado de álcool ou qualquer outra droga

- Avalie e maneje o estresse [▷ 71](#)
- Se gestante/planejando engravidar ou amamentando, oriente a parar uso de álcool/drogas completamente. Álcool/drogas podem causar dano ao desenvolvimento do bebê.
- Sugira que o paciente procure o suporte de amigos e parentes próximos que não usam álcool/drogas ou grupo de suporte. Considere encaminhar para assistente social, psicólogo.
- Converse sobre prejuízos/benefícios percebidos do uso. Permita que descida por si sobre parar/reduzir. Incentive retornar se ainda não estiver pronto. Apoie o paciente para mudança [▷ 133](#).

Uso arriscado de álcool sem dependência

- Se gestante, uso nocivo, dependência prévia ou contraíndicação (dano hepático, transtorno mental), oriente parar uso de álcool completamente. Evitar ter álcool em casa e ir a lugares de uso de álcool (como bares).
- Se nem dos acima e paciente escolhe continuar uso, oriente uso de baixo risco: ≤ 2 doses*/dia e evitar beber pelos menos 2 dias/semana.

Uso de qualquer outra droga sem dependência

- Oriente parar o uso de drogas ilegais ou de prescrição.
- Se paciente escolhe continuar uso, oriente reduzir danos: evitar injetáveis ou usar técnica estéril, testar regularmente para HIV, sífilis e hepatites.

Dependência ao álcool/outras drogas

- Oriente que álcool/drogas necessitam ser interrompidos de forma gradual. Se parada súbita, efeitos da abstinências podem ser danosos.
- Desintoxicação (abaixo) vai desmamar o corpo de álcool/drogas de forma segura.

Trate o paciente com dependência ao álcool/outra(s) droga(s) com a ajuda de um cuidador

- Encaminhe para desintoxicação se: abstinência com delírium/convulsões¹, falha em desintoxicação prévia, gestante, transtorno mental, doença crônica, sem-temo/sem suporte social, dependência de opióide (como codeína) ou > 1 droga.
- Ofereça **desintoxicação ambulatorial** se nenhum dos acima. Garanta que o paciente tem algum parente/amigo próximo para atuar como cuidador/referência durante a desintoxicação.

| Substância | Programa de desintoxicação - escreva o programa para o paciente e cuidador. Pare se paciente retornar uso de álcool/drogas. |
|--|---|
| Álcool (inicie somente se abstinência > 8 horas) | <ul style="list-style-type: none"> • Prescreva tiamina 300mg oral ao dia enquanto durar desintoxicação. Se paciente está malnutrido ou em más condições prescreva tiamina 100mg IM ao dia por 3 dias, então oral. • Prescreva diazepam oral: Dia 1: 10mg a cada 6 horas. Dia 2-3: 5-10mg a cada 8 horas. Dia 4: 5mg a cada 12 horas. Então reduza para parar no dia 5 e 6 se necessário. |
| Droga estimulante/cannabis | Se necessário, trate ansiedade, inquietação, irritabilidade ou insônia com diazepam oral: Dia 1: 5mg a cada 8 horas. Dia 2: 5mg a cada 12 horas. Dia 3: 5mg à noite. |
| Benzodiazepínicos | <ul style="list-style-type: none"> • Evite suspensão súbita de benzodiazepínicos. Reduza a dose muito gradualmente, retirada pode levar meses. • Substitua o benzodiazepínico atual por dose equivalente de diazepam. Consulte calculadora/tabela de equivalência. Reduza o diazepam em 5-10mg por semana até 40mg ao dia, então reduza em 2,5-5mg por semana. |

Se uso nocivo, reavie em 1 mês, então se necessário. Se em desintoxicação ambulatorial, reavie diariamente até estável. Oriente retornar imediatamente se qualquer problema.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ²IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativos.

Uso de tabaco

Avalie o paciente que fuma tabaco

| Avalie | Quando avaliar | Observação |
|-------------|--------------------|--|
| Sintomas | Todas as consultas | <ul style="list-style-type: none"> Pergunte sobre sintomas que podem sugerir câncer: tosse/falta de ar ↗ 31, sintomas urinários ↗ 48 ou perda de peso ↗ 16. Pergunte sobre dor no peito ↗ 30, dor na perna ↗ 53, início súbito de: fraqueza assimétrica da face, braço ou perna; dormência, dificuldade na fala ou alteração visual ↗ 103. |
| Uso | Todas as consultas | <ul style="list-style-type: none"> Pergunte sobre número de cigarros/dia, atividades associadas ao fumo e tentativas prévias de parar. Se recentemente parou, pergunte sobre os desafios que encontrou e aconselhe como abaixo. |
| Estressores | Todas as consultas | Ajude identificar estressores domésticos, sociais e no trabalho que contribuíam com o fumo. Avalie e maneje o estresse ↗ 71. |
| DPOC | No diagnóstico | Se falta de ar quando caminha rápido/sobe uma inclinação, considere DPOC ↗ 89. Se DPOC conhecido ↗ 92. |
| RCV | No diagnóstico | Avalie e maneje o RCV ↗ 93. |

Aconselhe o paciente que fuma tabaco

- Pergunte se paciente está disposto a conversar sobre o seu hábito de fumar. Para dicas de como comunicar-se efetivamente ↗ 130.
- Oriento paciente que parar de fumar é a ação mais importante que ele(a) pode fazer para melhorar sua saúde, qualidade de vida e aumentar sua expectativa de vida.
- Edue que nicotina é aditiva e parar pode ser difícil/dar sintomas de abstinência (abaixo). Substituição de nicotina pode ajudar. Oriente que fumantes fazem várias tentativas de parar antes de sucesso.

Se paciente não está pronto para parar no próximo mês:

- Discuta riscos para paciente (infertilidade, ataque cardíaco, derrame, DPOC, câncer, piora asma), cônjuge (câncer de pulmão, doença cardíaca) e criança (baixo peso, asma, infecções respiratórias).
- Ajude paciente identificar benefícios de parar de fumar como economizar dinheiro, melhorar a saúde, paladar, olfato e aparência e ser um exemplo para criança.
- Ajude paciente a remover barreiras para parar de fumar e possíveis soluções.
- Pergunte se paciente está pronto para parar de fumar no próximo mês. Se não estiver pronto para parar, incentive retornar, usar recurso de apoio ou grupo quando decidir parar.

Se paciente está pronto para parar no próximo mês ou parou recentemente:

- Ajude com plano: escolha data para parar em 2 semanas, procure ajuda de familiar/amigo/grupo/recurso de apoio, evite situações associada ao fumo e remova cigarros/isqueiros/cinzeiros.
- Ajude a manejar fissura: estabeleça um limite de tempo antes de desistir, oriente a postergar o quanto possível, faça uma inspiração profunda e solte o ar lentamente (repita 10 vezes).
- Eduque sobre sintomas de abstinência: aumento de apetite, alterações de humor, dificuldade para dormir/concentrar-se, irritabilidade, ansiedade, inquietação. Deve melhorar após 2 semanas.

Trate o paciente que fuma tabaco e está pronto para parar

- Dê as orientações acima para parar de fumar. Também prescreva medicamentos. Ofereça encaminhamento para psicologia/aconselhamento especialmente se depressão prévia ou abuso de álcool.
- Ajude paciente a escolher medicamento baseado na preferência, efeitos adversos e uso prévio. Se gravidez ou amamentação, **discuta** opções.

| Medicamento | Dose | Observações |
|----------------------------|--|---|
| Goma de nicotina | Inicie 4mg (se ≥ 25 cigarros/dia) ou 2mg (se < 25 cigarros/dia) a cada 1-2 h ou se necessário e então diminua gradualmente após 6 semanas. Máx 30mg/dia. Use por 12 semanas. | <ul style="list-style-type: none"> Use sempre que fissura. Masque até gosto da nicotina aparecer, então mantenha na boca até gosto desaparecer e masque de novo. Repita por 30 minutos e descarte (não engula). Evite alimentos/bebidas 30 minutos antes e durante o uso. Não prescreva se doença cardíaca instável, IAM recente, úlcera péptica. Efeitos adversos: irritação bucal, dor mandibular, azia, náuseas. |
| Adesivo de nicotina | Inicie 21mg ao dia (se > 20 cigarros/dia) ou 14mg ao dia (se ≤ 20 cigarros/dia). Diminua em 7mg a cada 4 semanas. Use por 12 semanas. | <ul style="list-style-type: none"> Pode iniciar 1-4 semanas antes da data de parada. Aplique novo adesivo diariamente (imediatamente após remover um) em pele limpa, seca sem pelos. Reveze o local de aplicação (tronco, braço). Evite exposição solar. Evite se doença cardíaca instável, IAM recente, doença de pele. Efeitos adversos: irritação da pele, dificuldades de dormir, sonhos lúcidos. |
| Bupropiona | Inicie 150mg ao dia por 3 dias, então 150mg 2 vezes ao dia (8 horas de diferença entre as doses) por 12 semanas. | Inicie 1-2 semanas antes da data de parada. Não prescreva se convulsões, transtorno alimentar/bipolar, pensamentos suicidas. Cuidado se diabetes, hipertensão. Efeitos adversos: insônia, agitação, boca seca, dor de cabeça. |
| Nortriptilina | Inicie 25mg à noite. Aumente 25mg/dia cada semana até 75-100mg. Use por 12 semanas, e diminua até parar. | Inicie 2-4 semanas antes da data de parada. Evite se pensamentos suicidas (fatal se overdose), doença cardíaca, retenção urinária, glaucoma, epilepsia. Efeitos adversos: boca seca, constipação, dificuldade de urinar, visão borrada, sedação, ganho de peso. |

Reavalie paciente semanalmente por 1 mês, então mensalmente por 3 meses, então em 6 meses. Se não conseguiu parar, considere mais tempo de tratamento.

Pare medicamentos após 4 semanas se continua fumando.

Depressão: diagnóstico

O paciente tem 1 ou mais das seguintes características centrais de depressão por pelo menos 2 semanas?

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias
- Perda de interesse ou prazer em atividades normalmente prazerosas

Sim

Não

O paciente tem 5 ou mais das seguintes características de depressão por pelo menos 2 semanas?

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias
- Perda de interesse ou prazer em atividades normalmente prazerosas
- Fadiga ou perda de energia
- Dificuldade de dormir ou dorme muito
- Mudanças no apetite ou peso
- Sentimentos de culpa ou desvalia
- Concentração reduzida ou indecisão
- Agitação visível ou inquietação ou falante ou anda mais lento do que usual
- Ideias ou atos de autoagressão ou suicídio

Sim: paciente tem dificuldades para realizar trabalho habitual, atividades sociais ou domésticas?

Não

Sim

Exclua anemia

Se palidez, solicite **HMG**.
Se Hb < 12,5g/dL, **investigue e trate**.

Exclua doença da tireoide

Se ganho de peso inexplicado, pele seca, nova/piora da constipação, intolerância ao frio: solicite **TSH** e **interprete**.

Rastreie abuso de substâncias

No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses¹/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um → **107**.

Avalie efeito adverso de medicamento

Revise medicamentos: prednisona, efavirenz, propranolol, metoclopramida, teofina e contraceptivos podem causar depressão. **Discuta com psiquiatra**.

Não

Continue avaliando e manejando estresse e/ou tristeza → **71**

Um ou mais dos acima

Discuta opções de manejo.

Nenhum dos acima: paciente tem sintomas psicóticos²?

Sim

Discuta com psiquiatra mesmo dia.

Não: paciente tem diagnóstico prévio de transtorno bipolar ou sintomas de mania: 3 ou mais dos seguintes, que duram pelo menos 1 semana e interferem no trabalho habitual, atividades sociais ou domésticas?

- Humor elevado e/ou irritabilidade
- Necessidade de dormir diminuída
- Comportamento social inapropriado
- Distração fácil
- Atividade aumentada, sente energia aumentada, falante, fala rápida
- Comportamento impulsivo/imprudente como gastos excessivos, comportamento sexual indiscreto
- Autoestima inflada

Não: teve uma grande perda ou falecimento nos últimos 6 meses?

Sim

Sim: paciente tem ideias de suicídio/autoagressão, sentimentos de inutilidade ou está se movendo/falando mais lento que o usual?

Não

Provável **transtorno bipolar (TAB)**

Discuta/encaminhe

Não: paciente teve depressão no passado?

Sim

Não

Sim

Maneje estresse/tristeza → **71**.

Provável **depressão** → **110**.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ²Sintomas psicóticos incluem qualquer um dos seguintes: alucinações (ouvir vozes/ver coisas que não estão ali); delírios (crenças incomuns/bizarras não compartilhadas pela sociedade, crenças de que pensamentos estão sendo inseridos ou transmitidos); discurso desorganizado (discurso incoerente ou irrelevante); comportamento que é desorganizado ou catatônico (inabilidade para falar, mover-se ou responder).

CONTÉUDOS:
SINTOMASCONTÉUDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICASDOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Depressão e/ou ansiedade generalizada: cuidados de rotina

Avalie o paciente com depressão e/ou ansiedade generalizada

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|-----------------------|----------------|---|
| Sintomas | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Avalie sintomas de depressão e ansiedade. Se não melhorar após 8 semanas ou piorar estando em tratamento, discuta/encaminhe. • Maneje sintomas conforme a página do sintoma. |
| Autoagressão | Toda consulta | Perguntar ao paciente sobre pensamentos de autoagressão/suicídio não aumenta as chances disso ocorrer. Se paciente tem pensamentos ou planos de suicídio ↪ 68 . |
| Mania | Toda consulta | Se anormalmente feliz, com energia, falante, irritado ou impulsivo/imprudente, discuta/encaminhe . |
| Ansiedade | No diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Se preocupação excessiva com comprometimento de funções/angústia por pelo menos 6 meses e ≥ 3 de: tensão muscular, dificuldades para dormir, baixa concentração, cansaço, inquietação, irritação: considere transtorno de ansiedade generalizado. • Se ansiedade é induzida por situação/objeto específico (fobia) ou medo súbito repetitivo com sintoma físico e sem causa aparente (pânico), discuta/encaminhe. • Se evento traumático com ≥ 3 dos seguintes por > 1 mês: 1) Pesadelos ou pensamentos/flashbacks involuntários 2) Evita certas situações/pessoas 3) Constantemente defensivo, vigilante ou assustado 4) Entorpecido ou separado das pessoas, atividades ou lugares: considere transtorno de estresse pós-traumático, discuta. |
| Demencia | No diagnóstico | Se por ao menos 6 meses ≥ 1 de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menos capaz para atividade diária/laboral/social: considere demência ↪ 114 . |
| Uso álcool/drogas | Toda consulta | No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ¹ /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 107 . |
| Efeitos adversos | Toda consulta | Pergunte sobre efeitos adversos de medicamentos antidepressivos ↪ 111 . |
| Estressores | Toda consulta | Ajude identificar fatores domésticos, sociais e do trabalho que contribuem para depressão ou ansiedade. Se violência sexual ↪ 72 . Se perda recente ↪ 71 . |
| Planejamento familiar | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Discuta necessidades de contracepção do paciente ↪ 119. • Se gravidez ou amamentação, discuta riscos: risco para o bebê de uma depressão materna não tratada supera os riscos dos antidepressivos. Se possível, evite antidepressivos no primeiro trimestre. Garanta aconselhamento/suporte e reavalie cada 2 semanas até estável. Se necessário, discuta. |

Aconselhe o paciente com depressão e/ou ansiedade generalizada

- Explique que depressão é muito comum e que pode acontecer com qualquer um. Isso não significa que a pessoa é preguiçosa ou fraca. A pessoa com depressão não consegue controlar seus sintomas.
- Explique que pensamentos de autoagressão e suicídio são comuns. Oriente paciente que se tiver esses pensamentos, ele(a) não deve agir, mas contar para uma pessoa de confiança e retornar de imediato.
- Eduque paciente que antidepressivos podem demorar de 4-6 semanas para começar a fazer efeito. Explique que ele(a) pode ter efeitos adversos, mas que geralmente resolvem em alguns dias.
- Enfatize importância da adesão mesmo que se sintam bem. Oriente que provavelmente será tratado por pelo menos 9 meses e que o medicamento não causa dependência. Oriente não parar abruptamente.
- Ajude paciente a escolher estratégias para conseguir ajuda e lidar com a depressão:

Durma o suficiente

Se dificuldades para dormir **↪ 73**.



Incentive o paciente a tirar um tempo para relaxar:



Passa tempo com amigos/famíliares que o apoiem.



Ache uma atividade criativa ou divertida para fazer.



Faça um exercício de relaxamento e de respiração todo dia.



Seja ativo

Exercícios regulares podem ajudar.



Acesse suporte
Vincule paciente a um grupo de suporte e/ou recurso de apoio.

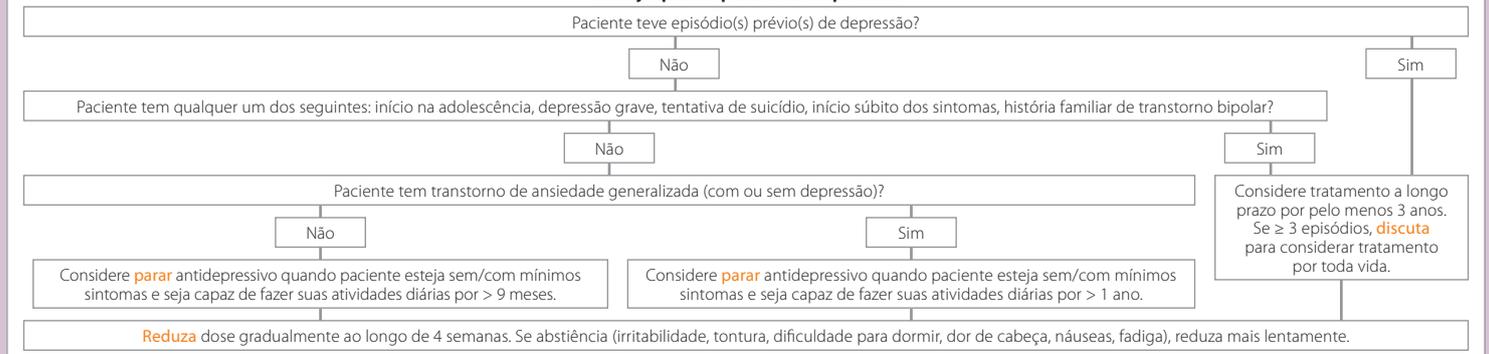
¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Trate o paciente com depressão e/ou ansiedade generalizada

- Considere encaminhar para psicologia (idealmente intervenções como terapia cognitivo comportamental, interpessoal, resolução de problemas), e para assistente social e/ou grupo/linha de apoio.
- Discuta possíveis benefícios do uso de antidepressivos para depressão e ansiedade generalizada. Respeite a decisão do paciente se ele(a) não quiser usar antidepressivos.
- Se ansiedade generalizada ou características de ansiedade¹ quanto iniciar antidepressivo, considere **diazepam** 2,5-20mg ao dia se necessário, por até 10 dias. Evite se faz uso arriscado de outras substâncias.
- Ajude paciente a escolher o antidepressivo orientado por seu padrão de sintomas, perfil de efeitos adversos do medicamento e a eficácia de tratamentos antidepressivos prévios.
- Continue antidepressivos por pelo menos 9-12 meses. **Aumente dose** se necessário de acordo com resposta ao tratamento. Se resposta parcial/sem resposta em dose máxima, considere **trocar** por outro.

| Medicamento | Dose | Observações | Efeitos adversos |
|----------------------|--|--|---|
| Fluoxetina | <ul style="list-style-type: none"> • Inicie 20mg em manhãs alternadas por 1 semana, então aumente para 20mg/manhã. • Se resposta parcial/sem resposta após 6-8 semanas, aumente 20mg até o máximo de 60-80mg/dia. | Use como primeira escolha. Discuta se tem epilepsia, doença hepática/renal. Se diabetes, monitore glicose mais frequente. | Mudanças no apetite e peso, dor de cabeça, inquietação, dificuldade para dormir, náusea, diarreia, problemas sexuais. |
| Sertralina | <ul style="list-style-type: none"> • Inicie 50mg em manhãs alternadas por 1 semana, então aumente para 50mg/manhã. • Se resposta parcial/sem resposta após 6-8 semanas, aumente 25mg até o máximo de 200mg/dia. | Use se fluoxetina não tolerada/não responder. Discuta se tem epilepsia, doença hepática/renal. Se diabetes, monitore glicose mais frequente. | Mudanças no apetite e peso, dor de cabeça, inquietação, dificuldade para dormir, náusea, diarreia, problemas sexuais. |
| Amitriptilina | <ul style="list-style-type: none"> • Inicie 25mg/manhã por 1 semana, então aumente para 50mg/noite. • Se resposta parcial/sem resposta após 6-8 semanas, aumente 25mg até o máximo de 150mg/dia (100mg se > 65 anos). | Use se dor crônica/necessita efeito sedativo ou se fluoxetina/sertralina contraíndicadas. Não prescreva se risco de suicídio (letal em overdose), doença cardíaca, retenção urinária, glaucoma, epilepsia. | Boca seca, constipação, dificuldades em urinar, visão borrada, sedação. |
| Nortriptilina | <ul style="list-style-type: none"> • Inicie 25mg em noites alternadas por 1 semana, então aumente para 50mg/noite. • Se resposta parcial/sem resposta após 6-8 semanas, aumente 25mg até o máximo de 150mg/dia. | Use se amitriptilina não tolerada/não responder. Evite se risco de suicídio (letal em overdose), doença cardíaca, retenção urinária, glaucoma, epilepsia. | Boca seca, constipação, dificuldades em urinar, visão borrada, sedação. |

Planeje quando parar o antidepressivo



Reavalie cada 2 semanas, mesmo se não estiver usando antidepressivo, até sintomas melhorarem, depois mensalmente. Se não melhorar com tratamento proposto ou se episódios recorrentes, **discuta.**

¹Paciente tem se sentido nervoso, ansioso ou em pânico ou não tem conseguido parar de se preocupar ou pensar demais sobre o passado.

Esquizofrenia: diagnóstico e cuidados de rotina

• **Confirme o diagnóstico de esquizofrenia, se houver dúvida [discuta/encaminhe](#).**

- Considere esquizofrenia no paciente que (sem outros problemas de saúde mental ou com álcool/drogas) tem tido, por ao menos 6 meses, dificuldade de realizar tarefas laborais, domésticas ou sociais rotineiras e que por pelo menos 1 mês tenha tido ≥ 2 dos seguintes sintomas de psicose:
 - Alucinações: frequentemente ouvindo vozes ou vendo coisas que não estão lá.
 - Delírios: crenças bizarras/incomuns, não compartilhadas pela sociedade; crença de que pensamentos estão sendo inseridos ou transmitidos.
 - Discurso desorganizado: discurso incoerente ou irrelevante.
- Comportamento que é desorganizado ou catatônico (incapaz de falar, mover-se ou responder) ou sintomas negativos: falta de emoção ou expressão facial, sem motivação, não se move ou fala pouco, reclusão social.
- Sintomas negativos: falta de emoção ou expressão facial, sem motivação, não se move ou fala pouco, reclusão social.

Avalie o paciente com esquizofrenia

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|----------------------------|---|---|
| Sintomas | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Avalie sintomas de psicose como acima. Se sintomas de psicose e: <ul style="list-style-type: none"> - Agressivo/violento ↪ 69. - Alternando níveis de consciência ao longo de horas/dias ou temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, provável delírium ↪ 70. - Paciente interrompeu tratamento: reinicie tratamento intramuscular ↪ 113. e explore razões da baixa adesão (efeitos adversos, abuso de substâncias). - Boa adesão em dose otimizada, discuta/encaminhe. • Maneje outros sintomas conforme página do sintoma. |
| Autoagressão | Toda consulta | Se paciente tem ideação suicida/plano ↪ 68 . Se intenção de prejudicar outros, alerte as vítimas pretendidas, se possível. |
| Estressores | Toda consulta | Ajude a identificar os estressores psicossociais que podem piorar ou fazer com que os sintomas retornem. Se paciente está sendo abusado ↪ 72 . |
| Uso de álcool/drogas | Toda consulta | No ultimo ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ¹ /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 107 . |
| Planejamento familiar | Toda consulta | Discuta as necessidades de contracepção do paciente ↪ 119 . Se paciente gestante, planejando engravidar ou amamentando, discuta/encaminhe . |
| Medicamento | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Pergunte sobre efeitos adversos do tratamento ↪ 113. • Pergunte sobre adesão. Se não aderente, reinicie o medicamento na mesma dosagem, explore razões de ter parado tratamento e envolva ACS no cuidado. • Discuta com psiquiatra se o paciente está usando medicamento que pode desencadear psicose aguda, como prednisona ou efavirenz. |
| Peso (IMC) | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • IMC = peso (kg) \div altura (m) \div altura (m). • Se ganhando peso, avalie e maneje RCV ↪ 93 e discuta com psiquiatra sobre possíveis tratamentos alternativos para esquizofrenia. |
| Glicose | <ul style="list-style-type: none"> • No diagnóstico, então anual • Quadrimestral se ganho de peso | Verifique glicemia ↪ 95 . |
| Colesterol total aleatório | No diagnóstico, então bianual | Se colesterol $\geq 300\text{mg/dL}$ ou $< 300\text{mg/dL}$ mas subindo, maneje RCV ↪ 94 e, discuta com psiquiatra sobre tratamentos alternativos para esquizofrenia. |
| HIV | No diagnóstico ou se status desconhecido | Teste para HIV ↪ 81 . Se HIV positivo, evite efavirenz, discuta/encaminhe . |
| Sífilis | No diagnóstico | Teste para sífilis ↪ 44 . |

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Aconselhe o paciente com esquizofrenia e seu cuidador

- Eduque o paciente e cuidador/família sobre o transtorno: o paciente com esquizofrenia frequentemente perde a noção com a doença e pode tornar-se hostil com os cuidadores e profissionais de saúde. Ele(a) pode ter dificuldades funcionais, especialmente em ambientes altamente estressores.
- Oriente o paciente a manter as atividades sociais/educacionais/ocupacionais, se possível. Discuta com assistente social para encontrar oportunidades de educação e/ou trabalho.
- Incentive cuidador a apoiar paciente e evitar tentar convencê-lo que crenças ou experiências são falsas ou irreais.
- Evite comportamento hostil e crítico com o paciente.
- Oriente paciente a evitar álcool/drogas e incentive rotina de sono regular.
- Tente evitar hospitalização prolongada.
- Eduque sobre importância da adesão para garantir o sucesso do tratamento e a retornar imediatamente se os sintomas psicóticos retornarem/piorarem.
- Encaminhe paciente e cuidador para ACS, grupo de suporte ou recurso de apoio, se disponíveis.
- Oriente o paciente a evitar o consumo de álcool/drogas.

Trate o paciente com esquizofrenia

- Prescreva medicamento conforme tabela abaixo. Use a menor dose possível e efetiva. Prescreva um medicamento por vez. Espere por 6 semanas com dosagem típica antes de considerar medicamento ineficaz.
- Se problemas repetidos de adesão, **considere mudar** do medicamento oral para o intramuscular de ação prolongada.
- Se inseguro ou dose maior que a típica for necessária ou não responder aos medicamentos disponíveis, **discuta com psiquiatra**.

| Medicamento | Dose inicial | Dose efetiva típica | Observações |
|------------------------------|---|---------------------------|--|
| Haloperidol | 0,5-5mg oral cada 12 horas | 5-20mg/dia | Use como primeira opção terapêutica. Aumente frequência de uso para até de 8/8 horas e doses em 0,5mg/dose até sintomas psicóticos resolverem. |
| Clorpromazina | 25mg oral cada 8 horas | 75-300mg/dia | Se a sedação for problemática, prescreva até 75mg ao dia em dose única noturna quando conseguir o controle dos sintomas. |
| Haloperidol decanoato | 10-20 vezes a dose total oral diária do paciente (máximo de 100mg) IM profundo a cada 4 semanas | 50-200mg a cada 4 semanas | Discuta com psiquiatra como retirar o medicamento oral antes de iniciar. |

Pesquise e maneje efeitos adversos do tratamento da esquizofrenia

| | |
|---|--|
| Retenção urinária | Pare o tratamento e encaminhe no mesmo dia. |
| Visão turva | Discuta no mesmo dia. |
| Espasmos musculares dolorosos (reação distônica aguda) | Geralmente dentro das primeiras 48 horas do início do medicamento. Aplique biperideno 2mg IM. Se necessário, repita após 30 minutos, até 4 doses em 24 horas. Discuta no mesmo dia. |

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| Efeitos adversos extra-piramidais | Movimentos involuntários anormais | Pare o tratamento e discuta no mesmo dia. |
| | Movimentos lentos, tremos ou rigidez | Pode ocorrer após semanas ou meses de tratamento, discuta . |
| | Inquietação muscular | Pare o tratamento e discuta no mesmo dia. |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Aumento mamário, descarga mamilar | Discuta com psiquiatra sobre troca do medicamento. |
| Amenorreia | Discuta com psiquiatra sobre troca do medicamento. |
| Tontura/desmaio ao ficar em pé | Comum quando iniciando ou aumentando dose. Geralmente autolimitada a horas ou dias. Oriente o paciente a levantar-se devagar. |
| Boca/olhos secos | Geralmente autolimitada. Oriente aumento da ingestão hídrica. |
| Constipação | Geralmente autolimitada. Oriente dieta rica em fibras e ingestão hídrica adequada. |

- Reavalie o paciente com esquizofrenia a cada 3 meses até estável e **discuta com psiquiatra** anualmente.
- Oriente o paciente/cuidador a retornar imediatamente se sintomas de psicose.
- Se reiniciando tratamento após paciente ter interrompido, reavalie cada 2 semanas ou mais precocemente se sintomas piorarem.

Demência: diagnóstico e cuidados de rotina

- Considere demência no paciente que apresenta os seguintes sinais/sintomas por pelo menos 6 meses e com piora progressiva:
 - Problemas de memória: teste pedindo para o paciente repetir 3 palavras comuns imediatamente e novamente após 5 minutos.
 - Desorientado no tempo (incerteza quanto que dia/estação do ano está) e espaço (incerteza como ir no mercado mais próximo de casa ou qual é o local da consulta atual).
 - Dificuldades com discurso e linguagem - dificuldade para nomear partes do corpo, por exemplo.
 - Problemas com tarefas simples, tomada de decisão e realizar atividades rotineiras.
 - Menor habilidade em realizar função social e laboral.
 - Se o paciente tem HIV: dificuldade com coordenação motora.
- **Confirme o diagnóstico de demência então discuta ou encaminhe para confirmar subtipo (doença de Alzheimer, demência vascular, frontotemporal ou com corpos de Lewy).**

Avalie o paciente com demência com ajuda do cuidador

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|-------------------------|--|---|
| Sintomas | Todas as consultas | <ul style="list-style-type: none"> • Se alteração recente de humor, interesse/energia, sono ou apetite, considere depressão ↪ 109 e discuta. • Se pensamentos ou planos de suicídio ↪ 68. • Se declínio súbito de comportamento de base ↪ 70. • Se alucinações (vendo ou ouvindo coisas), delírios (crenças incomuns/bizarras), agitação ou comportamento errante, discuta/encaminhe ao psiquiatra. • Maneje outros sintomas conforme página do sintoma. |
| Efeitos adversos | Se em tratamento | Se movimentos anormais ou inquietação muscular, pare tratamento e discuta/encaminhe no mesmo dia. Se espasmos musculares dolorosos, maneje abaixo. |
| Alts. visuais/auditivas | Todas as consultas | Encaminhe ao oftalmologista e/ou solicite audiometria se necessário (avaliar presença de cera no ouvido). |
| Status nutricional | Todas as consultas | Questione sobre consumo de líquidos/alimentos. Providencie suporte nutricional se IMC < 18,5. IMC = peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m) |
| RCV | No diagnóstico, então conforme risco | Avalie risco DCV ↪ 93. Se < 10% com fator de risco para DCV ou 10-20% reavalie após 1 ano, se > 20% reavalie após 6 meses. |
| Cuidados paliativos | Todas as consultas | Se qualquer de: restrito ao leito, incapaz de caminhar e vestir-se sozinho, incontinência, incapaz de discurso coerente ou atividades rotineiras, o(a) paciente também necessita de cuidados paliativos ↪ 128. |
| HIV | No diagnóstico ou se status desconhecido | <ul style="list-style-type: none"> • Teste para HIV ↪ 81. Se HIV positivo ↪ 82. Se diagnóstico novo/recente de HIV com demência, discuta. • Se HIV, teste para problemas de coordenação: com a mão não dominante e o mais rápido possível (permita que o paciente pratique 2 vezes): - Abra e feche os dois primeiros dedos amplamente. Em superfície plana, feche o punho, então estenda a palma da mão para baixo, então na lateral do 5º dedo. |
| Sífilis | No diagnóstico | Teste para sífilis ↪ 44. Se positivo, trate paciente e parcerias ↪ 44 e discuta . |
| Função tireoidiana | No diagnóstico | Solicite TSH , interprete e discuta , se necessário. |
| Outros exames | Se necessário | Discuta a necessidade de exames adicionais (HMG, folato, B12, creatinina, TGO, TGP, Na, K, VHS/PCR, PU, glicemia, TC ou RNM de crânio). |

Aconselhe o paciente com demência e seu cuidador

- Discuta o que se pode fazer para dar suporte ao paciente, cuidador(es) e família. Identifique recursos locais, envolva assistência social.
- Discuta com o cuidador se este necessita de um descanso/folga ou se paciente necessita de hospitalização. Oriente cuidador(es) a:
 - Fornecer informações de orientação regulares (dia, data, clima, horário, nomes)
 - Usar frases curtas.
 - Remover a bagunça e os potenciais riscos à segurança em casa.
 - Estimular memórias e providenciar informações atuais com jornais, rádio, TV, fotos.
 - Manter uma rotina.
 - Manter atividade física e planejar atividades recreacionais.

Trate o paciente com demência com ajuda do cuidador

- Demência associada ao HIV costuma responder bem à TARV ↪ 82.
- Se sintomas psicóticos, perturbações noturnas, andar errante, agressividade persistente ou ansiedade, **discuta** sobre o iniciar **haloperidol** 0,5mg oral cada 12 horas. Evite se doença de Parkinson. Se desenvolver espasmos musculares dolorosos: aplique **biperideno** 2mg IM. Se necessário, repita após 30 minutos, por até 4 doses em 24 horas e encaminhe no mesmo dia. Se > 65 anos, evite benzodiazepínicos (como diazepam, clonazepam).

Reavalie o paciente com demência a cada 6 meses.

Epilepsia: cuidados de rotina

- Se o paciente está convulsionando →15, para controlar a convulsão. Se o paciente não tem diagnóstico de epilepsia e teve uma convulsão →15, para investigação e manejo adicional.
- No paciente que teve pelo menos 2 convulsões definidas sem causa identificável ou convulsão após meningite, AVC ou trauma craniano; ou convulsões focais, **discuta/encaminhe** para confirmar diagnóstico.

Avalie o paciente com epilepsia

| Avalie | Quanto avaliar | Observações |
|------------------------------|--|--|
| Sintomas | Toda consulta | Maneje sintomas conforme a página do sintoma. |
| Frequência das convulsões | Toda consulta | Revise diário de convulsões. Avalie se convulsões estão prejudicando a qualidade de vida do paciente. |
| Adesão | Toda consulta, se convulsões | Avalie absenteísmo, contagem de comprimidos e se mantém convulsões apesar do tratamento, considere verificar nível sérico da droga . |
| Efeitos adversos | Toda consulta | Efeitos adversos (consulte efeitos adversos dos medicamentos em uso) podem explicar má adesão. Pondere riscos/benefícios ou considere troca. |
| Outros medicamentos | Se convulsões | Verifique se começou outros medicamentos como para TB, TARV ou contraceptivos (consulte uma lista de interações medicamentosas). |
| Uso de álcool/drogas | <ul style="list-style-type: none"> • No diagnóstico • Se convulsões ou má adesão | No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um → 107. |
| Planejamento familiar | Todas as consultas | <ul style="list-style-type: none"> • Se gestante/planejando engravidar, encaminhe. Prescreva ácido fólico 5mg/dia 12 semanas antes de engravidar e até 12 semanas de gestação. • Avalie necessidades de contracepção → 119. Evite contraceptivos orais. |
| Nível sérico da droga | Somente se necessário | Verifique nível sérico da droga se não tiver certeza da adesão, paciente não controlado em dose máxima do medicamento ou sinais de toxicidade (veja abaixo). |

Aconselhe o paciente com epilepsia

- Eduque sobre epilepsia, importância da adesão ao tratamento, risco de interações medicamentosas e oriente a manter diário de frequência das convulsões. Se diagnóstico recente, má adesão ou absenteísmo, envolva a equipe multiprofissional de apoio. Oriente discutir com seu médico ao começar novos medicamentos, se planeja engravidar ou usar métodos contraceptivos.
- Oriente evitar privação do sono, uso de álcool e drogas, desidratação e luzes piscando, pois podem desencadear convulsões. Evite perigos como alturas, mexer com fogo, nadar sozinho, pedalar em rodovias movimentadas, operar máquinas. Evite dirigir até estar 1 ano livre de convulsões.

Trate o paciente com epilepsia

- Um único medicamento é melhor. Usar dois medicamentos anticonvulsivantes juntas é uma decisão do especialista.
- Escolha qual oferecer baseado-se na síndrome epilética, tipo(s) de convulsão, uso de outros medicamentos e especificidades do paciente.
- Se mantém convulsões apesar do tratamento, **aumente** a dose cada 1 semana se paciente aderente ao tratamento, sem uso de álcool/drogas e sem interações medicamentosas.
- Se mantém convulsões após 4 semanas com dose máxima ou efeitos adversos intoleráveis, **inicie** novo medicamento e **aumente** como abaixo. Então **diminua** o antigo medicamento ao longo de 1 mês. Se dúvidas, **discuta/encaminhe**.

| Medicamento | Dose inicial | Dose de manutenção | Observações |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--|
| Carbamazepina | 200mg ao dia | 400-1600mg ao dia ou 2 ou 3 doses | Evite em anormalidades de condução AV e para convulsões mioclônicas ou crises de ausência. Use com cautela se glaucoma. Pode afetar atividades como operar máquinas ou dirigir. |
| Ácido valproílico | 250mg duas vezes ao dia | 500-2000mg ao dia ou em 2-3 doses | Tome com ou após as refeições. Evite se história familiar/recente de doença hepática grave, se gestação ou mulher em idade fértil, a não ser que contracepção confiável. Prefira se em TARV. Pode afetar atividades como operar máquinas ou dirigir. |
| Fenitoína | 100mg ao dia | 200-400mg ao dia ou em 2-3 doses | Tome com ou após as refeições. Evite na gestação, amamentação e para convulsões mioclônicas ou crises de ausência. Use com cautela em mulheres. |

- Se livre de convulsões reavalie a cada 3 meses. Se mantém convulsões **reavalie** mensalmente. **Encaminhe com prioridade** se convulsões após dose máxima de 2 medicamentos por 4 semanas cada.
- Se livre de convulsões por 2 anos: **considere parar tratamento**. **Retire** gradualmente 1 medicamento de cada vez ao longo de 2 meses.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Artrite crônica: diagnóstico e cuidados de rotina

- Se o paciente tem episódios de dor articular e edema que resolvem completamente entre um episódio e outro, considere **gota** → 117.
- O paciente com artrite crônica teve dor articular contínua por ao menos 6 semanas. Distinguir osteoartrite mecânica de artrite reumatoide inflamatória conforme a seguir:

Provável osteoartrite se:

- Afeta somente articulações.
- Articulações que sustentam o peso e possivelmente mãos e pés
- Articulações podem inchar mas não esquentar.
- Rigidez ao acordar (matinal) dura menos de 30 minutos.
- A dor piora com atividade e melhora com repouso.

Provável artrite inflamatória se:

- Pode ser sistêmica: perda de peso, fadiga, perda de apetite, consumo muscular.
- Mãos e pés são preferencialmente envolvidos.
- Articulações estão inchadas e quentes.
- Rigidez ao acordar (matinal) dura mais de 30 minutos.
- Dor e rigidez melhoram com a atividade.

Se artrite inflamatória provável ou incerteza diagnóstica: **discuta ou encaminhe**.

Avalie o paciente com artrite crônica

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|-------------------------------|---|--|
| Sintomas | Todas as consultas | Maneje sintomas conforme a página do sintoma. |
| Atividades rotineiras | Todas as consultas | Questione se o paciente caminha bem como antes, consegue usar botões e garfo/faca adequadamente. |
| Sono | Todas as consultas | Se o paciente tem dificuldades para dormir → 73. |
| Depressão | Todas as consultas | No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um → 109 |
| Articulações | Todas as consultas | Procure por calor, sensibilidade e limitação da amplitude de movimento das articulações. |
| IMC | No diagnóstico | Calcule o IMC: peso(kg) ÷ altura(m) ÷ altura (m). > 25 é sobrepeso e sobrecarrega as articulações de sustentação. Avalie e maneje o RCV → 93. |
| PCR/VHS/Fator Reumatóide (FR) | Se artrite inflamatória provável ou incerta | Se PCR ou VHS aumentados e/ou FR positivo, confirme e discuta/encaminhe. |
| HIV | No diagnóstico | Teste para HIV → 81. |

Aconselhe o paciente com artrite crônica

- Se IMC > 25 oriente perda de peso para diminuir a sobrecarga articular em joelhos e pés. Ajude o paciente a manejar seu RCV → 93.
- Estimule o paciente manter-se tão ativo quanto possível, mas repousar em eventos agudos. Oriente paciente e cuidador sobre artrite crônica e/ou encaminhe à equipe multiprofissional de apoio.
- Assegure-se que o paciente em uso de medicamentos crônicos saiba se necessita monitorar os níveis séricos dependendo do medicamento prescrito pelo especialista.

Trate o paciente com artrite crônica

- Encaminhe ao fisioterapeuta se artrite reumatóide e/ou dificuldade com as atividades rotineiras.
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**¹ 500-1000mg e/ou **ibuprofeno**² 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 30 dias. Se não responder, substitua ibuprofeno por **nimesulida**² 100mg cada 12 horas por até 30 dias.
- Artrite reumatoide deve ser tratada precocemente com drogas modificadoras da doença (DMARD) para controlar sintomas, preservar função, e minimizar maiores danos.
- Se reumatologista indisponível dentro de 1 mês e provável artrite inflamatória, inicie **prednisona** 5-10mg ao dia e **ibuprofeno**² 300-600mg a cada 8 horas se necessário por até 1 mês.

Reavalie até os sintomas estarem controlados, então a cada 6 meses. Se pouca resposta ao tratamento: **discuta ou encaminhe**.

¹Não prescreva se alergia prévia. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

CONTÉÚDOS:
SINTOMASCONTÉÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICASDOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MÚLTIPLAS
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Gota: diagnóstico e cuidados de rotina

- Um ataque agudo de gota tende a afetar uma única articulação, mais comumente o primeiro dedo do pé ou joelho. Há início súbito de dor intensa, vermelhidão e inchaço. Resolve completamente, geralmente em alguns dias.
- Gota crônica tofácea tende a ser assimétrica afetando > 1 articulação e pode não ser tão dolorosa. Depósitos podem ser vistos ou palpados nas articulações e a recuperação é incompleta.

| Avalie o paciente com gota | | |
|----------------------------|---|---|
| Avalie | Quando avaliar | Observações |
| Sintomas | Todas as consultas | Maneje os sintomas conforme a página do sintoma. |
| Uso de álcool/drogas | No diagnóstico, todas as consultas | No ultimo ano: 1) bebeu ≥ 4 doses/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 107. |
| Medicamento | Todas as consultas | Hydroclorotiazida, furosemida, etambutol, pirazinamida e AAS podem induzir crise de gota. Considere mudar o medicamento se possível. Evite suspender o AAS prescrito para DCV confirmada. |
| Articulações | Todas as consultas | <ul style="list-style-type: none"> • Crise aguda de gota: início súbito de 1–3 articulações quentes, doloridas, avermelhadas, inchadas (geralmente o primeiro dedo do pé ou joelho). • Gota crônica tofácea: depósitos aparentam nódulos amarelados, indolores, duros e irregulares ao redor da articulação (ver figura). |
| RCV | Ao diagnóstico, então conforme risco | <ul style="list-style-type: none"> • Avalie RCV ↪ 93. Se < 10% com fator de risco para DCV ou 10–20% reavalie após 1 ano, se > 20% reavalie após 6 meses. • Se IMC < 18.5 ou paciente < 40 anos, discuta para excluir possível causa cancerígena para a gota. |
| Creatinina (TFGe) | No diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Se usando AINEs/alopurinol: avalie a cada 6 meses. • Se TFGe < 60mL/min, discuta. |
| Ácido úrico | <ul style="list-style-type: none"> • Ao diagnóstico • Em alopurinol | <ul style="list-style-type: none"> • Aguarde pelo menos 2 semanas após um ataque agudo de gota antes de dosar os níveis de urato. • Se em alopurinol, repita mensalmente e ajuste a dose de alopurinol até dosagem de ácido úrico < 6mg/dL, então repita a cada 6 meses. |

Aconselhe o paciente com gota

- Ajude o paciente a manejar seu RCV ↪ 93.
- Ofereça orientação dietética: reduzir álcool (especialmente cerveja), bebidas gasosas doces, frutos do mar, miúdos e ingestão de carne; aumentar o consumo de laticínios com baixo teor de gordura; evitar jejum e desidratação, pois podem aumentar o risco de uma crise aguda de gota.
- Oriente o paciente a evitar os medicamentos acima que podem induzir uma crise aguda de gota.

Trate o paciente com gota

- Prescreva **ibuprofeno**¹ 300–600mg a cada 6 horas se necessário até 2 dias depois de melhorar (geralmente por 5–7 dias).
- Se AINEs não é tolerado ou é inefetivo: prescreva ao invés **prednisona** 40mg ao dia, **diminua** 10mg todo 3^o dia até parar.
- Oriente repouso com o membro elevado e a aplicar gelo por 20 minutos a cada 2–3 horas.
- Se o paciente já está tomando alopurinol, não suspenda durante a crise aguda.

Trate paciente com gota crônica tofácea

- Espere 3 meses após um ataque agudo de gota antes de iniciar alopurinol.
- Prescreva **alopurinol** 100mg/dia, se disponível. Use a menor dose para manter ácido úrico < 6mg/dL: aumente 100mg/mês, manutenção em geral com 300mg/dia; máximo de 800mg em doses divididas.
- Paciente necessita de alopurinol se: > 3 crises por ano, gota crônica tofácea, cálculo renal/doença renal causada por gota. Aguarde ao menos 3 semanas após uma crise aguda antes de iniciar alopurinol.



© Stellenbosch University

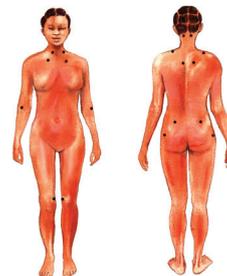
Discuta ou encaminhe para o especialista se não houver resposta ao tratamento ou não tiver certeza do diagnóstico.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ²Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica grave prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteróides, varfarina, abuso de álcool.

Fibromialgia: diagnóstico e cuidados de rotina

- Considere fibromialgia se paciente tem dor generalizada no corpo acima e abaixo da cintura, bilateral por mais de 3 meses e associada com ao menos 11 de 18 tender points (veja a figura) à palpação.
- O diagnóstico de fibromialgia é mais provável se: mulher, história familiar, fadiga, capacidade reduzida de raciocínio e memória, alterações de humor ou sono.
- Verifique outras causas de dor corporal generalizada:
 - Se perda de peso ↪ 16.
 - Procure por um problema articular: peça para o paciente colocar as mãos atrás da cabeça; em seguida, atrás das costas. Fechar a mão com força e abri-la. Pressionar as palmas das mãos com os cotovelos elevados. Caminhar. Sentar e levantar com os braços cruzados. Se não conseguir fazer confortavelmente ↪ 50.
 - Solicite PCR, HMG e TSH. Teste para HIV ↪ 81.
 - Se problema articular, HIV positivo, alteração nos exames ou incerteza diagnóstica: **discuta** ou **encaminhe**.

Pressione os tender points com a pressão que deixa o leito ungueal branco. Compare com um ponto controle na testa.



Avalie o paciente com fibromialgia

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|-----------------|----------------|---|
| Sintomas | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Maneje os sintomas conforme página do sintoma. Peça para paciente identificar os 3 sintomas que mais incomodam e foque neles. • Não interprete todos os sintomas como fibromialgia: exclua doenças sérias e tratáveis. Se incerto: discuta ou encaminhe. |
| Sono | Toda consulta | Se o paciente tem dificuldades de dormir ↪ 73. |
| Depressão | Toda consulta | No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 109. |
| Artrite crônica | Toda consulta | Se o paciente também tiver artrite crônica, ofereça cuidados de rotina ↪ 116. |
| Estressores | Toda consulta | Ajude a identificar estressores psicossociais que possam exacerbar os sintomas. Avalie e maneje estresse ↪ 71. |

Aconselhe o paciente com fibromialgia

- A causa é desconhecida mas pode ser resultado de uma hipersensibilidade generalizada do sistema nervoso, assim os pacientes sentem mais dores musculares que os outros, apesar dos músculos/articulações estarem normais. Comunique-se efetivamente ↪ 130.
- O paciente podem também ter síndrome do intestino irritável, dor de cabeça tensional, síndrome da fadiga crônica, cistite intersticial, alterações do sono ou depressão.
 - Explique que os tratamentos podem ajudar (haverão dias bons e ruins), a fibromialgia não piora com o tempo e não traz risco à vida, mas não pode ser curada na maioria dos casos:
 - Oriente o paciente contra o uso abusivo de analgésicos (p.ex. paracetamol e ibuprofeno) já que comumente não ajudam para fibromialgia e podem ter efeitos adversos indesejados.
 - Oriente o paciente a manter-se ativo: inicie com 5 minutos de caminhada leve todo dia e aumente 1 minuto ao dia até conseguir andar 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana.
 - Estimule o paciente a adotar hábitos saudáveis de sono ↪ 73. Encaminhe para grupos de suporte, se disponíveis.
 - Se má adesão ou sem melhora com orientações e atividade física, encaminhe para a equipe multiprofissional de apoio.

Trate o paciente com fibromialgia

- Se não melhorar com orientações e atividade física: prescreva **amitriptilina** 25mg 1 hora antes de dormir. **Aumente** 25mg a cada 4-6 semanas até melhora (dose máxima de 75mg).
- Se depressão ou intolerante à **amitriptilina**: prescreva ao invés **fluoxetina** 20mg pela manhã. **Aumente** 20mg a cada 4-6 semanas até melhora (dose máxima de 80mg).
- Se ainda sintomático após 3 meses: combine **amitriptilina** 25mg à noite com **fluoxetina** 20mg pela manhã.
- Ofereça acupuntura, se disponível.

Uma relação de suporte com o mesmo profissional de saúde pode evitar visitas frequentes para múltiplos problemas. Reavalie paciente cada 6 meses até estável.

Contraceção

Prescreva contraceção de emergência se paciente não esteja em uso regular de contraceção e teve sexo desprotegido nos últimos 5 dias e não deseja engravidar:

- Prescreva assim que possível: **levonorgestrel** 1,5mg oral dose única.
 - Se usa efavirenz, rifampicina ou fenitoína/fenobarbital/carbamazepina, ofereça ao invés e preferencialmente **DIU de cobre** ou aumente dose de levonorgestrel para 3mg em dose única.
 - Se a paciente vomitar < 2 horas após a tomada, prescreva **metoclopramida** 10mg 30 minutos antes e repita dose ou ofereça ao invés DIU de cobre.
 - Ofereça para iniciar contraceção na mesma consulta (se DIU de cobre não escolhido). Use preservativo/abstinência pelos próximos 7 dias e teste para gravidez em 3 semanas.
- Se paciente escolher, insira **DIU de cobre** imediatamente ao invés do levonogestrel.
- Avalie necessidade de profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV e hepatite B [↪ 74](#).

Avalie paciente iniciando ou usando contraceptivo

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|--|-------------------------------------|--|
| Sintomas | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Verifique sintomas de ISTs: corrimento vaginal, úlceras, dor abdominal baixa. Se presentes ↪ 38. Se problemas sexuais ↪ 47. • Se > 40 anos avalie sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir e problemas sexuais ↪ 127. Se menopausa, decida por quanto tempo continuar contraceptivo ↪ 127. • Maneje outros sintomas conforme página do sintoma. |
| Adesão | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Se usando contraceptivo, pergunte sobre preocupações e satisfação com método. • Se paciente esqueceu de tomar injeção ou pilulas, maneje ↪ 120. |
| Efeitos adversos | Toda consulta | Se usando contraceptivo, pergunte sobre efeitos adversos do método ↪ 120 . |
| Sexo seguro | Toda consulta | Avalie práticas sexuais de risco: IST/PEP último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativos, uso arriscado de álcool/drogas ↪ 107 . |
| Uso de medicamento | Toda consulta | Se em tratamento com ARVs, para TB ou epilepsia, avalie se método é adequado ↪ 120 . Se não adequado, escolha/mude para DIU ou injetável. |
| Sangramento vaginal | Toda consulta | Se sangramento vaginal anormal: se usando contraceptivo, veja método para manejar ↪ 120 . Se ainda não usando contraceptivo ↪ 46 . |
| Peso (IMC) | 1ª consulta, anual | IMC: peso(kg) ÷ altura(m) ÷ altura (m). Se IMC > 25 avalie e maneje RCV ↪ 93 . |
| PA | Toda consulta se pilula/ injeção | <ul style="list-style-type: none"> • Verifique PA ↪ 98. • Se hipertensa ou PA ≥ 140/90, considere evitar pilula combinada. Se PA ≥ 160/100, também não prescreva injetável (progestágeno ou combinado). |
| Mamas | 1ª consulta, anual | Procure por nódulo(s) em mamas ↪ 33 e axilas ↪ 19 . |
| Gravidez | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar contraceptivo, exclua gravidez¹. Se gestante ↪ 121. • Se suspeita de gravidez (náusea/dor mamas significante ou se amenorréia com DIU/pilula combinada), solicite teste de gravidez. Se gestante ↪ 121. |
| HIV | Toda consulta | Teste para HIV ↪ 81 . Se HIV positivo, oriente contraceção confiável (DIU, injetáveis ou esterilização), principalmente se em dolutegravir. |
| Exame citopatológico para câncer de colo uterino | Se necessário | Avalie necessidade de fazer rastreio do câncer de colo de útero ↪ 43 . |

Oriente paciente iniciando ou usando contraceptivo

- Eduque paciente para usar contraceptivos de forma confiável. Oriente discutir preocupações/problemas com método e encontrar alternativas, em vez de parar e arriscar uma gestação indesejada.
- Oriente paciente em pilula para contar se iniciar tratamento com ARVs, para TB ou epilepsia pois podem interferir com a eficácia da pilula.
- Se em pilula combinada e ≥ 72 horas de diarreia/vômitos, oriente uso de preservativo/abstinência (continuar por 7 dias após melhora).
- Demonstre e forneça preservativos masculinos/femininos. Recomende proteção dupla: um método contraceptivo *mais* preservativo (masculino ou feminino) para proteger de ISTs e HIV.
- Incentive paciente a ter 1 parceria por vez e se HIV negativo a testar para HIV entre parcerias. Oriente parcerias a ser(em) testada(s) para HIV.
- Eduque sobre disponibilidade de contraceção de emergência (veja acima) para prevenir gestação indesejada.

¹Se após 7 dias do ciclo e paciente tem tido relações sexuais desprotegidas desde última menstruação, oriente paciente abstinência ou uso de preservativos até a próxima menstruação. Inicie contraceptivo quando a menstruação iniciar. Se menstruação atrasada, solicite teste de gravidez.

Trate paciente iniciando ou usando contraceptivo

Se em contraceptivo e paciente satisfeita com método, verifique se método é ainda adequado. Se iniciando ou mudando contraceptivo, exclua gravidez¹ e ajude paciente a escolher o método:

| Método | Ajude paciente a escolher o método | Instruções de uso | Efeitos adversos |
|--|--|---|--|
| Dispositivo intrauterino (DIU) • DIU de cobre (DIU-Cu) | <ul style="list-style-type: none"> • Efeito por 10 anos. • Fertilidade retorna com a remoção. • Não insira se ISTs/DIP atual, sangramento vaginal inexplicado, útero/colo alterado. | <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser inserido a qualquer momento, se após 12^o dia do ciclo exclua gravidez¹ antes. • Após parto: até 48h ou > 30 dias após. • Para inserir/remover deve ter treinamento. | <ul style="list-style-type: none"> • Menstruação intensa ou dolorosa: geralmente melhora em 3-6 meses. Para avaliar e manejar ↪ 46. Se sangramento excessivo após inserção ou se cansada e Hb < 12g/dL, discuta. • Irritação peniana no sexo: corte fios mais curtos. |
| Injeção de progestágeno • Acetato de medroxiprogesterona (ACMP) 150mg IM cada 12 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Injeção cada 12 semanas. • Fertilidade pode levar até 1 ano após última injeção para normalizar. • Não prescreva se: sangramento vaginal inexplicado, câncer de mama prévio, PA ≥ 160/100, DM e complicações, cardiopatia isquêmica/AVC, doença hepática ativa. | <ul style="list-style-type: none"> • Pode iniciar a qualquer momento. • Se iniciar após 5^o dia do ciclo, use preservativo/abstinência por 7 dias. • Não precisa ajustar intervalo das doses se tratamento com ARVs, para TB ou epilepsia. | <ul style="list-style-type: none"> • Amenorreia: oriente que é comum. • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar e manejar ↪ 46. • Acne: mude para COC ou método não-hormonal. • Dores de cabeça: se intensas, mude para método não-hormonal. • Ganho de peso (menor com pílula de progestágeno isolado). • Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 109. |
| Pílula de progestágeno isolado (PPI) • Noretisterona 35mcg | <ul style="list-style-type: none"> • Escolha pílula se segura/motivada para uso diário. Considere prescrever PPI somente se amamentação exclusiva (< eficaz se não está amamentando). • Escolha injetável se preferir injeção mensal. • Fertilidade retorna uma vez que parar pílula ou 1 mês após última injeção. | <ul style="list-style-type: none"> • Pode iniciar a qualquer momento. • Deve ser tomada todo dia no mesmo horário (não > 3 horas de atraso). • Se iniciar após 5^o dia do ciclo, use preservativo/abtinência por 7 dias. | <ul style="list-style-type: none"> • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar a manejar ↪ 46. • Mamas doloridas, náuseas: geralmente melhora em 3 meses. • Dores de cabeça: se enxaqueca e ≥ 35 anos ou com aura, mude para método não-hormonal. • Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 109. |
| Contraceptivo oral combinado (COC) • Etinilestradiol/levonorgestrel 30/150mcg | <ul style="list-style-type: none"> • Se preferir COC, escolha etinilestradiol/levonorgestrel (menor risco trombose entre opções dessa classe). • Não prescreva qualquer um (PPI/COC/IC) se: < 6 semanas pós-parto e amamentando, doença hepática ativa ou usa rifampicina/fenitoína/fenobarbital/carbamazepina, câncer de mama prévio. • Use PPI/COC com cautela² se usa ARVs, verifique interações. • Não prescreva COC/IC se: enxaqueca com aura, ≥ 35 anos e fuma tabaco, doença cardíaca/hepática/AVC, TVP/embolia pulmonar, grande cirurgia (pare 1 mês antes), DM com complicações, PA ≥ 160/100. • Pondere riscos de usar COC/IC se: ≥ 35 anos e enxaqueca sem aura e fuma tabaco, PA ≥ 140/90, pós-parto (6 semanas após parto e por 6 meses se amamentando), RCV > 10%. | <ul style="list-style-type: none"> • Pode iniciar a qualquer momento. • Deve ser tomada todo dia no mesmo horário (tomar 21 dias e parar 7). • Se iniciar após 5^o dia do ciclo, use preservativo/abtinência por 7 dias. • Se ≥ 72 horas de diarreia/vômitos oriente preservativo (continue 7 dias após melhora). | <ul style="list-style-type: none"> • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar a manejar ↪ 46. • Mamas doloridas, náuseas: geralmente melhora em 3 meses. • Dores de cabeça: se enxaqueca e ≥ 35 anos ou com aura, mude para método não-hormonal. • Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 109. |
| Injetável combinado (IC) • Enantato de Noretisterona/Valerato de Estradiol 50/5mg IM cada 4 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Não prescreva COC/IC se: enxaqueca com aura, ≥ 35 anos e fuma tabaco, doença cardíaca/hepática/AVC, TVP/embolia pulmonar, grande cirurgia (pare 1 mês antes), DM com complicações, PA ≥ 160/100. • Pondere riscos de usar COC/IC se: ≥ 35 anos e enxaqueca sem aura e fuma tabaco, PA ≥ 140/90, pós-parto (6 semanas após parto e por 6 meses se amamentando), RCV > 10%. | <ul style="list-style-type: none"> • Pode iniciar a qualquer momento. • Se iniciar após 5^o dia do ciclo, use preservativo/abtinência por 7 dias. | <ul style="list-style-type: none"> • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar a manejar ↪ 46. • Mamas doloridas, náuseas: geralmente melhora em 3 meses. • Dores de cabeça: se enxaqueca e ≥ 35 anos ou com aura, mude para método não-hormonal. • Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 109. |
| Esterilização • Ligadura tubária/vasectomia | <ul style="list-style-type: none"> • Contracepção permanente • Procedimento cirúrgico | Solicite exames pré-operatórios, solicite consentimento e encaminhe. | Dor incisional, infecção ou sangramento: discuta ou encaminhe . |

Maneje a paciente que esqueceu injeções ou pílulas

Injeção atrasada

- Se ≤ 1 semana (IC ou ACMP) de atraso: aplique dose.
- Se > 1 semana (IC ou ACMP) de atraso:
 - Exclua gravidez. Se gestação [↪ 121](#).
 - Se não estiver grávida: aplique dose e oriente preservativo ou abstinência por 7 dias. Se sexo desprotegido há ≤ 5 dias, também ofereça contracepção de emergência [↪ 119](#).

Pílula de progestágeno isolado esquecida (> de 3 horas de atraso)

- Tome pílula assim que lembrar, continue cartela e use preservativo/abstinência por 2 dias.
- Se sexo desprotegido há ≤ 5 dias, também ofereça contracepção de emergência [↪ 119](#).

Pílula de COC esquecida (> 24 horas de atraso)

- 1 ou 2 pílulas esquecidas: tome 1 pílula imediatamente e a outra na hora usual.
- ≥ 3 pílulas esquecidas: tome 1 pílula imediatamente e a outra na hora usual. Use preservativo ou abstinência por 7 dias:
 - Se pílulas perdidas estão entre as 7 últimas da cartela: inicie nova cartela.
 - Se pílulas perdidas estão entre as 7 primeiras da cartela e sexo desprotegido há ≤ 5 dias, também ofereça contracepção de emergência [↪ 119](#).

Reavalie a paciente usando COC/IC após 3 meses, então anualmente. Reavalie a paciente com DIU em 6 semanas após a inserção para verificar os fios.

¹Se iniciar fora do período menstrual, exclua gravidez: se após 7 dias do ciclo e paciente tem tido relações sexuais desprotegidas desde última menstruação, oriente paciente abstinência ou uso de preservativos até a próxima menstruação. Inicie contraceptivo ou insira DIU quando a menstruação iniciar. Se menstruação atrasada, solicite teste de gravidez. ²Os contraceptivos orais podem ser menos efetivos se uso de ARV. Oriente paciente a usar preservativos também.

CONTEÚDOS:
SINTOMASCONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATORIAS
CRÔNICASDOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

A paciente gestante

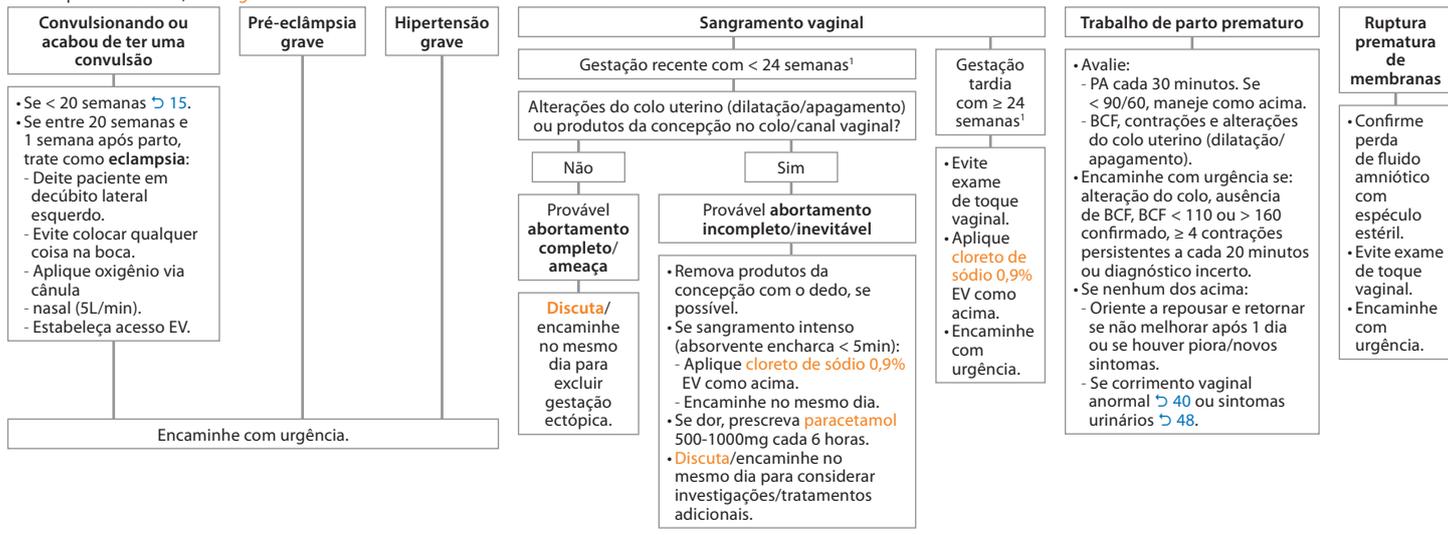
Atenda com urgência a paciente gestante com um ou mais dos seguintes:

- Convulsionando ou acabou de ter uma convulsão
- PA $\geq 160/110$ ou PA $\geq 140/90$ com dor de cabeça intensa/persistente, visão borrada, nova dor abdominal persistente: provável **pre-eclâmpsia grave** ou **hipertensão grave**
- Temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$ e dor de cabeça, fraqueza, dor nas costas, dor abdominal
- Falta de ar
- Panturrilha dolorida e inchada

- Sangramento vaginal
- Movimentos fetais diminuídos/ausentes \hookrightarrow 123
- Contrações dolorosas com < 37 semanas: provável **trabalho de parto prematuro**
- Se perda súbita/jorro de líquido vaginal claro ou transparente sem contrações e com < 37 semanas: provável **ruptura prematura de membranas (RUPREME)**

Maneje:

- Se falta de ar, aplique oxigênio via cânula nasal (1-2L/min) e encaminhe com urgência.
- Se PA $< 90/60$, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90 . Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar.
- Se temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$, **investigue causas** e avalie necessidade de encaminhamento no mesmo dia.



Ofereça cuidado pré-natal rotineiro à paciente gestante que não necessita de atenção urgente \rightarrow 122.

¹Se idade gestacional desconhecida, maneje como final da gestação se útero palpável acima da cicatriz umbilical.

Abordagem à paciente gestante recentemente diagnosticada que não necessita de atenção urgente

A paciente deseja a gestação?

Não ou não tem certeza

Sim

- Considere envolver a equipe multiprofissional de apoio.
- Ofereça cuidado pré-natal de rotina → 123.

Identifique e encaminhe a paciente gestante que necessita cuidado de pré-natal de alto risco:

- Problemas clínicos atuais: HIV, HAS, doença cardíaca, renal, hepática, hematológica, autoimune, genética, da tireoide, diabetes insulino dependente, asma/DPOC, TB, toxoplasmose, asma/DPOC grave, epilepsia/doença neurológica, doença psiquiátrica grave, câncer materno, anemia grave (Hb < 8g/dl ou Hb < 10g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia), gestação pós cirurgia bariátrica, dependência de álcool/drogas, anormalidade do trato genitourinário, hiperemese gravídica (vômitos persistentes, desidratação e perda de peso > 5% do peso corporal) refratária ao tratamento usual.
- Problemas na gestação atual: crescimento uterino restrito, oligohidramnio ou polidramnio, citologia cervical anormal (NIC I/II/III), diabetes gestacional, doença hipertensiva da gestação, infecções urinárias de repetição (3 ou mais episódios durante a gestação), pielonefrite, gestação múltipla, Rh negativo com anticorpos anti Rh positivo, hemorragias de terceiro trimestre (placenta prévia), má-formação congênita, diagnóstico de incompetência istmo cervical, seguimento após internação por intercorrências clínico/obstétricas.
- Problemas em gestação prévia: ≥ 2 abortos espontâneos consecutivos, morte fetal ou neonatal, prematuridade, descolamento prematuro de placenta/placenta prévia, anomalia congênita/malformação fetal, restrição do crescimento intrauterino, peso fetal < 2500g ou > 4500g, pré-eclampsia/eclampsia, diagnóstico prévio de incompetência istmo cervical.

- Se a paciente necessita de cuidado especializado, também mantenha o acompanhamento de rotina na atenção primária.
- Planeje o cuidado pré-natal de rotina na atenção primária → 123.

Cuidado pré-natal de rotina

Avalie a paciente gestante na primeira consulta, mensalmente até 36 semanas, por volta de 38 semanas e então semanalmente.

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|--|---|--|
| Sintomas | Toda consulta | Maneje sintomas conforme a página do sintoma. Verifique se paciente necessita de atenção urgente → 121. |
| Data provável do parto | Primeira consulta | Anote no cartão de pré-natal. Se paciente ≥ 41 semanas, confirme DPP e encaminhe para avaliação fetal e possível indução de parto |
| Movimentos fetais | Toda consulta a partir de 20 semanas | Se movimentos fetais diminuídos ou ausentes, deite paciente de lado e registre movimento fetais em um cartão. Se < 10 movimentos em 2 horas, encaminhe para avaliação adicional. |
| Saúde mental | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um → 109. • Qualquer uso de álcool ou drogas é arriscado para o bebê. No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses¹/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um → 107. |
| IMC ² | Primeira consulta | Se IMC < 18,5: exclua TB, verifique peso em toda consulta, encaminhe para avaliação com nutricionista. Se IMC > 30: encaminhe alto risco e nutricionista. |
| Exame abdominal | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Se massa, que não o útero, em abdome ou pelve, solicite USG e discuta. • Anote altura de fundo uterino no cartão de pré-natal e marque na curva. Se < 10° ou > 90° percentil: confirme, solicite USG e discuta. • Após 10-12 semanas: verifique o BCF para a tranquilizar a paciente. Se ausente: repita/confirme e encaminhe no mesmo dia • Se 37 semanas e apresentação pélvica/não-cefálica, discuta. |
| Corrimento ou perda de líquido vaginal | Toda consulta | Se corrimento anormal → 40. Se perda súbita de líquido claro e sem contrações: provável ruptura prematura de membranas → 121. Se pequena quantidade de líquido claro/transparente: confirme com espêculo estéril e encaminhe no mesmo dia para avaliação com USG. Evite exame de toque vaginal.. |
| PA (PA é normal se < 140/90) | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Se PA > 160/110: repita/confirme e encaminhe com urgência. • Se PA ≥ 140/90 e ≤ 160/110, repita após 1 hora de decúbito lateral esquerdo. Se 2ª PA normal, repita após 2 dias. Se 2ª PA ainda elevada e dor de cabeça intensa/persistente, visão borrada, nova dor abdominal persistente: encaminhe com urgência. Se 2ª PA ainda elevada e sem sintomas: solicite PU. - Se proteinúria, provável pré-eclâmpsia: encaminhe no mesmo dia. - Se sem proteinúria, discuta. Oriente paciente a retornar imediatamente se dor de cabeça, problemas visuais ou dor abdominal. |
| USG | 18-22 semanas | Agende USG para 18-22 semanas. Se microcefalia/calcificações intracranianas/alterações SNC: notifique e discuta para excluir Zika vírus. |
| PU, C e TSA | Primeira consulta e após 28 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Se cultura positiva e sem sintomas, repita/confirme com segunda cultura. Se segunda cultura positiva: trate de acordo com antibiograma e repita PU, C e TSA uma semana após o tratamento e então mensalmente. Se estreptococos do grupo B, discuta. • Se proteinúria, verifique PA. Se PA ≥ 140/90: encaminhe no mesmo dia. Se PA < 140/90 e ≥ 2+ de proteinúria, encaminhe ao pré-natal de médio risco para descartar nefropatia. Se PA < 140/90 e < 2+ de proteinúria, repita PU, C e TSA. Se glicose na urina, investigue diabetes. |
| Rastreio de diabetes | <ul style="list-style-type: none"> • < 24 semanas: se necessário • ≥ 24 semanas: todas | <ul style="list-style-type: none"> • Se < 24 semanas, avalie fatores de risco e necessidade de rastrear DM → 95. • Se ≥ 24 semanas, solicite teste de tolerância oral à glicose 75g (preferencialmente entre 24-28 semanas): - Se glicemia de jejum ≥ 92 mg/dL ou glicemia de 2 horas ≥ 153 mg/dL, provável DM Gestacional: discuta/encaminhe. |
| HMG | Primeira consulta e após 28 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Se Hb < 8g/dL ou palidez com FR > 30, dor no peito ou desmaio/cansaço fácil, encaminhe no mesmo dia. Se Hb < 8g/dL e assintomática, discuta/encaminhe. • Se Hb 8-11g/dL até 14 semanas ou 8-10,5g/dL a partir de 14 semanas, trate → 124 e repita HMG em 1 mês. |
| Tipagem sanguínea e fator Rh | Na primeira consulta se desconhecido | <p>Se Rh negativo, anote no cartão de pré-natal e confirme Rh do parceiro, se possível:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se Rh do parceiro negativo: discuta indicação de imunoglobulina anti-D. • Se Rh do parceiro positivo/desconhecido: solicite coombs indireto após 24 semanas e repita todo mês. Se coombs indireto positivo: discuta/encaminhe. |
| Toxo IgG/IgM | Primeira consulta | Se IgG (+) e IgM (+), solicite teste de avidéz e discuta . Se IgG (-) e IgM (+), infecção recente: discuta/encaminhe . Se IgG (-) e IgM (-), repita com 30 semanas. |

Continue avaliando a paciente gestante → 124

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ²IMC = peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m).

Continue avaliando a paciente gestante

| | | |
|------------|--|---|
| Sífilis | Primeira consulta, entre 14-26 semanas e após 28 semanas | Teste para sífilis ➤ 44. Se positivo, trate paciente e parceiras ➤ 44. |
| Hepatite B | Primeira consulta e, se negativo, após 28 semanas | Se tem registro de anti-HBs ≥ 10 UI/mL, considere imune (não há necessidade de testar). Se < 10 UI/mL ou desconhecido, teste para hepatite B ➤ 87. |
| HIV | Primeira consulta e, se negativo, após 28 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Teste para HIV ➤ 81. Se paciente recusar, ofereça testagem de HIV a cada consulta, mesmo próximo ao parto. • Se positivo, inicie/reinicie TARV ➤ 85 ou mantenha/não pare TARV. Discuta e encaminhe com prioridade (infecologia e alto risco). Se < 12 semanas e usa dolutegravir: discuta e considere trocar TARV. |

Aconselhe a paciente gestante

- Aconselhe parar de fumar ➤ 108, beber álcool, usar outras drogas ou abusar de medicamentos. Apoie para mudança ➤ 133. Aconselhe não tomar medicamentos a não ser que prescritos.
- Aconselhe a paciente a evitar carne crua ou mal passada ou comida pré-preparada resfriada ou leite não pasteurizado, lavar cuidadosamente as mãos, frutas e vegetais antes de comer, usar luvas e lavar as mãos após trabalhar com terra, evitar contato com fezes de gato. Aconselhe a reduzir a cafeína.
- Oriente sexo seguro. Aconselhe o uso de preservativos por toda a gestação e a ter 1 parceria por vez.
- Assegure-se que a paciente conhece os sintomas de uma emergência gestacional ➤ 121 e de trabalho de parto prematuro.
- Discuta sobre contracepção pós-parto ➤ 119.
- Oriente paciente para evitar doenças transmitidas por mosquitos:
 - Evitar viajar para áreas com Zika/dengue/malária.
 - Se em área de Zika/dengue/malária:
 - Usar repelentes (consulte médico/enfermeira sobre as opções e uso adequado) e utilizar roupas que protejam partes expostas do corpo.
 - Procurar ficar e dormir em locais/quartos com tela de proteção contra insetos ou ar condicionado, se possível. Evitar horários/lugares com presença de mosquitos. Dormir em cama com mosquitoireiro.
- Se HIV negativa, estimule amamentação exclusiva por 6 meses: apenas leite materno (sem fórmula, água, cereal). Se HIV positiva, contraindique a amamentação e oriente o uso de fórmula.
- Considere envolver a equipe multiprofissional de apoio se: história pessoal ou familiar de depressão/ansiedade, < 15 anos, gravidez indesejada, suporte familiar/social precário, sem/pouco suporte do parceiro, violência doméstica, evento traumatizante de vida no último ano, HIV não revelado.

Trate a paciente gestante

- Prescreva **ácido fólico** 5mg ao dia até 12 semanas de gestação.
- Verifique se tem risco de pré-eclâmpsia (vide abaixo): se não tem risco de pré-eclâmpsia, prescreva a partir das 16 semanas **sulfato ferroso** 40mg (um comprimido)¹ ao dia.
- Se Hb 8-11g/dL até 14 semanas ou 8-10,5g/dL a partir de 14 semanas: prescreva **sulfato ferroso** 120mg (três comprimidos)¹ ao dia, repita HMG em 1 mês:
 - Se Hb subindo: continue tratamento e repita HMG cada 1-2 meses até Hb > 11 g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40mg (um comprimido)¹ ao dia até o 3º mês pós-parto.
 - Se Hb estagnada ou caindo: aumente sulfato ferroso para 240mg (seis comprimidos)¹ ao dia e repita HMG em 1 mês:
 - Se Hb subindo: continue tratamento e repita HMG cada 1-2 meses até Hb > 11 g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40mg (um comprimido)¹ ao dia até o 3º mês pós-parto.
 - Se Hb estagnada ou caindo: **discuta**/encaminhe com prioridade.
- Se gestação durante inverno, ofereça **vacina contra influenza**. Se vacina HBV incompleta ($<$ de 3 doses)/desconhecida, prescreva **vacina contra HBV**.
- Confira se a vacinação contra tétano, difteria e coqueluche está em dia (3 doses de difteria e tétano na vida):
 - Se em dia, prescreva uma dose da **vacina de tétano, difteria e coqueluche (dTpa)** entre 20 semanas de gestação até 45 dias após o parto.
 - Se atrasada/desconhecida, complete esquema vacinal da **dT** com 1 mês entre as doses. Garanta que 1 dose seja da **dTpa** e seja aplicada preferencialmente antes do parto.
- Encaminhe gestante para consulta com dentista, se disponível.
- Verifique **risco de pré-eclâmpsia**, se qualquer um dos seguintes fatores de alto risco: HAS, DM, doença renal, doença autoimune, pré-eclâmpsia prévia; ou se ≥ 2 dos seguintes fatores de moderado risco: 1ª gestação ou última gestação > 10 anos, IMC ≥ 35 , história familiar de pré-eclâmpsia (mãe ou irmã), > 40 anos, gestação gemelar. Se tem risco de pré-eclâmpsia:
 - Se baixa ingestão de cálcio na dieta (sem laticínios, baixo consumo de frutas ou vegetais, alto consumo de bebidas com baixo nível de cálcio, como refrigerantes): prescreva **cálcio elementar** 1,5g ao dia (em horários diferentes do sulfato ferroso¹, se em uso deste) a partir das 20 semanas.
 - Prescreva **AAS** 100mg ao dia a partir das 12 semanas. Pare 10 dias antes da data estimada de parto.

Ofereça cuidado pós-natal (puerperal) à mãe e bebê ➤ 125.

¹Considere 1 comprimido de sulfato ferroso equivalente à 40mg de ferro elementar. Oriente tomar os comprimidos 30 minutos antes das refeições com sucos cítricos e evitar chá/café 2 horas antes ou após a tomada dos comprimidos. ²Cálcio pode interferir com a absorção do ferro.

Cuidado pós-natal (puerperal) de rotina

Atenda com urgência à puérpera com um ou mais dos seguintes:

- Sangramento intenso (absorvente encharca < 5min): provável **hemorragia pós-parto**
- Convulsionando ou acabou de ter uma convulsão até 1 semana pós-parto →121.
- PA $\geq 160/110$ ou PA $\geq 140/90$ com dor de cabeça intensa/persistente, visão borrada, nova dor abdominal persistente: provável **pre-eclâmpsia grave** →121.
- Sentindo-se mal e temperatura > 38°C
- PA < 90/60
- FC ≥ 100
- Laceração estendendo-se até ânus ou reto
- Palidez com frequência respiratória > 30, dor no peito ou desmaio/cansaço fácil
- Palidez com Hb < 7g/dL

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se PA < 90/60 ou sangramento com FC ≥ 100 , aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar.
- Se provável **hemorragia pós-parto**:
 - Massageie o útero e esvazie a bexiga (com cateter se necessário).
 - Se sangramento intenso, faça compressão bimanual¹ ou aórtica externa² durante a remoção.
- Se sentindo-se mal e temperatura > 38°C: **investigue causas** e avalie necessidade de encaminhamento no mesmo dia.

Avalie a mãe e bebê com 3 dias, entre 7-10 dias e 6 semanas após o parto

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|------------------------------|----------------|---|
| Sintomas | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Maneje sintomas da mãe conforme a página do sintoma. • Pergunte sobre incontinência urinária (vazando ou gotejando urina). Se ainda presente após 6 semanas, trate para problemas de fluxo urinário → 48. |
| Depressão | Toda consulta | No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um → 109. |
| Uso de álcool/drogas | Toda consulta | No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ³ /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um → 107. |
| Planejamento familiar | Toda consulta | Avalie necessidades de contracepção da paciente → 119. |
| Alimentação do bebê | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Se amamentando: avalie problemas da mama → 33. Avalie a pega do bebê (observe amamentação) e confirme amamentação exclusiva. • Se alimentação por fórmula: confirme a preparação ideal da fórmula e que esta seja acessível, possível, aceitável, segura e sustentável. |
| Bebê | Toda consulta | Avalie e maneje a criança conforme os protocolos locais. Garanta que o bebê esteja com as imunizações em dia. |
| Abdome e períneo | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Se ferida perineal ou abdominal: avalie cicatrização e, se necessário, remova suturas com 10 dias após o parto. • Se abdome dolorido, corrimento com mau cheiro ou útero pouco contraído: verifique temperatura e discuta no mesmo dia. |
| PA (PA é normal se < 140/90) | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Se ≤ 1 semana pós-parto e PA > 160/110: repita/confirme e encaminhe com urgência. • Se ≤ 1 semana pós-parto e PA $\geq 140/90$ e $\leq 160/110$, repita após 1 hora de decúbito lateral esquerdo. Se 2ª PA normal, repita após 2 dias. Se 2ª PA ainda elevada e dor de cabeça intensa/persistente, visão borrada, nova dor abdominal persistente: encaminhe com urgência. Se 2ª PA ainda elevada e sem sintomas: solicite PU. - Se proteinúria, provável pré-eclâmpsia: encaminhe no mesmo dia. - Se sem proteinúria, discuta. Oriente paciente a retornar imediatamente se dor de cabeça, problemas visuais ou dor abdominal. • Se > 1 semana pós-parto e PA $\geq 140/90$ → 98. |

Continue avaliando a mãe e o bebê →126.

¹Compressão bimanual: insira o punho cerrado na vagina, as costas das mãos direcionadas posteriormente, articulações dos dedos no fornix vaginal anterior. Coloque a outra mão no abdome atrás do útero e o aperte firmemente entre as mãos.

²Compressão aórtica externa: pressione para baixo com o punho logo acima da cicatriz umbilical até que o pulso femoral não seja sentido. ³Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafa) de cerveja.

Continue avaliando a mãe e o bebê

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|-----------------------------------|-------------------------|---|
| HIV na mãe | Se não realizado | <ul style="list-style-type: none"> • Teste para HIV ↗ 81. Se positivo ofereça cuidados de rotina para HIV ↗ 82 e inicie TARV ↗ 85. • Se mãe testar HIV positivo, suspenda/contraindique a amamentação e aconselhe fórmula. Encaminhe o bebê com prioridade. |
| HIV no bebê exposto ao HIV | De acordo com protocolo | Discuta , verifique último protocolo para avaliar quando solicitar exames e monitore bebê exposto ao HIV. |
| Sífilis no bebê exposto à sífilis | 1, 3, 6, 12 e 18 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Solicite VDRL¹. Se 2 testes consecutivos não reagentes, interrompa seguimento laboratorial com VDRL. Com 18 meses, considere fazer teste rápido (treponêmico) e interprete resultado. • Se elevação do VDRL ou não negatização até 18 meses <i>ou</i> persistência de títulos baixos, discuta para considerar retratamento ou investigação adicional. |
| HMG | Se palidez | <ul style="list-style-type: none"> • Se Hb < 7g/dL ou palidez com FR > 30, dor no peito ou desmaio/cansaço fácil, encaminhe no mesmo dia. Se Hb < 7g/dL e assintomática, discuta. • Se Hb 7-11g/dL, trate como abaixo. |
| Sífilis na mãe | Se não realizado | Teste a mãe para sífilis ↗ 44: se positivo trate mãe ↗ 44 e bebê. |
| Citopatológico | Se necessário | Avalie necessidade do fazer rastreio de câncer de colo de útero ↗ 43. |

Aconselhe a mãe

- Estimule a mãe a retomar atividades cotidianas logo após o parto, repousar frequentemente e alimentar-se adequadamente. Oriente a manter perineo limpo e trocar absorventes a cada 4-6 horas.
- Oriente retorno urgente se sangramento intenso, corrimento vaginal com mau cheiro, ferida avermelhada/malcheirosa/com secreção, febre, tontura, dor de cabeça persistente, visão turva, dor abdominal intensa, dor intensa em panturrilhas ou se o bebê não estiver bem.
- Oriente sobre alimentação do bebê:
 - Se HIV negativa, estimule amamentação exclusiva por 6 meses: apenas leite materno (sem fórmula, água, cereal). Se HIV positiva, contraindique a amamentação e oriente o uso de fórmula.
 - Se necessário, agende consulta de enfermagem para apoiar/estimular a amamentação.
 - Se alimentação por fórmula: confirme a preparação ideal da fórmula e que seja acessível, possível, aceitável, segura e sustentável. Verifique a preparação correta da fórmula. Desincentive alimentação mista antes do 6 meses de idade.
 - A partir dos 6 meses, inclua alimentação enquanto mantém a amamentação.
 - Se mãe HIV negativa: explique sobre a importância de avaliar regularmente o status de HIV enquanto amamenta.
- Se mãe HIV positiva: verifique se o bebê está usando corretamente a TARV em xarope e que a mãe está administrando corretamente. **Suspenda/contraindique amamentação**.

Trate a mãe

- Se em uso, mantenha **sulfato ferroso** 40mg (um comprimido)² ao dia por 3 meses. Se Hb 7-11g/dL, prescreva **sulfato ferroso** 120mg (três comprimidos)² ao dia e repita HMG em 1 mês:
 - Se Hb subindo: continue tratamento e repita HMG cada 1-2 meses até Hb > 11g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40mg (um comprimido)² ao dia até o 3º mês pós-parto.
 - Se Hb estagnada ou caindo: aumente sulfato ferroso para 240mg (seis comprimidos)² ao dia e repita HMG em 1 mês:
 - Se Hb subindo: continue tratamento e repita HMG cada 1-2 meses até Hb > 11g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40mg (um comprimido)² ao dia até o 3º mês pós-parto.
 - Se Hb estagnada ou caindo: **discuta/encaminhe**.
- Verifique resultados do Rh no pré-natal. Se mãe Rh negativo, avalie a indicação de imunoglobulina anti-D e confirme que foi aplicada. Se não foi aplicada: **discuta/encaminhe** para aplicação.
- Confira se a vacinação contra tétano, difteria e coqueluche está em dia (3 doses tétano/difteria no passado):
 - Se em dia, verifique se uma dose da vacina de tétano, difteria e coqueluche (dTpa) foi aplicada nesta gestação. Se não, aplique até 45 dias após o parto.
 - Se atrasada/desconhecida, complete esquema vacinal da dT. Garanta que 1 dose seja da dTpa e seja aplicada até 45 dias após o parto.
- Se lesões doloridas em perineo, prescreva **paracetamol** ou **dipirona**³ 500-1000mg a cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- Se HIV positiva e sem TARV, inicie TARV ↗ 85. Se mãe já em TARV, **não pare** e **discuta/encaminhe** para decidir se precisa alterar esquema de TARV.

¹Se primeira punção lombar alterada, também solicite punção lombar cada 6 meses até normalizar. Se persistir alterada, **discuta**. ²Considere um comprimido de sulfato ferroso equivalente a 40mg de ferro elementar. Oriente tomar os comprimidos 30 minutos antes das refeições com sucos cítricos e evitar chá/café 2 horas antes ou após a tomada dos comprimidos. ³Não prescreva se alergia prévia.

Menopausa

- Exclua gestação antes de diagnosticar menopausa. Se gestante → 121.
- Menopausa é ausência de menstruação por pelo menos 12 meses seguidos. A maioria das mulheres apresenta sintomas de menopausa e ciclos irregulares durante a perimenopausa
- Se a mulher tem < 40 anos, **discuta/encaminhe**.

Avalie a paciente em menopausa

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|-----------------------|--|---|
| Sintomas | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Sintomas da menopausa: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir → 73 e problemas sexuais → 47. • Se suores noturnos questione sintomas de TB como perda de peso e tosse ≥ 3 semanas. Se presentes, exclua TB → 76. • Se alterações no peso (sem explicação), FC ≥ 100, tremores, pele seca, fraqueza, constipação, intolerância ao frio ou calor: solicite TSH e interprete. • Maneje outros sintomas conforme página do sintoma. |
| Depressão | Toda consulta | No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um → 109. |
| Sangramento vaginal | Toda consulta | Se sangramento entre os ciclos, após relação sexual ou após 1 ano de amenorreia: solicite USG , interprete e discuta |
| RCV | No diagnóstico, conforme risco | <ul style="list-style-type: none"> • Avalie RCV → 93. • Se < 10% com fator de risco para DCV ou 10-20%, reavalie após 1 ano. Se > 20%, reavalie após 6 meses. |
| PA | Trimestral se terapia hormonal | Verifique PA → 98. Se hipertensão conhecida → 99. |
| Risco de osteoporose | No diagnóstico | Considere avaliação diagnóstica/tratamento se fatores de risco: < 60 anos com perda de > 3cm na altura e fratura de quadril/punho/coluna; fratura não traumática prévia; uso de corticoides > 3 meses; início da menopausa < 45 anos; IMC < 18,5; > 2 doses ¹ de álcool/dia; tabagismo pesado (≥ 20 cigarros/dia). |
| Planejamento familiar | No diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Se em uso de pílula combinada ou progestágeno injetável, mude para método não hormonal ou pílula de progestágeno isolada quando ≥ 50 anos. • Se em uso de método não hormonal, continue por 2 anos após o último ciclo se < 50 anos e por 1 ano após o último ciclo se ≥ 50 anos. • Se uso de pílula de progestágeno isolada, continue até os 55 anos ou, se ainda menstruando, até 1 ano após o último ciclo. |
| Exame das mamas | <ul style="list-style-type: none"> • No diagnóstico • Anual se em terapia hormonal | <ul style="list-style-type: none"> • Se em uso de terapia hormonal: solicite MMG antes de iniciar a terapia, interprete → 33. Repita anualmente enquanto usar terapia. • Se algum nódulo encontrado em mamas ou axilas, solicite MMG e interprete → 33. |
| Exame citopatológico | Se necessário | Avalie necessidade de fazer rastreio do câncer de colo de útero → 43. |

Aconselhe a paciente em menopausa

- Para lidar com os fogachos, oriente a paciente: usar roupas leves, diminuir consumo de álcool, evitar alimentos apimentados, bebidas e ambientes quentes. Ajude a manejar seu RCV → 94.
- Se a paciente tem tido dificuldades em lidar com suas alterações de humor, considere encaminhar para psicólogo ou grupo de apoio.
- Oriente sobre os riscos, contra-indicações e benefícios da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) e que pode ser usada para tratar os sintomas por no máximo 4 anos. O uso prolongado pode aumentar o risco de câncer de mama, TVP e DCV.

Trate a paciente em menopausa

- Se fogachos moderados a graves que não melhoram com mudanças de estilo de vida/outras tratamentos não hormonais e que interferem com funções da vida diária, **ofereça** TRH:
 - Não prescreva se sangramento vaginal anormal, atual/história de câncer de útero/mama, TVP prévia ou embolia pulmonar, IAM recente, hipertensão descontrolada ou doença hepática.
 - Prescreva **estrogênio conjugado** 0,3mg e **medroxiprogesterona** 5mg oral ao dia (se a paciente teve o útero removido, prescreva estrogênio conjugado apenas), ou **discuta** para outras opções.
 - **Ajuste** a dose para controlar os sintomas da menopausa com o mínimo de efeitos adversos.
- Se atrofia/ressecamento vaginal/dor na relação: ofereça **gel lubrificante** (evitar base oleosa/petróleo se preservativo) e/ou **dê estriol 1mg/g** creme vaginal 0,5g ao dia por 14 dias, então 2 x/semana por 3 meses.
- Reavalie a cada 6 meses se em TRH e tente **diminuir/parar** se sintomas controlados. Se ≥ que 4 anos de TRH ou após os 60 anos, **pare** TRH. Se paciente ainda sintomática, **discuta/encaminhe**.

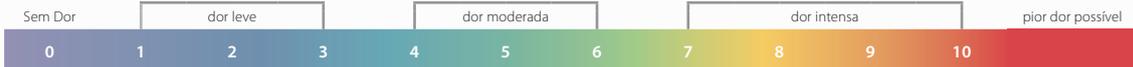
¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafa) de cerveja.

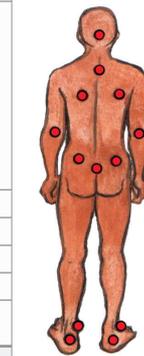
Doença terminal: cuidados paliativos de rotina

Um paciente pode receber cuidados curativos e paliativos ao mesmo tempo. Confirme que paciente com doença terminal necessita de cuidados paliativos:

- Você se surpreenderia se o paciente morresse nos próximos 2 anos? Se a resposta é não, então o paciente necessita de cuidados paliativos e/ou
- Paciente acamado ou na cadeira por > 50% do dia ou dependente de outros para o cuidado ou teve admissão hospitalar não planejada e/ou
- Paciente com doença avançada escolhe apenas cuidado paliativo e recusa cuidados curativos e/ou
- Paciente com doença avançada não respondendo ao tratamento: insuficiência cardíaca, DPOC, insuficiência renal ou hepática, câncer, HIV, TB, demência ou outra doença neurológica progressiva

Avalie o paciente que necessita de cuidados paliativos

| Avalie | Observações |
|-------------------|--|
| Sintomas | <ul style="list-style-type: none"> • Maneje como na página do sintoma: constipação, náusea/vômitos, dificuldade de engolir, falta de ar/tosse, ferida na boca, perda de peso, incontinência, fadiga, úlcera. • Se o paciente estiver preocupado com a perda de apetite, assegure-se de que isso é normal no final da vida. Considere tentar um curso curto de prednisona ↗ 129. |
| Dor | <ul style="list-style-type: none"> • A dor limita atividade ou atrapalha o sono? O medicamento ajuda? Graduar a dor de 1-10 pode ajudar o paciente a decidir se precisa iniciar/aumentar dose do analgésico. • Se dor nova/súbita, temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, inchaço dolorido, vermelhidão ou pus, trate também conforme página do sintoma. Sem melhora/dúvida, discuta. • Avalie a gravidade e o tipo da dor para ajudar paciente a decidir qual analgésico será iniciado ou otimizado ↗ 129: <ul style="list-style-type: none"> - Peça ao paciente para apontar na escala se sua dor é leve, moderada ou intensa: |
| |  <p>- Peça para descrever dor: espasmos musculares; dor óssea; choque/queimação, provável dor neuropática; se câimbras, cólica abdominal, provável dor somática.</p> |
| Sono | Se paciente tem dificuldade para dormir ↗ 73 . |
| Depressão | No último mês, sentiu: 1) Desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um ↗ 109 . |
| Efeitos adversos | Maneje efeitos adversos como na página do sintoma. Náusea, confusão e sonolência em uso de morfina geralmente melhoram após os primeiros dias. |
| Cuidador | Pergunte como cuidador está lidando com a situação e quais suportes/ajudas precisa agora e no futuro. |
| Cuidado crônico | <ul style="list-style-type: none"> • Avalie quanto paciente e família entendem sobre condição e pergunte quais informações adicionais precisam. • Avalie necessidade contínua de cuidados crônicos, discuta com paciente e equipe. Considere qual medicamento pode ser descontinuado. |
| Boca | Verifique higiene oral e investigue boca seca, úlceras e aftas ↗ 28 Se sintomas da gengiva ou dentes ↗ 29 . |
| Úlcera de pressão | Se está acamado ou em cadeira de rodas, verifique áreas comuns para lesão de pele (mudança de cor) e úlcera de pressão (veja a figura). Se tem úlcera de pressão ↗ 63 . |

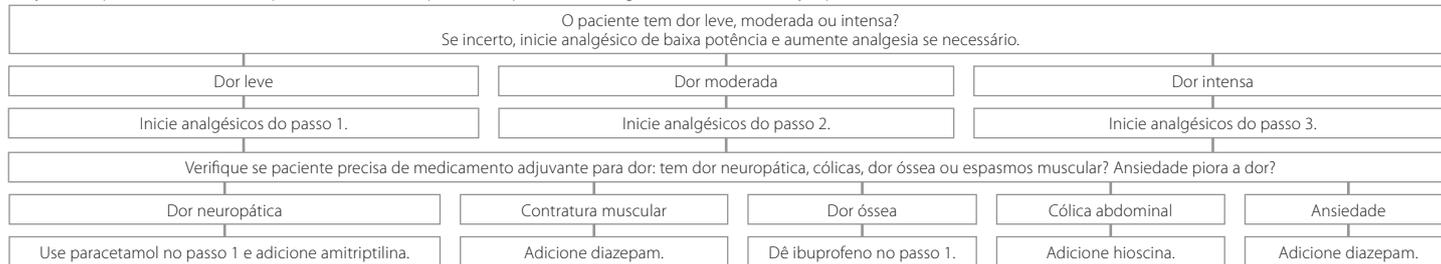


Aconselhe o paciente que necessita de cuidados paliativos e seu(sua) cuidador(a)

- Explique sobre a doença e o prognóstico. Explicar o que está acontecendo alivia o medo e a ansiedade. Apoie o paciente para dar o máximo de autocuidado possível.
- Encaminhe o paciente e cuidador para grupos de suporte, equipe multiprofissional de apoio, conselheiro espiritual ou cuidador pastoral. Lide com o luto [↗ 71](#)
- Previna escaras se restrito ao leito: lavar e secar pele diariamente. Manter lençóis secos. Mover (elevar, não arrastar) paciente cada 1-2 horas se não puder fazer com o próprio peso. Procurar diariamente alterações na cor da pele (ver figura).
- Previna contraturas se restrito ao leito: pelo menos duas vezes ao dia, dobre e estique gentilmente as articulações na máxima extensão. Não cause dor. Massageie os músculos.
- Previna lesões orais: escovar dentes e língua regularmente usando pasta de dente ou bicarbonato de sódio diluído. Enxague boca com ½ colher de chá de sal em 1 copo d'água após comer e à noite.
- Enfatize a importância de tomar o medicamento analgésico regularmente (não conforme necessidade) e se estiver usando codeína/morfina, usar diariamente laxantes para evitar constipação.
- O apetite do paciente deve diminuir à medida que adoecer. Ofereça pequenas refeições frequentemente e permita que escolha o que comer dentro do que estiver disponível.
- Eduque o cuidador para reconhecer sinais de deterioração e morte eminente: pode ficar menos responsivo, tornar-se frio, sonolento, com respiração irregular e sem interesse em comer.
- Discuta com paciente e cuidador planos e preferências. Documente as escolhas

Trate o paciente que necessita de cuidados paliativos

- Se a perda de apetite angustiar o paciente, dê **prednisona** 5mg via oral pela manhã para estimular o apetite. **Aumente** até 15mg, se necessário. **Suspenda** se não responder em 14 dias.
- Objetive ter paciente sem dor em repouso e o mais alerta possível. Se paciente tiver alguma dor, inicie medicação para a dor:



| Passo | Medicamento | Dose inicial | Dose máxima | Observações |
|--|--|---|--|---|
| Passo 1 Prescreva um dos seguintes | Paracetamol | 500mg cada 4-6 horas | 4g ao dia | Se sem codeína, combine paracetamol cada 4h e dipirona cada 4h, alterne para que cada um seja dado cada 2h. |
| | ou dipirona | 500mg cada 4-6 horas | 4g ao dia | Não prescreva se alergia prévia. |
| | ou ibuprofeno | 300mg cada 4-6 horas | 2,4g ao dia | Tomar com/após alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, asma, hipertensão, insuficiência cardíaca ou doença renal. |
| Passo 2 Adicione: | Codeína | 30mg cada 4 horas | 240mg ao dia | Se não tiver diarreia, prescreva óleo mineral 15-45mL à noite para constipação. |
| Passo 3 Pare o passo 2 e adicione: | Morfina (oral ou retal se incapaz de engolir) | 5mg cada 4 horas | Não há. Se FR < 12, pule 1 dose e diminua doses pela metade. | <ul style="list-style-type: none"> • Se iniciando morfina, prescreva metoclopramida 10mg cada 8 horas por 1 semana. • Se não tiver diarreia, prescreva óleo mineral 15-45ml à noite para constipação. • Se dor não melhorar após 24h, aumente dose 1,5-2 vezes. Se não melhorar após 2 dias, discuta. |
| Adicione medicamento adjuvante em qualquer passo, se necessário. | Amitríptilina | 25mg ao dia | 75mg ao dia | Usar à noite. Oriente que pode causar tonturas, sonolência e evitar dirigir e usar máquinas pesadas. |
| | Diazepam | <ul style="list-style-type: none"> • Se espasmo muscular: 5mg cada 8 horas • Se ansiedade: 2,5mg à noite ou cada 12 horas | 15mg ao dia | - |
| | Hioscina | 10mg cada 8 horas | 120mg ao dia | - |

- Se dor persistir/aumentar, aumente até dose máxima para então ir para o próximo passo. Se dor diminuir, volte um passo.
- Reavali paciente 2 dias após iniciar ou trocar medicamento. Se efeitos adversos se mantiverem intoleráveis após reduzir a dose, **discuta.**

Revise as necessidades em cuidados paliativos do seu(sua) paciente e do(a) cuidadora regularmente

Comunique-se efetivamente

- Comunicar-se efetivamente com seu paciente durante a consulta não requer muito tempo ou habilidades especializadas.
- Tente usar linguagem simples e leve em consideração a cultura e crenças do seu paciente.
- Integre estes quatro princípios em todas as consultas:

Escute

Escutar efetivamente ajuda a construir uma relação aberta e de confiança com o paciente.

Faça

- Ofereça toda a sua atenção →
- Reconheça linguagem não-verbal →
- Seja honesto, aberto e acolhedor →
- Evite distrações ex. telefones →

O paciente pode sentir:

- 'Eu posso confiar nessa pessoa'
- 'Eu me sinto respeitado e valorizado'
- 'Eu me sinto esperançoso'
- 'Eu me sinto ouvido'

Não faça

- Falar demais →
- Apressar a consulta →
- Dar palpites →
- Interromper →

O paciente pode sentir:

- 'Eu não estou sendo ouvido'
- 'Eu me sinto desempoderado'
- 'Eu não sou valorizado'
- 'Eu não posso confiar nessa pessoa'

Discuta

Discutir um problema e suas soluções pode ajudar o paciente sobrecarregado a desenvolver um plano de manejo.

Faça

- Use perguntas abertas →
- Ofereça informação →
- Incentive o paciente a achar soluções →
- Respeite o direito de escolha do paciente →

O paciente pode sentir:

- 'Eu escolho com o que eu quero lidar'
- 'Eu posso me ajudar'
- 'Eu me sinto apoiado na minha decisão'
- 'Eu posso lidar com meus problemas'

Não faça

- Impor suas ideias para o paciente →
- Ser especialista em 'resolver tudo' →
- Deixar o paciente levar muitos problemas de uma vez →

O paciente pode sentir:

- 'Eu não sou respeitado'
- 'Eu sou incapaz de tomar minhas próprias decisões'
- 'É esperado de mim que eu mude muito rápido'

Pratique empatia

Empatia é a habilidade de imaginar e compartilhar a situação e os sentimentos do paciente.

Faça

- Escute e identifique os sentimentos dele ex. 'Você parece muito chateado' →
- Permita o paciente expressar emoção →
- Seja apoiador →

O paciente pode sentir:

- 'Eu posso passar por isso'
- 'Eu posso lidar com a minha situação'
- 'Meu médico/enfermeiro me entende'
- 'Eu me sinto apoiado'

Não faça

- Julgar, criticar ou culpar o paciente →
- Discordar ou confrontar/ser reativo →
- Ficar desconfortável com altos níveis de emoção e fardo dos problemas →

O paciente pode sentir:

- 'Eu estou sendo julgado'
- 'É muito para eu lidar'
- 'Eu não consigo lidar'
- 'Meu médico/enfermeiro é insensível'

Resuma

Resumir o que foi discutido ajuda a verificar se o paciente entende e se concorda com o plano para a solução.

Faça

- Peça para o paciente resumir →
- Concorde com um plano →
- Ofereça para escrever a lista de opções →
- Ofereça consulta de seguimento →

O paciente pode sentir:

- 'Eu posso fazer mudanças na minha vida'
- 'Eu tenho algo para trabalhar com'
- 'Eu me sinto apoiado'
- 'Eu posso voltar quando eu precisar'

Não faça

- Dirigir as decisões →
- Ser abrupto →
- Forçar uma decisão →

O paciente pode sentir:

- 'Meu médico/enfermeiro desaprova minhas decisões'
- 'Eu me sinto ressentido'
- 'Eu me sinto incompreendido'

Proteja-se de infecção ocupacional

Considere **COVID-19**
Consulte guia local mais atual

Atenda com urgência o profissional de saúde que tenha tido acidente perfurocortante, respingos nos olhos, boca, nariz ou pele não integra com exposição a um ou mais dos seguintes:

- Sangue
- Fluido/tecidos com sangue
- Fluido pleural/pericárdico/peritoneal/amniótico/sinovial/cérebro-espinal
- Secreções vaginais
- Sêmen
- Leite materno

Maneje:

- Se pele não integra, limpe a área imediatamente com água e sabão. Prescreva reforço da **vacina dT** (difteria e tétano) se última dose há > 5 anos¹.
- Se respingos nos olhos, boca ou nariz, enxague imediatamente boca/nariz ou lave o olho cuidadosamente com água ou **cloreto de sódio 0,9%**.
- Se profissional exposto teve contato com suspeita de febre hemorrágica viral², **discuta**.
- Encaminhe para serviço de referência para considerar profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV e hepatite B. Se profissional preferir, avalie a necessidade de PEP para HIV e hepatite B [↗ 74](#).
- Notifique.

Proteja-se

Adote medidas padrão de precaução com todos os pacientes:

- Lave as mãos com água/sabão ou use álcool após contato com cada paciente ou fluido corporal.
- Descarte corretamente os perfurocortantes na caixa de perfurocortantes.

Use equipamento de proteção individual:

- Use luvas para lidar com sangue, fluidos corporais, secreções ou pele não intacta.
- Use máscara facial se em contato com suspeita de vírus respiratório (respirador N95 se suspeita de TB).
- Use máscara facial com um visor ou óculos se risco de respingos.
- Use equipamento de proteção pessoal se em contato com suspeita de febre hemorrágica viral².

Vacine-se:

- Vacine-se contra hepatite B.

Saiba seu status de HIV:

- Teste para HIV [↗ 72](#). TARV e uso de QP para ILTB podem reduzir risco de TB.
- Se HIV positivo, você tem direito a trabalhar em local onde a exposição à tuberculose seja limitada.

Adote medidas para diminuir seu risco de infecção ocupacional

Proteja suas instalações

Limpe as instalações:

- Limpe frequentemente superfícies tocadas (maçanetas, telefones, teclados) com água e sabão.
- Desinfecte as superfícies contaminadas com sangue/secreções com álcool 70% ou desinfetante a base de cloro.

Garanta ventilação adequada:

- Deixe janelas e portas abertas se possível e use ventiladores para aumentar a circulação do ar.

Organize sala de espera:

- Previna superlotação nas salas de espera.
- Rastree rápido suspeitas de influenza e TB.
- Maneje perfurocortantes com segurança:
- Garanta que a caixa de perfurocortante seja facilmente acessível e regularmente trocada.

Maneje possibilidade de exposição ocupacional prontamente

Reduza risco de transmissão de TB

Identifique prontamente suspeitas de TB:

- O paciente com tosse ≥ 3 semanas é suspeita de TB.
- Se possível, separe pacientes com suspeita de TB de outros pacientes.
- Eduque sobre higiene da tosse e dê máscara facial/lenços para cobrir boca/nariz, proteger outros.

Diagnostique TB rapidamente:

- Acelere o diagnóstico e inicie tratamento o mais rápido possível assim que diagnóstico.

Proteja-se da TB:

- Use respirador N95 (não a máscara cirúrgica) se contato com paciente com infecção de TB.

Reduza risco de transmissão de vírus respiratórios (como influenza)

- Lave as mãos com água e sabão.
- Use máscara facial sobre a boca e nariz durante contato com paciente.
- Incentive paciente a cobrir boca/nariz com lenço quando tossir/espirar, descartar lenços usados corretamente e a lavar mãos regularmente com água/sabão.
- Oriente paciente a evitar contato próximo com outros.

¹Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/encaminhe para soro/imunoglobulina antitetânica. ²Suspeite de febre hemorrágica viral em pacientes que viveram/viagem para área endêmica ou tiveram contato confirmado com febre hemorrágica viral nos últimos 21 dias e tem febre e ≥ 1 de: diarreia sangüinolenta, sangramento na gengiva, sangramento da pele, olho.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MÚSCULO-
ESQUELÉTICOS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Proteja-se do estresse ocupacional

Sentir-se pressionado e demandado no trabalho é normal. Porém, se as demandas excederem os conhecimentos/habilidades e desafiarem sua capacidade de lidar com elas, pode ocorrer estresse ocupacional.

Atenda com urgência o profissional de saúde com estresse ocupacional e um ou mais dos seguintes:

- Uso de álcool ou drogas no trabalho
- Comportamento agressivo ou violento no trabalho
- Comportamento inapropriado no trabalho
- Comportamento ou pensamento suicida ↪ 68

Discuta com profissional de saúde mental no mesmo dia.

Adote medidas para diminuir seu risco de estresse ocupacional

Proteja-se

Cuide da sua saúde:

- Durma o suficiente.
- Exercite-se, alimente-se adequadamente, diminua álcool e não fume ↪ 108.
- Faça rastreio para condições crônicas.

Cuide das suas condições crônicas se você tem uma:

- Seja aderente ao seu tratamento e suas consultas.
- Não diagnostique e trate você mesmo.
- Se você puder, fale com um colega de confiança/cuidador.

Maneje o estresse:

- Delegue tarefas conforme apropriado, desenvolva estratégias de cooperação.
- Converse com alguém (amigo, psicólogo, mentor), recurso de apoio.
- Faça um exercício respiratório de relaxamento a cada dia.
- Encontre uma atividade divertida e criativa para fazer.
- Passe um tempo com familiares e amigos que o apoiem.

Tenha hábitos saudáveis no trabalho:

- Maneje seu tempo de forma adequada.
- Respire entre os pacientes e faça pequenas pausas programadas.
- Lembre a você mesmo dos seus objetivos como clínico.
- Tenha certeza de que seu papel e responsabilidades estejam claros.

Proteja sua equipe

Escolha formas adequadas de comportamento no trabalho:

- Comunique-se efetivamente com seus pacientes e colegas ↪ 130.
- Trate colegas e pacientes com respeito.
- Apoie-se uns aos outros. Considere montar um grupo de apoio aos funcionários.
- Não reclame, prefira focar no que puder ser feito para efetivar uma solução.

Lide com situações de estresse:

- Use/desenvolva/discuta ferramentas/técnicas para lidar com situações como reclamação, assédio/provocação, acidente/erro, violência/morte de funcionário ou paciente.

Veja como tornar o seu trabalho menos estressante:

- Examine a carga de trabalho da equipe e veja se pode ser otimizada.
- Identifique quais necessidades precisam ser corrigidas para tornar o trabalho mais fácil e diminuir as frustrações: equipamentos, estoque de fármacos, treinamento, espaço físico, decoração/ambiência do espaço de trabalho.
- Discuta o papel de cada membro da equipe. Assegure que cada um tenha claro seu papel e como desempenhar o seu trabalho.
- Apoie-se uns aos outros para desenvolver habilidades e melhorar performance do seu papel.

Celebre:

- Reconheça as realizações dos membros da equipe.
- Organize e participe de eventos sociais dos funcionários.

Identifique estresse ocupacional em você e em seus colegas

Possível problema com álcool ou drogas

- No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses¹/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 107.
- Tem cheiro de álcool
- Usa droga ilegal ou abusa de droga prescrita

Mudança de humor

- Indiferença, tensão
- Irritabilidade/raiva
- No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 109.

Evento estressante recente

- Diagnóstico de condição crônica
- Perda
- Acidente com agulha
- Evento traumático

Baixa assiduidade no trabalho

- Absenteísmo frequente

Declínio marcante da performance no trabalho

- Falta de concentração
- Cansaço

O profissional da saúde com qualquer um dos acima pode ter uso arriscado de álcool/drogas, estresse, depressão/ansiedade ou síndrome de Burnout e pode se beneficiar de encaminhamento para investigação e acompanhamento.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Apoie o paciente para fazer uma mudança

Use a abordagem dos 'cinco-As' para ajudar o paciente a fazer uma mudança de comportamento ajudando-o a evitar ou diminuir um risco para a sua saúde:

Avalie com o paciente seus riscos

- Pergunte e identifique com o paciente quais são os riscos para sua saúde.
- Pergunte o que o paciente já conhece sobre esses riscos e como eles afetam a sua saúde.

Alerte o paciente sobre os fatos

- Solicite permissão para compartilhar mais informações sobre o risco.
- Use uma maneira neutra e sem julgamento. Evite prescrever o que o paciente deve fazer.
- Converse levando em conta o que o paciente já conhece ou quer saber.
- Discuta resultados de testes ou exames que indiquem um risco.
- Vincule o risco ao problema de saúde do paciente.

Avalie a prontidão/motivação do paciente para mudar

- Avalie a resposta do paciente sobre a informação sobre seu risco. 'O que você acha/sente sobre o que discutimos?'
- Use a escala para ajudar o paciente a avaliar a importância desta questão para ele(a). Avalie também quão confiante ele(a) sente para fazer uma mudança.

Nada importante ou confiante

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Muito importante/muito confiante

- Pergunte ao paciente por que ele(a) avaliou a importância/confiança neste número e não menor. Pergunte o que pode ajudar a melhorar essa classificação.
- Resuma a visão do paciente. Pergunte o quão pronto ele(a) sente para fazer uma mudança neste momento.

Ajude o paciente para fazer a mudança

Se o paciente estiver pronto para mudar:

- Ajude o paciente a estabelecer uma meta de mudança realista.
- Explore os fatores que podem ajudar/difícultar o paciente a mudar.
- Ajude o paciente a planejar como ele irá ajustar a mudança na rotina do dia. Incentive o paciente a usar estratégias que ele(a) usou com sucesso no passado.

Se o paciente não estiver pronto para mudar:

- Respeite a decisão do paciente.
- Convide o paciente a identificar os prós e contras da mudança.
- Reconheça as preocupações do paciente em relação à mudança.
- Explore formas de superar as dificuldades que impedem a mudança.
- Ofereça mais informações ou suporte se o paciente gostaria de considerar a questão futuramente.

Arranje suporte e acompanhamento

- Considere encaminhamento para psicologia, serviço social, ACS, recurso de apoio.
- Identifique um amigo, parceria ou parente para apoiar o paciente e, se possível, participar das consultas.
- Registre as decisões e metas estabelecidas pelo paciente.
- Programe o acompanhamento (consulta, e-mail, telefone) para revisar prontidão/motivação e metas.

PACK Brasil Adulto

Sobre a Knowledge Translation Unit

A Knowledge Translation Unit é uma unidade de investigação de sistemas de saúde na University of Cape Town Lung Institute, empenhada em melhorar a qualidade dos cuidados de saúde primários para comunidades carentes em todo o mundo através de ferramentas práticas, implementação e engajamento dos sistemas de saúde, seus planejadores, fornecedores e usuários finais com base em evidências.

www.knowledgetranslation.co.za

Sobre a University of Cape Town Lung Institute

O University of Cape Town Lung Institute, criado em 1998, é uma companhia de propriedade da University of Cape Town que aborda questões de saúde prioritárias na sociedade através da educação, pesquisa e serviço, com um foco especial sobre saúde do pulmão e África do Sul.

www.lunginstitute.co.za

Sobre a Fundação PROAR

A Fundação ProAR foi criada por líderes acadêmicos brasileiros que atuam na direção da Iniciativa Global contra a Asma (www.ginaasthma.org) e da Aliança Global contra Doenças Respiratórias Crônicas (www.who.int/gard/en), com o objetivo de melhorar os cuidados às doenças respiratórias, com especial interesse em saúde pública e atenção primária, por meio de campanhas de esclarecimento da população, capacitação de equipes de saúde da família e apoio a políticas públicas.

www.fundacaoproar.org.br

Copyright © 2020, a University of Cape Town Lung Institute Proprietary Limited, todos os direitos adquiridos na Localização do Material PACK 2016, e conforme especificamente adaptado em colaboração com o Município de Florianópolis para uso por profissionais de saúde em designados estabelecimentos de saúde em Florianópolis.

Sobre a University of Cape Town

University of Cape Town é uma universidade da África do Sul fundada em 1928, com uma orgulhosa tradição de excelência acadêmica e de efetivação da mudança social e do desenvolvimento através de sua bolsa de estudos pioneiros, professores e alunos.

www.uct.ac.za

Sobre BMJ

BMJ é um provedor de conhecimentos de saúde que visa promover cuidados de saúde a nível mundial através do compartilhamento de conhecimento e expertise para melhorar as experiências, resultados e valores. Para obter uma lista completa de produtos e serviços BMJ, visite:

www.bmj.com

Siga-nos no Twitter



Powered by

