



**A HORA  
É AGORA**



# PACK Brasil Adulto

Practical Approach to Care Kit  
Kit de Cuidados em Atenção Primária

Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde

2025



Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) - Projeto A Hora é Agora

# PACK Brasil Adulto

**Practical Approach to Care Kit**  
**Kit de Cuidados em Atenção Primária**

Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde

Rio de Janeiro, 2025

## PACK Brasil Adulto 2025

### Realização

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz)

- Projeto A Hora é Agora

CDC - Brazil Country Office

### Financiador

Esta publicação foi financiada por meio do Acordo de Cooperação NU2GGH002174 entre a ENSP/Fiocruz, a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC), com recursos do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da Aids (PEPFAR).

Elaboração do PACK Global Adulto (versão de referência)

Knowledge Translation Unit (KTU) da University of Cape Town

Coordenação Geral PACK Global Adulto (versão de referência)

Lara Fairall

Ruth Cornick

Elaboração e Adaptação PACK Brasil Adulto 2025 (versão brasileira)

Unidade de Tradução do Conhecimento (UTC) Brasil - Projeto A Hora é Agora

Coordenação Geral da Unidade de Tradução do Conhecimento (UTC) Brasil

Ronaldo Zonta

Coordenação da revisão, adaptação e tradução PACK Brasil Adulto 2025

Mariela Zaros Galana

### Equipe UTC Brasil

Ana Carolina Faria e Silva Santelli  
André Reynaldo Santos Perissé  
Bernardo Manata Eloi  
Daniela Fortunato Régo  
Fabio O'Brien  
Fernanda Karolinne Melchior Silva Pinto  
Filipe de Barros Perini  
Marly Marques da Cruz  
Paulo César Nery Costa  
Renata Pedreira da Cruz  
Santuzza Arreguy Silva Vitorino  
Vanda Lúcia Cota

Equipe nuclear no processo de revisão, adaptação e tradução do material na sua primeira versão brasileira em 2016

Ana Cristina Magalhães Fernandes Báfica  
Bruno Andrade  
Elizimara Ferreira Siqueira  
Filipe de Barros Perini  
João Paulo Mello da Silveira  
Jorge Ernesto Sérgio Zepeda  
Júlia Maria de Souza  
Karina Mendes Garcia  
Matheus Pacheco de Andrade  
Ronaldo Zonta

### Fotografias

*Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*  
*BMJ Best Practice*  
*Division of Rheumatology, Faculty of Health Sciences, Stellenbosch University*  
*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.*

### Projeto gráfico e diagramação

Pearl Spiller  
Paulo César Nery Costa

### Ilustrações

Izak Volgraaf  
Angelo Arthur de Capua

**ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE:** Esta publicação foi financiada por meio do Acordo de Cooperação GH002174, entre a ENSP-Fiocruz-Fiotech e CDC com recursos PEPFAR. Seu conteúdo é responsabilidade apenas dos autores e não representa, necessariamente, a posição oficial do financiador e dos parceiros. O conteúdo deste documento foi desenvolvido especificamente para profissionais da atenção primária no Brasil e, na data de publicação, procura representar as melhores práticas nas áreas relevantes à atenção primária. Na máxima extensão permitida por lei, a Fiocruz, a Knowledge Translation Unit, a The Health Foundation ou o CDC não serão responsabilizados por qualquer aspecto da assistência à saúde administrado com base nessas informações ou com o auxílio dessas informações ou em qualquer outro uso dessas informações. Usuários deste material são fortemente aconselhados a consultar uma variedade de fontes e usar seu próprio julgamento profissional ao tratar pacientes usando essas informações. As informações contidas neste documento não devem ser consideradas substitutas desse julgamento profissional. É responsabilidade dos profissionais de saúde garantir que as informações contidas neste documento sejam adequadas aos cuidados necessários para cada um de seus pacientes dentro de suas respectivas regiões geográficas.

© 2025, ENSP/Fiocruz - todos os direitos autorais de todas as obras e materiais originais utilizados pela ENSP/Fiocruz na elaboração e desenvolvimento do Guia PACK Brasil Adulto 2025, conforme adaptado especificamente para uso no Brasil em e durante 2025.

© 2025, The Health Foundation of South Africa (NPC) - todos os direitos autorais de todas as obras e materiais originais utilizados pela The Health Foundation of South Africa (NPC) na elaboração e desenvolvimento do Guia PACK Brasil Adulto 2025, em e durante 2025.

### Catalogação na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

F981p

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. PACK Brasil Adulto. Practical Approach to Care Kit. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde / Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. — Rio de Janeiro, RJ : Fiocruz, ENSP, Fiotech, Knowledge Translation Unit, University of Cape Town, 2025.  
189 p. : il. color. ; tab. ; PDF ; 7.271 kb

ISBN: 9786589501831

Inclui Bibliografia.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. COVID-19. 3. Tuberculose. 4. HIV. 5. Hepatite. 6. Doenças Respiratórias. 7. Doença Crônica. 8. Saúde Mental. 9. Epilepsia. 10. Anormalidades Musculoesqueléticas. 11. Saúde da Mulher. 12. Cuidados Paliativos. 13. Fortaleza (CE). I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1

# Agradecimentos

O PACK Global Adulto vem sendo desenvolvido pela equipe da *Knowledge Translation Unit – KTU* da Universidade da Cidade do Cabo (*University of Cape Town*) liderada por Lara Fairall e Ruth Cornick.

O PACK Brasil Adulto vem sendo implementado desde 2015 pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, com Ronaldo Zonta atuando como coordenador técnico-científico, e Jorge Ernesto Sérgio Zepeda, Elizimara Ferreira Siqueira, Fernanda Karolinne Melchior, Filipe de Barros Perini e Matheus Pacheco de Andrade também envolvidos no projeto. A adaptação inicial do PACK Global Adulto foi orientada pela KTU e liderada por Camilla Wattrus.

Esta versão do guia e do programa **PACK Brasil Adulto 2025** foi desenvolvida pela equipe da Unidade de Tradução do Conhecimento (UTC) Brasil sob a coordenação geral de Ronaldo Zonta, tendo como líder de *guideline* Mariela Zaros Galana com o apoio dos demais membros da equipe: Ana Carolina Faria e Silva Santelli, André Reynaldo Santos Perissé, Bernardo Manata Eloi, Daniela Fortunato Rêgo, Fabio O'Brien, Fernanda Karolinne Melchior, Filipe de Barros Perini, Marly Marques da Cruz, Paulo César Nery Costa, Renata Pedreira da Cruz, Santuzza Arreguy Silva Vitorino, Vanda Lúcia Cota.

A coordenação do projeto agradece a contribuição valorosa e decisiva dos seguintes profissionais de saúde: Ana Cristina Magalhães Fernandes Báfica, Bruno Andrades, Fernanda Karolinne Melchior, Filipe de Barros Perini, João Paulo Mello da Silveira, Júlia Maria de Souza e Karina Mendes Garcia que atuaram como equipe nuclear no processo de revisão, adaptação e tradução do material.

Além disso, agradece aos Secretários Municipais de Saúde de Campo Grande, Florianópolis, Fortaleza e Porto Alegre que derem apoio decisivo ao projeto e por acreditarem nos benefícios e apoiarem no desafio da expansão do programa PACK em suas realidades.

Agradecemos ainda a contribuição dos profissionais de saúde a seguir, que atuaram como consultores no processo de elaboração dos guias **PACK Brasil Adulto entre 2016 e 2024**:

Adriana da Paz Mendonça	Bibiana de Moraes Arns	Fidel Cesário de Lima Albuquerque	Juliana Alves	Marcelo Brandt Fialho	Renata Rosa de Carvalho
Adriana de Souza Kuchenbecker	Camila Zardo Manassi	Flávia Cristina Jácome Machado	Juliana Cipriano Braga Silva	Marcelo Suderio Rodrigues	Reno Ortega Viero
Adriana Rosa Spader	Caren Cristina W. D. M. da Fonseca	Francilene Rezende	Juliana Valentim	Marcia Grutck	Roberto Paulo Braz Júnior
Alessandra Vieira	Carlos Eduardo Lara Henriques	Francilene Rainone	Karina de Paula Bastos Santos	Márcia Silva Rodrigues	Rodolfo Weber Mayer
Aline Rodrigues Feitoza	Carlos Henrique Martinez Vaz	Gabriela Bley Jacob	Karine Gomes Jarcem	Marcos Cavalcante Paiva	Rosa Maria Rimolo Vilarinho
Aline Vieira Medeiros	Carolina Mariante de Abreu	Gabriela da Silva Crespi Alécio	Kaysa de Souza Brandão	Marcos Edelweiss	Rosângela Rabassa
Amanda Priscila de Souza Pereira	Caroline Menezes Santos	Gabriela Geralda de Souza	Kelly Lucia dos Santos de Sousa	Marcos Paulo Marzollo Maria	Rosilene Martins Souza Clemente
Ana Carolina Severino da Silva	Clara Barth dos Santos Magalhães	Gabriela Liliane Wiest	Kelly Maciel Silva	Marcos Revillion de Oliveira	Rui de Gouveia Soares Neto
Ana Cristina Vidor	Caroline Schweitzer de Oliveira	Giordana Manzeppi Faccin	Kenia Alice da Silva	Marcos Vinicius de Oliveira	Samuel do Nascimento Ponce
Ana Geyse Gomes da Silva	Cheila Crístine Prim	Giovanna Tonello Bolsi	Kilma Lopes Wanderley	Maria Alice Raposo	Selene Andrea Osorio Valderrama
Ana Lucia Biz	Chris de Brida	Glória Araújo Pereira	Kleberton Ricardo Tesser	Mariana Ferraz	Silvana Lícia Nogueira Machado
Ana Lúcia Reichelt Ely	Cilene Fernandes	Guilherme Mortari Belaver	Lais Araújo Perazzo Nunes de Carvalho	Marynes Terezinha Reibnitz	Sonia Leitão Saraiwa
Ana Maria Bim Gomes	Cristiane Regina Pereira	Ieda Hubner Campos	Larissa Alves da Costa	Mayra Gonçalves Aragón	Taís Fernanda da Silva Anelo
Ana Paula Linhares da Silva	Cristiane Rodrigues Waltrick	Igor Tavares da Silva Chaves	Laura Denise R Castillos	McArthur Alexander Barrow	Tatiane Aparecida Pinto
Ana Pricilla Delphina Leite	Cristina Bettin	Indiana Acordi	Laura Morroni Gastaud	Mirelle Cabreira de Almeida Silva	Thais Bonorino
André Costa Dias	Daniel Rosa Silveira Amaral	Ingrid do Socorro da Silva Lopes	Leila Beatriz Brandes de A Ferreira	Natália Pereira Kretzschmar	Tatiane Shimanko Bugs
André Luis Benevides Bomfim	Daniela Salome de Andrade	Isadora Ferreira Teixeira	Leila Coffy	Natássia Lopes Cunha Guerra	Thais Hokama dos Anjos
Andrea Cunha de Mendonça	Daniele Cristina Ferracini Silveira Duarte	Jaciara Clesia Pereira	Leika Aparecida Ishiyama Geniole	Nathalia Ferraz Oliscovicz	Thamara Vieira Rolim
Andreia Souza Pinto da Silva	Dannielle Fernandes Godoi	Jaciara Vilseia Pacifico Vieira	Leonardo Rodrigues	Nathalia Rezende Pimentel	Thiago Cherem Morelli
Angelica da Silva	Deborah de Oliveira Renzetti	Jadson Jovaert Mota Kreis	Letícia Machado	Neura Mello Berka	Tiffany Floriano De Andrade Bernardi
Angelica Maria Uzcategui Diaz	Delisie Lima da Costa	Jaqueline Marlene Cardoso	Lise Anne Guimarães Moreira	Nicolle Vigna Nakata	Tomás Soto Vieira
Anna Caroline Dourado	Denise Loureiro Pedroso	Jardel Corrêa de Oliveira	Lisiâne Pagnussat	Nuno de Mattos Capeletti	Túlio Tadeu Moraes Dias
Arethusa Morais de Gouveia Soares	Denos Barbosa Goulart Neto	Jérsica Marques de Moraes Melo	Livia Hinz Calico	Paula Thais Avila do Nascimento	Vanessa Leão Nascimento
Ariadna Belinda Saavedra Ibacache	Diane Moreira do Nascimento	Jéssica da Cruz Arantes	Loren Seibel	Priscila Regina Valverde Campos	Vanessa Severo Coffy
Augusto Badin Crippa	Diogo Luis Scalco	João Caetano Carpeggiani	Lucas Alexandre Pedebôs	Rafael Garcia Eymael	Vinícius Paim Brasil
Barbara Luiza Rosa	Dora Carolina Diedrich Saldanha	João Marcos Emerenciano	Luciana Passos Aragão	Raphael Pires	Wagner Omar Cury Silva
Bárbara Magalhães Menezes	Eliane Maria da Silva	João Paulo Neri Garibaldi	Luciana Rosa Porto	Raquel Rosa	Wellington Cesar Monteiro Da Silva
Bárbara Medeiros Dantas	Ennel Mendonça Gutzeit	Jorge Fernando Matos de Quadra	Luciane Mara dos Santos	Rayniara Martins Rezende	Yohanna Letícia Brogio
Beatriz Hyppolito da Justa	Fabiânia Soares de Souza	Jumara Espíndola dos Santo	Luciano Rangel	Renata da Rosa Turatti Fetzner	
Bianca Fanaya	Fernanda Simas França	Julia Maria de Souza	Lysiane de Medeiros	Renata Lobatto Capponi	

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 Paulo César Nery Costa da UTC Brasil, as ilustrações à Izak Volgraaf e Angelo Arthur de Capua.

# Sobre o PACK

## PACK GLOBAL

O **Programa PACK** vem sendo desenvolvido, testado e aprimorado desde 1999 pela *Knowledge Translation Unit (KTU)* da Universidade de Cape Town e pela *The Health Foundation*, África do Sul, em colaboração com clínicos, gestores de saúde e formuladores de políticas na África do Sul, especialmente do Departamento de Saúde da Cidade de Cape Town, Departamento de Saúde da província de Western Cape e Departamento Nacional de Saúde. O PACK já foi adaptado para implementação na África do Sul, Brasil, Indonésia, Nigéria e Etiópia.

O guia **PACK Global Adulto** é uma ferramenta de apoio à decisão clínica que abrange os sintomas e condições mais comuns de pacientes adultos da atenção primária em países em desenvolvimento. Ele integra conteúdos sobre doenças transmissíveis, não transmissíveis, problemas de saúde mental, saúde da mulher e cuidados paliativos. O guia PACK contém mais de 3000 recomendações de rastreamento, diagnóstico e manejo clínico da edição global que são revisadas anualmente e estão alinhadas às evidências e diretrizes mais atuais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e sua 'Lista Modelo de Medicamentos Essenciais' e às evidências e orientações provenientes da ferramenta de apoio à decisão online do BMJ (*British Medical Journal*), o *Best Practice*.

**Para acessar os modelos, ferramentas, materiais de treinamento do PACK mais atualizados e um programa de mentoria para países que desejam localizá-lo para seus sistemas de saúde, visite: [www.knowledgetranslation.co.za](http://www.knowledgetranslation.co.za) ou entre em contato com ktu@uct.ac.za.**

## PACK BRASIL

No Brasil, a adaptação do PACK Global Adulto foi realizada em 2015 pela equipe da Diretoria de Atenção Primária em Saúde (DAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, sob a liderança do Médico de Família e Comunidade Ronaldo Zonta, atuando como coordenador técnico-científico, e Jorge Ernesto Sérgio Zepeda, Elizimara Ferreira Siqueira e Matheus Pacheco de Andrade, como coordenadores gerais do projeto, sob orientação da *Knowledge Translation Unit (KTU)*.

O guia **PACK Brasil Adulto** foi desenvolvido a partir da adaptação das diretrizes e recomendações do guia PACK Global Adulto para o contexto clínico epidemiológico brasileiro, utilizando protocolos, diretrizes clínicas e políticas locais. Ele é, portanto, aplicável às necessidades de saúde específicas da população brasileira e à estrutura do SUS.

A primeira edição do guia **PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis** foi lançada em 2016, e reeditada em 2017, 2018 e 2020 em versões atualizadas com base nas evidências, informações científicas e protocolos clínicos nacionais mais recentes; e também na experiência e feedback de lideranças clínicas locais, especialistas, gestores e outros profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. A primeira edição nacional do **PACK Brasil Adulto** foi lançada em 2016 e então atualizada em 2018 e 2020.

Entre 2020 e 2022, foi desenvolvida uma edição especial do guia PACK Brasil Adulto voltada exclusivamente ao diagnóstico e manejo da COVID-19. Essa edição teve mais de dez atualizações para acompanhar e incorporar a rápida produção de novas evidências para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Em 2022, por meio do Acordo de Cooperação entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) e os *U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, iniciou-se uma nova parceria com a *Knowledge Translation Unit (KTU)*, através da *The Health Foundation*, com o objetivo de expandir o programa PACK para outros municípios brasileiros onde há apoio do projeto A Hora É Agora (AHA). Apoiada com recursos do *The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)*, a ENSP/Fiocruz cria, no âmbito do AHA, a Unidade de Tradução do Conhecimento (UTC) Brasil, responsável pelo desenvolvimento do programa PACK no Brasil. Nesse contexto, desde 2023 o programa PACK Brasil Adulto está sendo implementado em Campo Grande e Fortaleza, além de Florianópolis. Em 2024, iniciou-se a implementação do programa também no município de Porto Alegre.

**Para informações adicionais sobre o PACK Brasil Adulto, para solicitar cópias impressas, ou oferecer feedback, contate a equipe da UTC Brasil: [utcpackbrasil@gmail.com](mailto:utcpackbrasil@gmail.com).**

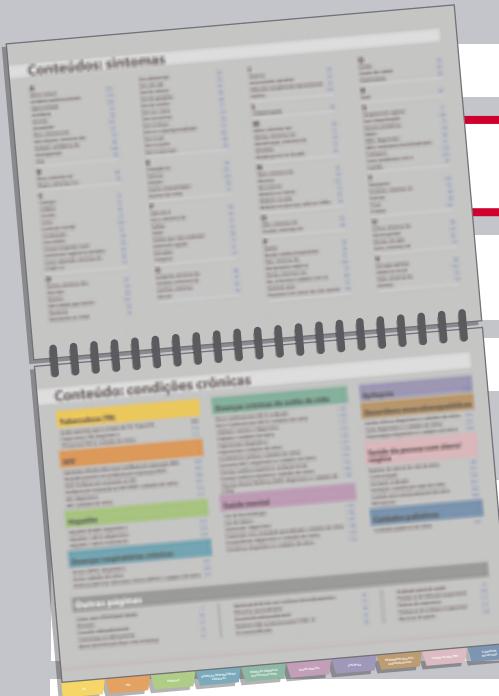
**Para informações sobre o programa de treinamento, visite: <https://bit.ly/programapackbrasil>**

# Visão geral das atualizações de 2025

## A EDIÇÃO DE 2025 INCLUI AS SEGUINTE ATUALIZAÇÕES:

- Alinhamento geral com lista de medicamentos e testes disponíveis nos municípios de Campo Grande, Florianópolis, Fortaleza e Porto Alegre.
- Alinhamento dos protocolos de enfermagem com os responsáveis técnicos de enfermagem dos nos municípios de Campo Grande, Florianópolis, Fortaleza e Porto Alegre.
- As seguintes novas páginas foram adicionadas:
  - Sobre peso/Obesidade
- Revisões extensas em páginas do guia, levando em consideração atualizações de Protocolos Nacionais (dentre eles PCDT), sumários de evidências (BMJ BestPractice, Dynamed e Uptodate), feedback de usuários do guia e reuniões nucleares com especialistas:
  - Avaliação geral de saúde: adicionada nova página com orientações mais abrangente sobre o que aconselhar paciente.
  - Febre: incluída febre do Oropouche; acrescentada orientação de acessar página de apoio se "esta ou esteve em área de malária", direcionando para contato para localizar centros de diagnóstico e tratamento de malária.
  - Dengue: inserida classificação de grupos A, B, C e D conforme protocolo nacional.
  - Sintomas da pele: alterada orientações sobre curativos, incluído avaliação de ITB em úlceras.
  - PEP: ajuste de algoritmo para facilitar e simplificar a indicação e prescrição de PEP.
  - PrEP: ajuste de algoritmo para facilitar e simplificar a indicação e prescrição de PrEP.
  - HIV: atualizações e alinhamentos com protocolos nacionais.
  - TB: ajuste de algoritmo para facilitar e simplificar o diagnóstico de TB; alterado tempo de tosse que indica necessidade de investigação de TB (2 semanas).
  - ILTB: modificado o nome da página para "Infecção por TB"
  - Hepatite B e C: ajustes de algoritmos para simplificar a avaliação e manejo; atualização do tratamento para HCV de acordo com protocolos nacionais.
  - Risco cardiovascular: ajustes nas indicações de quando solicitar perfil lipídico, quando e como avaliar e calcular o RCV, prescrever estatina e qual meta usar no monitoramento de paciente em uso de estatina.
  - Hipertensão: ajuste de algoritmo/tabelas para facilitar e simplificar a avaliação e manejo de paciente com HAS.
  - Diabetes: atualizações de indicações de rastreamento e orientações de tratamento.
  - Insuficiência cardíaca: incluída diferença entre ICFEP (FE>50%), ICFER (FE<40%) e ICEFER levemente reduzida (FE entre 40 a 50%); incluída definição de sintomas de IC e classe funcional para avaliação em toda consulta e auxílio para progressão de passos do tratamento; incluído indicação de quando solicitar teste de BNP ou NP-proBNP no diagnóstico de IC.
  - Derrame/AVC: ajustes na orientação do tempo para o manejo e diagnóstico após AVC.
  - Esquizofrenia: ajustes nas orientações de tratamento e manejo de efeitos adversos extrapiramidais.
  - Demência: ajuste na orientação de como avaliar coordenação e marcha em pessoa vivendo com HIV com demência.
  - Epilepsia: ajuste na definição do diagnóstico e nas orientações de tratamento para epilepsia (indicação, contra indicações e efeitos adversos).
  - Artrite crônica: incluída orientação de quando considerar infiltração articular.
  - Fibromialgia: : ajustada orientação de como realizar o diagnóstico.
  - Avaliação de gestação: incluída indicação de interrupção de gestação previsto por lei e atualizadas orientação de como manejá-la gravidez indesejada.
  - Gestação: incluída nova tabela de avaliação de paciente em primeira consulta pré-natal; atualizações de avaliação de acordo com protocolos nacionais, como critérios de rastreamento e diagnóstico de DMG, indicação de testagem de HTLV.
  - Menopausa: ajustadas definições de como rastrear, investigar e manejá-la risco de osteoporose.
  - Cuidados paliativos: ajustes no manejo de espasmos dolorosos, perda de apetite e coceira generalizada.
- Para mais detalhamento de atualizações, acesso o sumário de mudanças na íntegra: [www.packbrasil.com.br](http://www.packbrasil.com.br)

# Como usar o PACK Brasil Adulto



**Sempre comece pela página de conteúdo:** Sintomas ou Condições crônicas

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

Se paciente não precisa de atenção urgente, siga o algoritmo para manejá-lo ou para considerar uma condição crônica.

Paciente tem/precisa:

Disso ou

Daquilo

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

- A seta bumerangue ↲ 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.

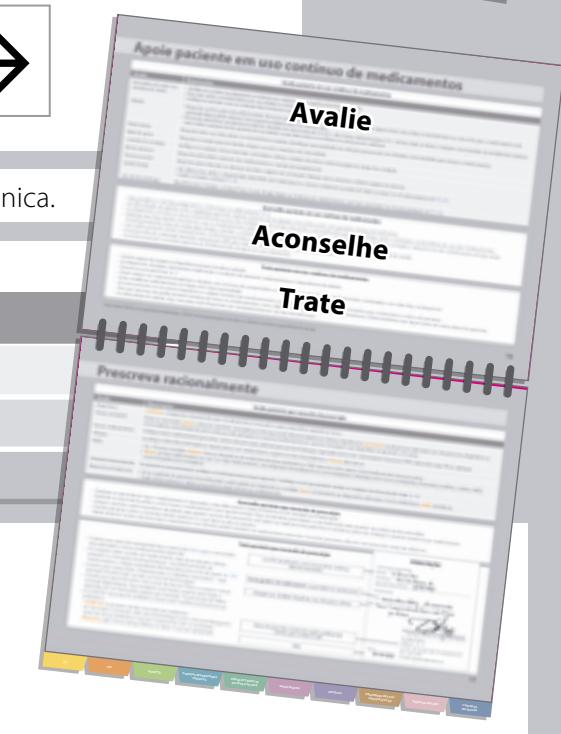
**A tabela 'Avalie' é dividida em diferentes escalas de cinza para indicar as 3 áreas de avaliação:**

## Avalie

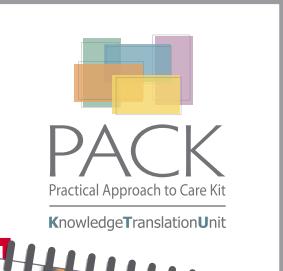
História (o que perguntar)

Exame físico (o que procurar)

Exames complementares (que testes fazer/solicitar)



- 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. Se reside em Porto Alegre, vide próxima página para mais informações.
- Os exames e procedimentos na cor **preta** podem ser solicitados ou realizados tanto por médicos como por enfermeiros.



# Como usar o PACK Brasil Adulto

O PACK Brasil Adulto é desenhado para refletir a condução de uma consulta clínica com um paciente adulto a partir de 18 anos na atenção primária. Ele é dividido em duas sessões principais - 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 com **um ou mais sintomas**, identifique o sintoma principal:
  - Use a página "Conteúdos: sintomas" para encontrar a página correspondente ao sintoma do paciente.
  - Decida se paciente necessita de atenção urgente (quadro vermelho). Se paciente não necessita de atenção urgente, siga o algoritmo para manejar o sintoma e, se for o caso, considerar uma condição crônica.
- No paciente com uma **condição crônica conhecida**:
  - Use a página "Conteúdos: condições crônicas" para encontrar a página correspondente à condição crônica do paciente.
  - Nas páginas de cuidados de rotina, siga a abordagem em 3 passos, "Avalie, Aconselhe e Trate".

O PACK Brasil Adulto foi estruturado para facilitar o uso e garantir que as orientações sejam seguidas de maneira clara e organizada:

- As setas direcionam para outra página do PACK Brasil Adulto:
  - A seta bumerangue ↲ direciona para uma página nova mas sugere que você retorne e continue na página original.
  - A seta direcional → 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.
- O glossário esclarece abreviaturas e unidades usadas no PACK Brasil Adulto.
- Os marcadores '!' e '!' são usados para definir a hierarquia das recomendações. O marcador '!' destaca a recomendação principal, enquanto o marcador '!' indica os passos subsequentes relacionados à recomendação principal. Essa estrutura ajuda organizar as ações de forma que a recomendação principal seja seguida de detalhes e informações complementares referentes a ela.
- A posologia dos medicamentos é apresentada de forma simplificada, destacando a dose total diária sem especificar o número de comprimidos. Por exemplo, indicamos "budesonida 64mcg spray nasal", e se no município houver apenas a apresentação de 32mcg, subentende-se que serão 2 puffs para atingir a dose recomendada. Também sugerimos um intervalo de dose efetiva, como "dipirona 500-1000mg" ou "ibuprofeno 300-600mg". Priorizamos esquemas de administração simplificados, com o menor número possível de doses diárias, para promover melhor adesão ao tratamento.

O PACK Brasil tem o potencial de facilitar o compartilhamento e a transferência de tarefas para tornar a Atenção Primária à Saúde prática e eficiente. As responsabilidades de médicos e enfermeiros estão sinalizadas com diferentes cores:

- Os medicamentos, exames e procedimentos destacados com a cor **laranja** devem ser prescritos 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** devem ser prescritos inicialmente por médicos e podem ser renovados por enfermeiros.
- Para essa edição, enfermeiros de Porto Alegre não estão autorizados a renovar medicamentos, considere a cor azul como laranja se usando esse guia em Porto Alegre, conforme protocolos locais.
- Os exames e procedimentos na cor **preta** podem ser solicitados ou realizados tanto por médicos como por enfermeiros.

**Nesta edição do PACK Brasil Adulto, as práticas de enfermagem estão em conformidade com os Protocolos de Enfermagem dos municípios de Campo Grande, Florianópolis, Fortaleza e Porto Alegre e com as diretrizes do Ministério da Saúde, conforme as leis do exercício profissional que são regulamentadas pelo órgão de representação da categoria. No entanto, é importante ressaltar que o PACK Brasil Adulto não é um documento normativo para os Protocolos de Enfermagem municipais. Cada município deve estabelecer seus próprios Protocolos de Enfermagem para ampliação da prática clínica do enfermeiro.**

# Conteúdos: sintomas

## A

Abuso sexual	106
Acidente perfurocortante	108
Agressividade	104
Anafilaxia	32
Anemia	41
Ansiedade	105
Ânus, sintomas do	65
Articulações, sintomas das	80
Audição, problemas de	47
Autoagressão	101
Azia	61

## B

Boca, sintomas da	49
Braços, sintomas nos	82

## C

Cansaço	40
Cefaléia	44
Coceira	85
Coma	28
Confusão mental	104
Constipação	64
Convulsões	31
Coriza/congestão nasal	48
Corrimento vaginal ou peniano	66
Couro cabeludo, sintomas do	85
COVID-19	54

## D

Dentes, sintomas dos	50
Desmaio	42
Diarreia	63
Dificuldade para dormir	107
Dispepsia	61
Disúria/dor ao urinar	78

## Dor abdominal

61

## Dor articular

80

## Dor de cabeça

44

## Dor de garganta

49

## Dor de ouvido

47

## Dor nas costas

81

## Dor nas pernas

83

## Dor no braço

82

## Dor no corpo/generalizada

79

## Dor no pé

84

## Dor no peito

51

## Dor no pescoço

82

## E

## Emergência

27

## Estresse

105

## Estupro

106

## Exame citopatológico

73

## Exames de rotina

23

## F

## Falta de ar

52

## Face, sintomas da

46

## Fadiga

40

## Febre

36

## Feridas que não cicatrizam

93

## Ferimento agudo

30

## Ferroadas

34

## Fraqueza

40

## G

## Garganta, sintomas da

49

## Gengiva, sintomas da

50

## Genitais, sintomas

66

## Glicose

29

## I

## Icterícia

97

## Inconsciente, paciente

28

## Infecções sexualmente transmissíveis

66

## Insônia

107

## L

## Linfadenopatia

39

## M

## Mãos, sintomas nas

82

## Mamas, sintomas nas

76

## Menstruação, sintomas da

74

## Mordidas

34

## Mudanças na cor da pele

85

## N

## Nariz, sintomas do

48

## Náuseas

62

## Nervosismo

105

## Nódulos na mama

76

## Nódulos na pele

85

## Nódulos no pescoço, axila ou virilha

39

## O

## Obesidade

137

## Olho, sintomas do

45

## Ouvido, sintomas do

47

## P

## Palidez

41

## Parada cardíaca/respiratória

27

## Pele, sintomas da

85

## Pensamentos atípicos

104

## Pernas, sintomas nas

83

## Pés, sintomas/cuidados com os

84

## Perda de peso

35

## Preventivo do câncer de colo uterino

73

## Q

## Queda

42

## Queda de cabelo

99

## Queimaduras

33

## R

## Rash

85

## S

## Sangramento vaginal

75

## Sexo desprotegido

108

## Sexuais, problemas

77

## Sibilos

53

## Sífilis: diagnóstico

70

## Sífilis: tratamento/monitoramento

71

## Sobrepeso

137

## Sono, problemas com o

107

## Suicídio

101

## T

## Tabagismo

153

## Testículo, sintomas no

66

## Tontura

43

## Tosse

52

## Tristeza

105

## U

## Unhas, sintomas da

100

## Úlcera genital

69

## Úlceras, de pele

85

## Urina, sintomas da

78

## V

## Verrugas genitais

72

## Violência sexual

106

## Visão, sintomas da

45

## Vômitos

62

# Conteúdo: condições crônicas

## Tuberculose (TB)

Avalie paciente que é contato de TB para Infecção por TB (ILTB)	114
Tuberculose (TB): diagnóstico	116
TB Sensível (TB-S): cuidados de rotina	118

## HIV

Exposição a fluidos infecciosos: profilaxia pós-exposição (PEP)	108
Reavale paciente em profilaxia pós-exposição (PEP)	109
PrEP: Profilaxia pré-exposição ao HIV	110
Profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP): cuidados de rotina	111
HIV: diagnóstico	122
HIV: cuidados de rotina	123

## Hepatite

Hepatite B (HBV): diagnóstico	128
Hepatite C (HCV): diagnóstico	129
Hepatite C (HCV): tratamento	130

## Doenças respiratórias crônicas

Asma e DPOC: diagnóstico	131
Asma: cuidados de rotina	132
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): cuidados de rotina	133

## Outras páginas

Como usar o PACK Brasil Adulto	8
Glossário	10
Consulte adequadamente	14
Comunique-se efetivamente	16
Apoie paciente para fazer uma mudança	17

## Condições crônicas do estilo de vida

Risco Cardiovascular (RCV): avaliação	134
Risco Cardiovascular (RCV): cuidados de rotina	136
Sobre peso/obesidade	137
Diabetes: rastreio e diagnóstico	138
Diabetes: cuidados de rotina	140
Hipertensão: diagnóstico	143
Hipertensão: cuidados de rotina	144
Insuficiência cardíaca: cuidados de rotina	146
Derrame (AVC): diagnóstico e cuidados de rotina	148
Doença cardíaca isquêmica: avaliação inicial	149
Doença cardíaca isquêmica: cuidados de rotina	150
Doença Arterial Periférica (DAP): diagnóstico e cuidados de rotina	151

## Saúde mental

Uso de álcool/drogas	152
Uso de tabaco	153
Depressão: diagnóstico	154
Depressão e/ou ansiedade generalizada: cuidados de rotina	155
Esquizofrenia: diagnóstico e cuidados de rotina	158
Demência: diagnóstico e cuidados de rotina	160

## Epilepsia

161

## Desordens musculo-esqueléticas

Artrite crônica: diagnóstico e cuidados de rotina	162
Gota: diagnóstico e cuidados de rotina	163
Fibromialgia: diagnóstico e cuidados de rotina	164

## Saúde da pessoa com útero/vagina

Rastreio do câncer de colo de útero	73
Contracepção	165
Gestação: avaliação	167
Gestação: cuidado pré-natal de rotina	169
Cuidado pós-natal (puerperal) de rotina	173
Menopausa	175

## Cuidados paliativos

Cuidados paliativos de rotina	176
Atenda as necessidades de paciente em processo de morte	178

## Avaliação geral de saúde

Proteja-se de infecção ocupacional	179
Práticas de segurança	180
Proteja-se do estresse ocupacional	186
Recursos de apoio	187

# Glossário: acrônimos

## A

ACS	Agente comunitário de saúde
AGC	Células glandulares atípicas
AINEs	Anti-inflamatórios não-esteroidais
ARV	Antirretroviral
ASC-H	Células escamosas atípicas sugestivas de alto grau/células atípicas
ASC-US	Células escamosas atípicas de significado indeterminado

## B

BCF	Batimento cardíaco fetal
BT e F	Bilirrubina total e frações

## C

CIT	Centro de Informações Toxicológica
CI	Cardiopatia isquêmica
CK total	Creatinoquinase total
COC	Contraceptivo oral combinado
CT	Colesterol total
CV	Carga viral

## D

DAP	Doença arterial periférica
DCV	Doença cardiovascular
DIP	Doença inflamatória pélvica
DM	Diabetes
DPP	Data provável de parto
DRC	Doença renal crônica
DRGE	Doença do refluxo gastroesofágico

## E

ECG	Eletrocardiograma
ECO	Ecocardiograma
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
HSIL	Lesões escamosas intraepiteliais de algo grau

## I

IAM	Infarto agudo do miocárdio
IC	Insuficiência cardíaca
IMC	Índice de massa corporal
IPs	Inibidores de protease
IST	Infecção sexualmente transmissível
ITU	Infecção do trato urinário

## L

LDH	Desidrogenase Lática
LSIL	Lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau
LSN	Limites Superiores da Normalidade

## M

MMG	Mamografia
-----	------------

## N

NS1	Isolamento viral dengue
não-HDLc	Colesterol não-HDL

## P

PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PCR	Proteína C-reativa
PPL	Punho percussão lombar/sinal de Giordano
PrEP	Profilaxia pré-exposição de risco pelo HIV
PT	Prova tuberculínica
PT e F	Proteínas totais e frações
PU	Parcial de urina/EAS/EQU/Urina 1
PU, C e TSA	Parcial de urina, cultura e antibiograma
PVHIV	Pessoa vivendo com HIV

## Q

QP	Quimioprofilaxia
----	------------------

## R

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

## S

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

## T

TAP	Tempo de ativação da protrombina
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculose
TB-LAM	Teste rápido urinário de TB
TC	Tomografia computadorizada
TFGe	Taxa de filtração glomerular estimada
TGC	Triglicerídeos
TR	Teste rápido
TRM-TB	Teste rápido de TB e resistência à rifampicina
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
-----	---------------------------------

# Glossário: notação científica

Símbolo	Sistema Internacional de Unidades	Grandezas físicas	Símbolo	Sistema Internacional de Unidades	Grandezas físicas
<b>Símbolo</b>					
°C	Grau Celsius	Temperatura	M	Metro	Comprimento
C cm	Centímetro	Comprimento	mcg	Micrograma	Massa
D dL	Decilitro	Volume	mg	Miligramma	Massa
H h	Horas	Tempo	min	Minutos	Tempo
K Kg	Quilograma	Massa	mL	Mililitro	Volume
L L	Litro	Volume	mm	Milímetros	Comprimento
			mm³	Milímetro cúbico	Volume
			MUI	Milhões de Unidades internacionais	Volume
<b>Símbolo</b>					
			S	Segundos	Tempo
			seg	Segundos	Tempo
			sem	Semana	Tempo
			U	Unidade internacional	Volume
			U ou UI	Unidade internacional	Volume

# Consulte adequadamente

- Uma consulta adequada não precisa ser longa, mesmo quando complexa. Comunique-se efetivamente →16.
- Para otimizar o tempo de consulta e o raciocínio clínico, procure dividir a consulta nessa ordem: anamnese, exame físico, impressões diagnósticas e conduta/plano.

## Antes de iniciar a consulta

- Perceba como está seu humor e atenção e se está com algum desconforto antes de chamar o paciente (por ex: sede, fome, vontade de ir ao banheiro).
- Proteja-se do estresse ocupacional →186 e da infecção ocupacional →179.
- Verifique o prontuário do paciente: leia a lista de problemas, identifique eventuais pendências para essa consulta.
- Certifique-se de ter disponíveis todos os materiais que você necessita para essa consulta (por ex: esfigmomanômetro, fita métrica, otoscópio).

## Iniciando a consulta

- Chame paciente pelo nome. Atente para o uso correto do nome social (questione "Como prefere que te chame?").
- Se paciente tem acompanhantes: verifique se paciente está de acordo com a presença desses.
  - Evite número excessivo de acompanhantes no consultório.
  - Não os menospreze, acompanhantes podem contribuir com informações e influenciar o paciente, seja de forma positiva ou negativa.
- Cumprimente paciente/acompanhantes e se apresente. Se outros profissionais presentes, solicite autorização do paciente e apresente-os.
  - Evite número excessivo de outros profissionais no consultório.
- Identifique o(s) motivo(s) da consulta através de perguntas abertas:
  - "Como posso lhe ajudar hoje?" ou "Qual o motivo da consulta hoje?"
- Escute atentamente e evite interrupções e distrações. Mantenha contato visual, principalmente nos primeiros minutos da consulta.
- Antes de explorar a demanda, delimite os motivos da consulta e faça a prevenção de demandas aditivas:
  - Pergunte "mais alguma coisa?" e repita a pergunta até paciente esgotar todos as suas demandas.
- Sumarize os motivos elencados pelo paciente, verifique outras questões que você identificou (mesmo que paciente não tenha mencionado) e negocie quais serão abordados nessa consulta levando em conta as necessidades clínicas e a preferência do paciente.
  - Se necessário, combine um retorno para abordar o restante das demandas.
- Faça um resumo do que será tratado nesta consulta e confirme se paciente está de acordo.

## Explorando o(s) motivo(s) da consulta

- Intercale entre perguntas abertas e fechadas para melhor caracterizar os sinais/sintomas (ex: comece com "me fala mais sobre essa dor?", então "como é sua dor de cabeça" e, se necessário, "tem sensibilidade à luz? teve febre?").
- Encoraje paciente a explicar sobre o(s) motivo(s) da consulta/seus sintomas com suas próprias palavras.
- Faça perguntas claras, com linguagem acessível e evite termos técnicos.
- Atente-se à linguagem não verbal do paciente e verifique se está coerente com o que está dizendo.
- Explore sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas do paciente acerca de seu problema. Pergunte:
  - "O que você pensa sobre isso?"
  - "O que está preocupando você?"
  - "Quanto ou como o que você está sentindo afeta sua vida e rotina?"
  - "Como você acredita que eu posso te ajudar?"
- Procure estabelecer contato visual sempre que possível. Quando necessário registrar no prontuário, informe ao paciente que está atento ao que ele fala mesmo durante o registro.
- Sumarize os dados obtidos e confirme com paciente.

Continue realizando a consulta adequadamente →15.

### Realizando o exame físico

- Obtenha consentimento para examinar o paciente. Explique todos os passos do exame previamente.
- Faça um exame físico direcionado à queixa, faça somente manobras que auxiliem na investigação do problema.
- Se necessário que paciente tire a roupa, garanta privacidade:
  - Questione sobre a presença do acompanhante.
  - Ofereça avental.
  - Feche a cortina do consultório.
  - Se não tiver biombo ou banheiro, retire-se do consultório e, ao retornar, tranque a porta para realizar o exame físico.
  - Use lençol para evitar exposição desnecessária.

### Compartilhando a(s) impressão(ões) diagnóstica(s)

- Inicie avaliando qual o conhecimento prévio do paciente sobre a condição/problema avaliado:
  - "Você conhece alguém que já teve ou você já pesquisou algo sobre esse problema/condição (nomear o problema ou condição evitando termos técnicos)?".
- Evite quantidade excessiva de informações e verifique o quanto o paciente deseja saber sobre sua condição/problema. Se necessário, agende outro momento para aprofundar as informações.
- Use métodos visuais de fácil compreensão, se possível: desenhos, imagens, modelos, vídeos, informativos.
- Verifique se paciente está acompanhando o raciocínio e compreendendo o que é dito, pergunte:
  - "Está ficando claro para você como estou lhe explicando?".
- Ao final, peça que paciente explique com suas próprias palavras o que entendeu sobre a impressão diagnóstica:
  - "Explique em suas palavras o que você entendeu" ou "Como você explicaria esse problema/condição para outra pessoa?"

### Estabelecendo um plano conjunto de manejo

- Sempre que possível, ofereça opções de tratamento/investigação disponíveis.
- Procure envolver paciente na tomada de decisão, negocie um plano de manejo que conte com os desejos do paciente e que seja clinicamente compatível com sua condição.
- Leve em consideração condições socioeconômicas e rotina do paciente ao estabelecer plano para melhor adesão. Se má adesão, ofereça apoio para aumentar adesão [D18](#).

### Encerrando a consulta

- Explique sobre sinais de alarme e o que fazer em caso de não melhorar (quais serviços de saúde buscar, quando e como).
- Faça um resumo da consulta e do plano, verifique se paciente está de acordo.
- Peça que paciente explique com suas próprias palavras o que entendeu sobre o plano de tratamento.
- Questione se paciente tem dúvidas.
- Se disponível, oriente paciente preencher avaliação pós-consulta.

# Comunique-se efetivamente

- Comunicar-se efetivamente com paciente durante a consulta não requer muito tempo ou habilidades especializadas.
- Tente usar linguagem simples com paciente e leve em consideração sua cultura e crenças.
- Integre estes quatro princípios em todas as consultas:

## Escute

Escutar paciente efetivamente ajuda a construir uma relação aberta e de confiança.

### Faça

- Ofereça toda a sua atenção
- Reconheça linguagem não-verbal
- Mostre honestidade, abertura e acolhimento
- Evite distrações ex. telefones

### Paciente pode sentir:

- 'Eu posso confiar nessa pessoa'
- 'Eu me sinto respeitado(a) e valorizado(a)'
- 'Eu me sinto esperançoso(a)'
- 'Eu me sinto ouvido(a)'

### Não faça

- Falar demais
- Apresilar a consulta
- Dar palpites
- Interromper

### Paciente pode sentir:

- 'Eu não estou sendo ouvido(a)'
- 'Eu me sinto desempoderado(a)'
- 'Eu não sou valorizado(a)'
- 'Eu não posso confiar nessa pessoa'

## Discuta

Discutir um problema e suas soluções pode ajudar paciente sobrecarregado a desenvolver um plano de manejo.

### Faça

- Use perguntas abertas
- Ofereça informação
- Incentive paciente a achar soluções
- Respeite direito de escolha do paciente

### Paciente pode sentir:

- 'Eu escolho com o que eu quero lidar'
- 'Eu posso me ajudar'
- 'Eu me sinto apoiado(a) na minha decisão'
- 'Eu posso lidar com meus problemas'

### Não faça

- Impor suas ideias ao paciente
- Ser especialista em 'resolver tudo'
- Deixar paciente levar muitos problemas de uma vez

### Paciente pode sentir:

- 'Eu não sou respeitado(a)'
- 'Eu sou incapaz de tomar minhas próprias decisões'
- 'É esperado de mim que eu mude muito rápido'

## Pratique empatia

Empatia com paciente é a habilidade de imaginar e compartilhar a situação e os sentimentos.

### Faça

- Escute e identifique os sentimentos dele(a) ex. 'Você parece muito chateado(a)'
- Permita paciente expressar emoção
- Seja apoiador

### Paciente pode sentir:

- 'Eu posso passar por isso'
- 'Meu profissional de saúde me entende'
- 'Eu me sinto apoiado(a)'

### Não faça

- Julgar, criticar ou culpar paciente
- Discordar ou confrontar/ser reativo
- Ficar desconfortável com altos níveis de emoção e fardo dos problemas

### Paciente pode sentir:

- 'Eu estou sendo julgado(a)'
- 'É muito para eu lidar'
- 'Eu não consigo lidar'
- 'Meu profissional de saúde é insensível'

## Resuma

Resumir o que foi discutido ajuda a verificar se paciente entende e se concorda com o plano para a solução.

### Faça

- Peça para paciente resumir
- Concordem com um plano
- Ofereça para escrever a lista de opções
- Ofereça consulta de seguimento

### Paciente pode sentir:

- 'Eu posso fazer mudanças na minha vida'
- 'Eu tenho algo para trabalhar com'
- 'Eu me sinto apoiado(a)'
- 'Eu posso voltar quando eu precisar'

### Não faça

- Dirigir as decisões
- Ser abrupto
- Forçar uma decisão

### Paciente pode sentir:

- 'Meu profissional da saúde desaprova minhas decisões'
- 'Eu me sinto ressentido(a)'
- 'Eu me sinto incomprendido(a)'

# Apoie paciente para fazer uma mudança

Use a abordagem dos 'cinco-As' para ajudar paciente a fazer uma mudança de comportamento que ajude a evitar ou diminuir um risco para a sua saúde:

## Avalie com paciente seus riscos

- Identifique com paciente quais são os riscos para sua saúde.
- Pergunte o que paciente já conhece sobre esses riscos e como eles podem afetar a sua saúde.

## Alerte paciente sobre os fatos

- Solicite permissão para compartilhar mais informações sobre o risco.
- Assuma uma postura neutra e sem julgamento. Evite prescrever o que paciente deve fazer.
- Leve em conta o que paciente já sabe ou quer saber.
- Discuta resultados de exame físico ou exames complementares que indiquem um risco.
- Vincule o risco ao problema de saúde do paciente.

## Avalie o estágio de motivação do paciente para mudança

- 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 paciente a avaliar a importância desta questão para ele(a). Avalie também quanto confiante ele(a) se 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) classificou a importância/confiança neste número e não em um menor. Pergunte o que pode ajudar a melhorar essa classificação.
- Resuma a visão do paciente. Pergunte quanto pronto ele(a) se sente para fazer uma mudança neste momento.

## Ajude paciente a fazer a mudança

### Se o paciente estiver pronto para mudar:

- Ajude paciente a estabelecer uma meta de mudança realista.
- Explore os fatores que podem ajudar/difícultar paciente a mudar.
- Ajude paciente a planejar como ele(a) irá ajustar a mudança na sua rotina diária. Incentive 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 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 caso paciente queira considerar a questão futuramente.

## Arranje suporte e acompanhamento

- Considere encaminhamento para equipe multiprofissional de apoio.
- Identifique um amigo, parceria ou parente para apoiar 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.

# Apoie paciente em uso contínuo de medicamentos

## Avalie paciente em uso contínuo de medicamentos

Avalie	Observações
Adesão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faça perguntas abertas: "O que torna difícil para você tomar os medicamentos? Às vezes você acha difícil lembrar de tomar os medicamentos? Quantas doses você perdeu esta semana?"</li> <li>Incentive paciente a se abrir com declarações como "Todos nós perdemos doses de vez em quando".</li> <li>Pergunte sobre fatores que podem influenciar a adesão:           <ul style="list-style-type: none"> <li>O <b>acesso</b> às consultas ou os <b>custos</b> são um problema? Tem dificuldade de transporte, perda de renda no dia, tem que pagar outra pessoa para assumir responsabilidades em casa?</li> <li>O <b>tempo</b> que você leva para consultar é um problema, como se afastar do trabalho, casa, responsabilidades?</li> <li>Os medicamentos estão causando <b>efeitos colaterais</b>? Se paciente parou de tomar TARV por causa de um efeito colateral, discuta com prioridade para revisar tratamento.</li> <li>Tem <b>dificuldades em tomar medicamentos</b>, como gosto ruim, são difíceis de engolir? Tem alimentos disponíveis para que medicamentos não sejam tomados com o estômago vazio (quando indicado)?</li> <li>Revelar seu <b>diagnóstico/tratamento</b> é um problema? Paciente está tentando manter tratamento em segredo em casa?</li> <li>Paciente <b>tem sintomas</b> que acredita que podem piorar e o impedem de tomar os medicamentos (como náusea, diarreia, constipação ou azia)? Maneje como página dos sintomas.</li> <li>Há problema de <b>compreensão</b>: verifique se paciente sabe seu diagnóstico e entende sua condição e o que significa estar bem controlado.</li> </ul> </li> </ul>
Rotina diária	Pergunte sobre sua rotina diária e se ela interfere na adesão. Identifique oportunidades (ex: refeição) que possam ser utilizadas como lembrete para tomar os medicamentos.
Rede de apoio	Pergunte se recebe apoio da família, amigos ou outros membros da comunidade.
Controle da condição	Verifique se condição crônica está bem controlada e ofereça cuidados de rotina conforme página da respectiva condição.
Uso correto	Peça que mostre medicamentos em uso, indique nomes, dose e frequência de uso. Verifique se entende como medicamentos funcionam e importância de usá-los como indicado. Confira se dose está apropriada para o peso.
Doença recente	Pergunte sobre infecções ou doenças recentes e registre em prontuário. Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.
Saúde mental	No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↗ 154. Se estresse ou ansiedade ↗ 105.
Uso de álcool/drogas	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses <sup>1</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↗ 152.
Interações medicamentosas	Revise outros medicamentos/fitoterápicos/suplementos/plantas em uso e verifique interações ↗ 189: especialmente se em TARV, tratamento de TB e epilepsia, anticoncepcionais e outros medicamentos comuns, como: varfarina, cálcio, ferro, zinco, antiácidos, metformina.

## Aconselhe paciente em uso contínuo de medicamentos

- Seja empático e não faça julgamentos. Comunique-se efetivamente ↗ 16. Se diagnóstico recente ou pouco entendimento da sua condição, dedique tempo educando e aconselhando. Explique condição e benefícios dos medicamentos.
- Se dificuldades de adesão, evite culpar paciente. Ao invés, explore motivos da má adesão e trabalhem juntos para melhorar.
- Discuta maneiras de ajudar paciente a lembrar de tomar medicamentos, como diários, alarmes, aplicativos e caixas de comprimidos. Use lembretes que façam parte da rotina diária.
- Explique que boa adesão significa tomar medicamentos todos os dias, na dose e hora corretas, e que isso melhorará controle da condição e reduzirá risco de complicações a longo prazo.
- Incentive paciente a envolver parceria ou familiares/rede de apoio em seu tratamento.

## Trate paciente em uso contínuo de medicamentos

- Prescreva racionalmente ↗ 19.
- Encaminhe para suporte adicional se houver dificuldades em tomar ou lembrar de tomar medicamento: envolva equipe multiprofissional e considere grupos de apoio ou suporte de agente comunitário de saúde.
- Se disponível, forneça folhetos informativos sobre sua condição, medicamentos e importância da adesão ao tratamento.
- Tente manter o tratamento simples, com menor número de comprimidos e doses possível. Use combinações de dose fixa, se disponíveis. Evite mudanças nos medicamentos ou doses sem uma boa razão.
- Envolva paciente no seu plano terapêutico e adapte horários dos medicamentos a sua realidade. Agende consultas em dias e horários que sejam convenientes para paciente.
- Se dificuldades de adesão, faça consultas mais frequentes (ex: semanalmente em vez de mensalmente).

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

# Prescreva racionalmente

## Avalie paciente que necessita de prescrição

Avalie	Observações
Diagnóstico	Confirme qual o diagnóstico do paciente, se o medicamento é necessário e se os benefícios superam os riscos.
Dose	Verifique se medicamento está na dose adequada para o peso do paciente.
Outras condições	Se necessário, <b>ajuste</b> a dose (ex: tenofovir, em doença renal; hidroclorotiazida e simvastatina em doença hepática) ou <b>prescreva</b> medicamento alternativo (ex: não prescreva ibuprofeno se úlcera péptica, exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação) ou <b>associe</b> medicamento (ex: omeprazol com ibuprofeno se paciente $\geq 65$ anos). Não use dois medicamentos do mesmo grupo farmacológico juntos (ex: captopril e enalapril).
Outros medicamentos	Verifique todos medicamentos (prescritos, isentos de prescrição, plantas) e avalie interação <a href="#">189</a> , especialmente se em contraceptivo hormonal ou em tratamento para HIV, TB, epilepsia.
Alergias	Se alergia conhecida/confirmada ou reação prévia com medicamento, registre em lista de problemas e <b>discuta</b> alternativas.
Idade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se <math>&gt; 65</math> anos considere <b>diminuir</b> dose ou frequência do medicamento (para antibióticos e TARV prescreva dose plena). Evite medicamentos desnecessários.</li> <li><b>Revise</b> medicamentos se usa: <math>\geq 5</math> medicamentos, omeprazol, benzodiazepínicos (ex: diazepam), antidepressivos (ex: amitriptilina, fluoxetina), teofilina, codeína, AINEs (ex: ibuprofeno), anlodipino.</li> </ul>
Gestante/amamentando	Se gestante ou amamentando verifique se medicamento(s) é(são) seguro(s). Certifique-se de que paciente receba os cuidados de rotina do pré-natal <a href="#">169</a> .
Resposta ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se as condições do paciente não melhorarem, avalie adesão ao tratamento e considere <b>trocar</b> tratamento ou diagnóstico alternativo. Se em antibióticos, <b>avalie</b> resistência.</li> <li>Avalie efeitos adversos e relate possíveis reações adversas ao medicamento.</li> </ul>

## Aconselhe paciente que necessita de prescrição

- Explique quando, como e quanto tempo tomar o medicamento e o que fazer se tiver efeitos adversos. Peça ao paciente para repetir a sua explicação para garantir que tenha entendido.
- Garanta que paciente saiba o nome genérico dos seus medicamentos e oriente que pergunte ao prescritor/farmacêutico se não entender uma mudança nos medicamentos.
- Eduque paciente sobre importância da adesão para garantir sucesso do tratamento, e que não aderir ao medicamento pode levar a recaída ou piora da condição e possível resistência ao medicamento.
- Medicamentos isentos de prescrição e tratamentos com plantas podem interferir no medicamento prescrito. Incentive paciente a discutir com prescritor antes de utilizá-los.

Trate paciente que necessita de prescrição	PRESCRIÇÃO
Local de atendimento, nome do paciente, endereço, data de nascimento	Centro de Saúde Vida Nome: <b>Sr. Marcos Dias</b> Endereço: <b>Ruas das Acácias, 12</b> Data de nascimento: <b>22/01/1950</b>
Nome genérico do medicamento e quantidade do medicamento	Tratamento: <b>Amoxicillina 500mg _ 30 comprimidos</b> <b>Tomar 1 comprimido pela boca a cada 8 horas por 10 dias.</b>
Dosagem por unidade, frequência, via, instruções e alertas	 Assinatura física ou digital (ICP Brasil) Dr João Nunes CRM/SC 11.111 Centro de Saúde Vida, Florianópolis/SC Tel: 3235.5545 E-mail: equipe1@email.com
Nome do prescritor, número do registro profissional, número para contato/e-mail	Data: <b>30/10/2023</b>
Data	

# Encaminhe adequadamente

## Avalie paciente que necessita de encaminhamento

Avalie	Observações
Tipo de encaminhamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confirme se paciente necessita de encaminhamento com urgência, no mesmo dia, com prioridade ou para próxima consulta disponível:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se condição com risco imediato à vida, <b>encaminhe com urgência</b>.</li> <li>- Se condição menos grave que não ameaça a vida, mas necessita de cuidados adicionais no mesmo dia, <b>encaminhe no mesmo dia</b>.</li> <li>- Se condição não urgente que necessita ser vista o mais rápido possível: discuta investigação/manejo pré-encaminhamento com médico regulador/serviço de teleconsultoria/matrículamento ↗ 187, verifique os guias/protocolos de encaminhamento locais e <b>encaminhe com prioridade para</b> agendamento de consulta eletiva com especialista.</li> </ul> </li> <li>Se <b>nenhum dos acima</b> é necessário, verifique os guias/protocolos de encaminhamento locais e encaminhe para agendamento de consulta eletiva com especialista.</li> </ul>
Requisitos para encaminhamento com urgência ou no mesmo dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se necessita <b>serviço de ambulância</b>, ligue para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 outros serviços de transporte de urgência municipais ↗ 187.</li> <li>Verifique se necessita ser manejado em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou em Emergência Hospitalar. Verifique guias locais de encaminhamento, se disponível.</li> <li>Discuta manejo pré-hospitalar com médico/enfermeiro de referência antes de encaminhar o paciente.</li> </ul>
Requisitos para encaminhamento que não é de urgência/emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garanta que apenas informações relevantes sejam compartilhadas e assegure-se de que paciente saiba que sua informação clínica pode ser/será revelada para outros:</li> <li>Verifique investigação/manejo pré-encaminhamento. Se possível, investigue e resolva o problema sem encaminhamento:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Discuta</b> com colegas de trabalho experientes ou equipe de apoio multiprofissional ou serviço de teleconsultoria ↗ 187.</li> <li>- <b>Discuta</b> com médico experiente/especialista usando telefone/e-mail/ferramenta de comunicação virtual conforme guias de encaminhamento locais</li> </ul> </li> <li>Verifique os motivos do encaminhamento, garanta 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.</li> <li>Se dúvidas, <b>discuta</b> com médico/enfermeiro experiente/especialista, grupo de apoio matricial, consulte guia local de encaminhamento ou discuta com regulação ↗ 187.</li> </ul>

## Aconselhe 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 ao 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.
- Garanta que apenas informações relevantes sejam compartilhadas e assegure-se de que paciente saiba que sua informação clínica pode ser/será revelada para outros:
  - Explique que a informação pode ser ou será compartilhada, especificando como (carta ou registro eletrônico), com quem será compartilhada e o motivo do compartilhamento.
  - 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).
- Confirme com paciente informações de contato pessoal (telefone, endereço, e-mail) e atualize, se necessário, para garantir o contato para detalhes do agendamento.
- Oriente que encaminhamentos inapropriados podem fazer mal do que bem (ex. causar ansiedade no paciente, atrasar os cuidados apropriados necessários).
- Incentive paciente sempre discutir com sua equipe de atenção primária antes/depois das consultas com especialista.

## Trate paciente que necessita de encaminhamento

- Garanta que apenas informações relevantes sejam compartilhadas e assegure-se de que paciente saiba que sua informação clínica pode ser/será revelada para outros:
  - Motivo do encaminhamento (para tratamento/cirurgia/investigação/diagnóstico).
  - Problemas/sintomas/diagnósticos atuais e manejos/tratamentos já realizados, incluindo questões que você quer que o especialista responda.
  - Consultas prévias com especialista, medicamentos em uso e tratamentos e resultados de exames pré-encaminhamento.
  - Contato da equipe de atenção primária que está referenciando (telefone, whatsapp e e-mail).
- Tenha e atualize lista de pacientes encaminhados com prioridade se dúvidas use apoio matricial ↗ 187.

# Rastreie todas as pessoas para COVID-19 se surto de COVID-19

- Garanta que todos os profissionais de saúde saibam as práticas de segurança ↪ 180 e que profissional do acolhimento/triagem esteja usando EPI apropriado (máscara cirúrgica ou, se em ambiente com pouca ventilação, N95/PFF2) e evite tocar paciente/seus objetos e higienize mãos antes/após contato.
- Organize para que pacientes fiquem afastados 1,0 metros de distância do profissional do acolhimento e entre eles nas filas (marque os lugares no chão) e na sala de espera (afaste/marque cadeiras).
- Forneça e oriente uso de máscara cirúrgica para pacientes com sintomas respiratórios.
  - Se aumento de casos de COVID-19, considere também fornecer e orientar de máscara cirúrgica para pacientes sem sintomas respiratórios.
- Oriente e garanta que todos os pacientes e profissionais ao entrarem no centro de saúde higienizem as mãos com álcool 70% (gel ou líquido) ou lavem com água e sabão.

## Se paciente com suspeita/confirmação de COVID-19 e retorna referindo piora dos sintomas, atenda com urgência

Forneça máscara cirúrgica, oriente uso adequado e atenda com urgência → 52.

### Em caso de surto de COVID-19, rastreie todas as pessoas para sintomas respiratórios antes de entrarem no centro de saúde

Pergunte para cada paciente se ele/a iniciou com **um ou mais** dos seguintes sinais e sintomas ou nos últimos 7 dias:

- Tosse (com ou sem catarro)
- Coriza/nariz escorrendo/congestão nasal ou nova alteração de olfato/paladar
- Dor de garganta

Sim para qualquer um

Não para todos

- Forneça **máscara cirúrgica** e oriente uso adequado.
- Paciente tem falta de ar/dificuldade para respirar?

Sim

Não

**Atenda com urgência → 52.**

- Encaminhe, se possível, para sala de espera separada/específica para pacientes sintomas respiratórios.
  - Organize cadeiras para que pacientes sentem-se  $\geq 1$  metro de distância entre eles.
  - Oriente etiqueta respiratória e higienização das mãos.

Paciente teve contato (próximo<sup>1</sup> ou domiciliar) com caso confirmado COVID-19 nos últimos 10 dias?

Sim

Não

#### Considere paciente com risco de ter COVID-19

- Forneça máscara cirúrgica e oriente uso adequado.
- Encaminhe, se possível, para sala de espera separada/específica para pacientes sintomas respiratórios.
  - Explique que devido risco de ter COVID-19 e que mesmo sem sintomas pode transmitir o vírus.
  - Organize cadeiras para que pacientes sentem-se  $\geq 1$  metro de distância entre eles.
  - Oriente etiqueta respiratória e higienização das mãos.

- Encaminhe paciente para sala de espera habitual.
- Se possível, oriente que sente  $\geq 1$  metro de distância de outros pacientes.

<sup>1</sup>Considere as pessoas que paciente entrou em contato a partir de 2 dias antes do início dos sintomas: contato físico direto - ex: aperto de mãos sem higienização imediata das mãos; desprotegido com secreções infecciosas; frente a frente ou em ambiente fechado por  $\geq 15$  minutos a < 1,0 metros).

# Escuta qualificada

## • Garanta atendimento com médico/enfermeiro se situação de emergência óvia: desmaio, convulsão, dor intensa, não consegue respirar.

- Se não tem uma situação de emergência óvia, faça as seguintes perguntas respeitando a privacidade da pessoa:
  - "O que você precisa hoje?" e/ou "qual o motivo de sua consulta hoje?"
  - "Tem mais alguma coisa?" (conheça todas as demandas do/a paciente)
  - "Você tem algum problema de saúde?" (verifique se paciente tem algum problemas de saúde conhecido)
- Explique para paciente que essas perguntas são necessárias para saber se precisará de atendimento urgente e qual melhor profissional para atendê-lo(a).

Pessoa está bem: qual a demanda?

Quer agendar uma consulta

Pergunte: "Qual o motivo da consulta?"

- Verifique se motivo é urgente (confira quadro vermelho ao lado):
  - Se sim, garanta atendimento com médico/enfermeiro com urgência.
  - Se não, agende consulta no próximo horário disponível para médico ou enfermeiro (de acordo com combinação da equipe).
  - Se dúvidas, discuta com enfermeiro ou médico.

Quer renovar receita, fazer curativos, aplicar medicamento, atestado INSS, atestado de saúde/academia, queixa odontológica ou outra demanda

- Verifique se demanda necessita ser resolvida hoje:
  - Se sim, discuta com profissional mais apropriado para resolver demanda da pessoa (técnico de enfermagem ou enfermeiro ou médico ou dentista ou equipe multiprofissional de apoio).
  - Se não, siga fluxos definidos pela equipe para cada demanda.
  - Se dúvidas, discuta com enfermeiro ou médico.

Pessoa está com uma queixa/doente, verifique se precisa de atendimento de urgência ou no mesmo dia:

## Garanta atendimento com médico/enfermeiro com urgência para paciente com um ou mais dos seguintes

- Lentidão ou sonolência/não responde à voz ou estímulo
- Convulsionando ou teve convulsão nas últimas horas
- Desmaiado ou teve desmaio nas últimas horas
- Dificuldade de respirar ou falta de ar ao falar
- Dor no peito
- Dor de cabeça e também vomitando
- Agressivo, confuso ou agitado
- Vomitando sem parar
- Trauma no olho ou alteração visual súbita/recente
- Sangrando em qualquer local
- Corpo estranho em qualquer orifício
- Ferimento

- Suicídio/overdose de medicamento/abusou de drogas
- Sofreu agressão sexual ou física
- Teve relação sexual desprotegida nos últimos dias
- Vomitando sangue ou tossindo sangue
- Queimaduras
- Fraqueza ou formigamento súbito de braço, perna, face
- Trauma/acidente recente/bateu a cabeça
- Inchaço súbito da face
- Gestante com dor abdominal ou sangramento
- Manchas súbitas pelo corpo
- Picada de animais venenosos

## Garanta atendimento com médico/enfermeiro no mesmo dia para paciente com um ou mais dos seguintes:

- Diarreia ou vômitos
- Febre
- Pele amarelada
- Ardência para urinar
- Corrimento do pênis ou vagina
- Lesão no pênis ou vagina
- Ínguas aumentadas
- Sangramento recente (não está sangrando na hora)
- Azia ou dor de estômago recente

- Olho vermelho/coceira no olho
- Crise de ansiedade
- Dor de garganta ou resfriado ou gripe ou rinite
- Dor de ouvido
- Coceira ou alergias importantes
- Dor forte mas não intensa
- Dor anal
- Dor de cabeça
- Tontura

Se dúvidas, discuta com enfermeiro ou médico.

Se paciente está com uma queixa mas não necessita de atendimento com urgência ou no mesmo dia

- Verifique se demanda necessita ser resolvida hoje:
  - Se sim, discuta com profissional mais apropriado para resolver demanda da pessoa (técnico de enfermagem ou enfermeiro ou médico ou dentista ou equipe multiprofissional de apoio).
  - Se não, agende consulta no próximo horário disponível para médico ou enfermeiro (de acordo com combinação da equipe).

# Avaliação geral de saúde

## Avalie a saúde geral do paciente

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Maneje sintomas conforme a página do síntoma.
TB	Toda consulta	Se tossa ≥ 2 semanas, sudorese noturna, febre ≥ 2 semanas, dor no peito ao respirar ou escarro sanguinolento, exclua TB ↪ 116.
Planejamento familiar	Toda consulta	Avalie necessidades de contraceção ↪ 165 e planos de gravidez. Se planos de engravidar, prescreva ácido fólico ↪ 25. Se gestante ↪ 167.
Saúde sexual	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pergunte sobre sintomas genitais ↪ 66, problemas sexuais ↪ 77 e práticas sexuais de risco para HIV/IST: IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativo, faz sexo sob efeito de álcool/drogas.</li> <li>- Se risco para HIV/IST, aconselhe sexo seguro e prevenção combinada ↪ 25. Ofereça PrEP ↪ 110.</li> </ul>
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 ↪ 154.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses <sup>1</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.
Uso de tabaco	Toda consulta	Se fuma tabaco, motive parar ↪ 153. Apoie para mudança ↪ 17.
Riscos em pessoa idosa: saúde mental	Se > 65 anos: toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se teve perda em função laboral/social, confusão ou comportamento atípico ↪ 104.</li> <li>Se ao menos 6 meses ≥ 1: problema de memória, desorientação, dificuldade de fala, menos capaz para atividades diárias ou laborais/sociais ↪ 160.</li> </ul>
Riscos em pessoa idosa: medicamentos	Se > 65 anos: toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considere diminuir dose/freqüência de medicamentos (mantenha dose plena de antibióticos e TARV) e evitar medicamentos desnecessários. Discuta alternativas se usa ≥ 5 medicamentos.</li> <li>Evite/discuta se usa medicamentos com potencial anticolinérgicos (como dimenidirinato, dexclorfeniramina, prometazina, hioscina), metoclopramida, inibidores de bomba de prótons (como omeprazol) por &gt; 8 semanas, benzodiazepínicos (como diazepam, clonazepam), drogas Z (como zolpidem), opioides (como codeína), AINEs (como ibuprofeno), paroxetina, antidepressivos tricíclicos (como amitriptilina ou nortriptilina), antipsicóticos para demência ou delirium (como haloperidol, clor/levomepromazina, clozapina) ou sulfonilureias (como glibenclamida).</li> </ul>
Riscos em pessoa idosa: quedas	Se > 65 anos: toda consulta	Se história de quedas ou problemas de mobilidade, marcha, equilíbrio, visão/audição considere risco aumentado para quedas, envolva equipe multiprofissional e programe visita domiciliar para intervenções de segurança (corrimãos, iluminação, tapetes antiderapantes).
Riscos em pessoa idosa: idoso frágil	Se > 65 anos: toda consulta	Se ≥ 3 dos seguintes, considere idoso frágil: 1) no último mês sentiu-se cansado maior parte das vezes, 2) tem dificuldade para subir escadas, 3) tem dificuldade em andar uma quadra, 4) tem ≥ 5 comorbidades, 5) perdeu ≥ 5% do peso em 1 ano. Se idoso frágil, envolva equipe multiprofissional de apoio, considere maior potencial dos efeitos adversos de medicamentos e polifarmácia, ofereça cuidados paliativos ↪ 176.
Violência	Se mulher cis/pessoa trans: anual/se nova parceria	Pergunte sobre violência física, sexual, psicológica ou perseguição por parceria íntima/sexual. Se violência ↪ 106, discuta e envolva equipe multiprofissional.
Cuidados paliativos	Toda consulta	Se sofrimento e diagnóstico confirmado de doença incurável ↪ 176.
IMC <sup>2</sup>	Anualmente	Se IMC < 18,5 (se > 65 anos: < 22), discuta com nutricionista. Se IMC > 25 (se > 65 anos: > 27) ↪ 137.
PA	Primeira consulta, então conforme valor	Verifique PA ↪ 143.
RCV (risco cardiovascular)	Primeira consulta e então conforme resultado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalie RCV ↪ 134 na primeira consulta, repita conforme resultado.</li> <li>- Se entre 40-75 anos ou entre 30-39 anos com ≥ 1 fator de RCV, solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos.</li> <li>• Interprete resultados ↪ 136. e, se não tem DCV<sup>3</sup>, use colesterol total para calcular o RCV ↪ 134.</li> <li>• Fatores de RCV: tabagismo (atual ou há &lt; 1 ano), pai/irmão com morte por DCV/DCV prematura (homem &lt; 55 anos ou mulher &lt; 65 anos) ou com hipercolesterolemia familiar, IMC &gt; 25 (se &gt; 65 anos: &gt; 27), circunferência abdominal &gt; 88cm (mulher) ou &gt; 102cm (homem), HAS, DM, HIV, transtorno mental grave, uso crônico de antipsicótico atípico/corticoide, DRC (TFGe &lt; 60), sinais clínicos de colesterol elevado.</li> </ul>

Continue avaliando a saúde geral do paciente → 24.

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>IMC = peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m). <sup>3</sup>IAM, AVC ou AIT prévio, angina ou doença arterial periférica.

### Continue avaliando a saúde geral do paciente

Avalie	Quando avaliar	Observações
Diabetes	Se necessário	Verifique necessidade de rastrear diabetes ↪ 138.
HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se necessário e anualmente</li> <li>• Anualmente</li> <li>• Se fator de risco: cada 6 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique necessidade de rastrear/teste para HIV ↪ 122.           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se gestante, teste (faça teste rápido) na primeira consulta, entre 14-26 e com &gt; 28 semanas.</li> </ul> </li> <li>• Fatores de risco para HIV: uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias; troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia; usa drogas EV; ou faz sexo sob efeito de álcool/drogas.</li> </ul>
Sífilis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se necessário</li> <li>• Se ≤ 30 anos: anualmente</li> <li>• Se fator de risco: cada 6 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique necessidade de rastrear/teste para sífilis ↪ 70.           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se gestante, teste na primeira consulta, entre 14-26 e com &gt; 28 semanas.</li> </ul> </li> <li>• Fatores de risco para sífilis: HIV; uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias; ou troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia.</li> </ul>
Hepatite B	Se necessário	Se não tem registro de anti-HBs > 10 após 3 doses de vacina contra HBV, verifique necessidade de rastrear HBV ↪ 128.
Hepatite C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se necessário</li> <li>• Se fator de risco: cada 6 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique necessidade de rastrear/teste para HCV ↪ 129. Se gestante, teste (faça teste rápido) na primeira consulta.</li> <li>• Fatores de risco para HCV: HIV; uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias; troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia; usa drogas inaladas/EV; faz sexo sob efeito de álcool/drogas; ou está em situação de rua ou privada de liberdade.</li> </ul>
CT/NG <sup>1</sup> (rastreio de clamídia e gonococo)	Se necessário	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pessoa com vagina &lt; 25 anos: anual. Se gestante ≥ 30 anos: 1ª consulta e, se práticas de risco<sup>2</sup>, com &gt; 28 semanas. Se HIV: 1ª consulta e, se práticas de risco<sup>2</sup>, anual. Se sexo anal desprotegido: cada 6 meses. Se usa PrEP: 1ª consulta e cada 6-8 meses.</li> <li>- Se CT e NG detectáveis ou NG detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: dê dose única de <b>ceftriaxona</b> 500mg IM e <b>azitromicina</b> 1g via oral.</li> <li>- Se somente CT detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: prescreva dose única de <b>azitromicina</b> 1g via oral.</li> </ul>
Câncer colorretal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se 50-75 anos: se negativo, cada 2 anos</li> <li>• Se risco aumentado para câncer (CA) colorretal<sup>3</sup>: decida como e quando rastrear</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique se <i>tem</i> risco aumentado para CA colorretal<sup>3</sup> cada 3 anos, se risco aumentado: solicite <b>colonoscopia</b> aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do diagnóstico do pai/irmão/filho mais jovem, <b>discuta</b> para interpretar e quando repetir.</li> <li>- Se história pessoal de câncer, pólipos adenomatosos, doença inflamatória intestinal ou tem familiar com síndrome genética associada ao câncer colorretal, <b>discuta</b> para decidir quando rastrear e repetir.</li> <li>• Se 50-75 anos e <i>não tem</i> risco aumentado: providencie sangue oculto em fezes<sup>4</sup>. Se negativo, repita cada 2 anos. Se positivo: solicite <b>colonoscopia</b> e <b>interprete</b>.</li> </ul>
Câncer de colo uterino	Se necessário	Se pessoa com vagina avalie necessidade de rastrear câncer do colo de útero ↪ 73.
Câncer de mama em mulheres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se 50-69 anos: se negativo, cada 2 anos</li> <li>• Se risco aumentado para câncer (CA) de mama<sup>5</sup>: decida como e quando rastrear</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examine para nódulos/sintomas em mamas ↪ 76 ou nódulos em axilas ↪ 39.</li> <li>• Verifique se tem risco aumentado para CA de mama<sup>5</sup>, se risco aumentado: <b>discuta</b> para decidir quando rastrear e repetir, ou considere solicitar MMG de rastreio anual a partir dos 40 anos.</li> <li>• Se 50-69 anos e não tem risco aumentado: solicite MMG de rastreio (USG não é exame de rastreio) e interprete:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- BIRADS 0:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se assimetria global ou focal em mamas não densas ou com distorção de parênquima, solicite MMG com compressão seletiva.</li> <li>• Se nódulo ou assimetria global ou focal em mamas densas, solicite USG.</li> <li>• Se calcificações/microcalcificações agrupadas, solicite MMG com magnificação.</li> <li>• <b>Discuta</b> para interpretar resultados dos exames solicitados.</li> </ul> </li> <li>- BIRADS 1 ou 2: <b>rastreio negativo</b>, repita cada 2 anos.</li> <li>- BIRADS 3: repita em 6, 12, 24 e 36 meses. Se imagem sem modificação: <b>rastreio negativo</b>, repita cada 2 anos. Se nódulo, também solicite USG e <b>discuta</b>.</li> <li>- BIRADS 4A ou incerto: <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade para decidir sobre avaliação complementar.</li> <li>- BIRADS 4B, 4C ou 5: <b>discuta</b>/solicite <b>biópsia por agulha grossa (core-biopsy)</b><sup>6</sup> e encaminhe com prioridade.</li> <li>- BIRADS 6: <b>câncer</b>, encaminhe com prioridade para tratamento.</li> </ul> </li> </ul>

### Aconselhe paciente sobre sua saúde em geral → 25.

<sup>1</sup>Solicite CT/NG por PCR de acordo com prática sexual: vaginal receptivo (vagina), anal receptivo (ânus), oral ativo (orofaringe) e/ou vaginal/anal insertivo (urina). <sup>2</sup>Práticas sexuais de risco para HIV/IST: IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativo, faz sexo sob efeito de álcool/drogas. <sup>3</sup>Risco aumentado para câncer colorretal: um pai/irmão/filho com câncer colorretal ou adenomas de alto risco (com displasia de alto grau, ≥ 1 cm, histologia vilosa ou serrilhados) antes dos 50 anos; ou 2 ou mais pais/irmãos/filhos com câncer colorretal ou adenomas de alto risco em qualquer idade. <sup>4</sup>Verifique metodologia disponível e orientações para realização do exame. <sup>5</sup>Risco aumentado para câncer de mama: uma mãe/irmã/filha com câncer de mama antes dos 50 anos ou com câncer de ovário/câncer de mama bilateral em qualquer idade ou um familiar homem com câncer de mama; história pessoal ou mãe/irmã/filha com fatos genéticos associados ao CA de mama (ex: mutação BRCA1/2); história pessoal de câncer ou lesão de alto risco (ex: hiperplasia atípica) ou de radiação torácica com < 30 anos. <sup>6</sup>**Discuta** para escolher entre core-biopsy guiada por esterotaxia ou USG. Se core-biopsy não disponível, considere **PAAF**.

## Aconselhe paciente sobre sua saúde em geral

Pergunte sobre preocupações e expectativas da consulta de rotina/check-up e tente respondê-las. Ajude escolher mudanças de estilo de vida para sua saúde em geral. Apoie para mudança [5 17.](#)

### Higiene pessoal

- Oriente usar água filtrada ou fervida para beber e preparar comida.
- Oriente lavar mãos por ≥ 20 segundos com água e sabão, antes e depois de urinar/defecar, preparar alimentos, comer, tocar animais, tossir, espirrar ou assoar nariz.



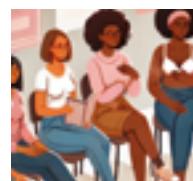
### Dirija com segurança

- Oriente usar cinto de segurança (motorista e passageiro) e capacete se dirigir motocicleta.
- Aconselhe evitar álcool/drogas e não usar celular enquanto dirige.
- Oriente usar faixa de pedestre ao atravessar a rua.



### Oriente autoconhecimento das mamas

- Atente-se a as mudanças anormais nas mamas: verifique no espelho, no banho e ao deitar de costas. Observe pele, axilas, mama e mamilo.
- Procure atendimento se nódulo duro e indolor na mama/axila, secreção mamar, mamilo retráido, rash ou rugas na pele.



### Eduque sobre prevenção quaternária

- Explique que nem todos os exames, tratamentos e procedimentos ajudam a prevenir doenças. Alguns tem pouco/nenhum benefício e podem até causar danos (ex: usar antibióticos sem precisar pode causar resistência). Oriente que usar vitaminas/minerais sem indicação não tem benefícios e uso excessivo pode causar dano (ex: vitamina C e cálcio, podem causar pedras nos rins). Evitar betacaroteno se fuma (risco de câncer de pulmão e morte por DCV).
- Oriente que paciente questione médico/enfermeiro se exame/tratamento/procedimento é realmente necessário, seus riscos, se há opções mais simples/seguras, o que acontece se não fizer e quais custos (financeiros, emocionais, de tempo).

### Pare/evite fumar

- Oriente sobre riscos do tabagismo ativo e passivo, incluindo uso de vape e cigarros eletrônicos. Se fuma, motive parar [5 153.](#)



### Pratique sexo seguro e prevenção combinada

- Ajude reconhecer práticas de risco para HIV/ IST: IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativo, sexo sob efeito de álcool/drogas.
- Teste regularmente para HIV, sífilis e hepatites (paciente e parcerias).
- Oriente sobre PEP e PrEP (orienta fluxos).
- Oriente uso e forneça preservativos e gel lubrificante (forneca e oriente uso).



### Evite uso arriscado de álcool/drogas

- Oriente não usar álcool e se beber limitar consumo em ≤ 2 doses<sup>1</sup>/dia e evitar beber pelos menos 2 dias/semana.
- Aconselhe evitar uso de outras drogas ou abusar de medicamentos com/sem prescrição.



### Maneje estresse

- Avalie e maneje estresse [5 105.](#)
- Oriente limitar uso de telas e redes sociais.



### Proteja-se do sol e calor

- Evite expor-se ao sol entre 10 e 16h.
- Use protetor solar e roupas para proteção.
- Em dias quentes, fique em áreas ventiladas, hidrate-se, use roupas claras, soltas e chapéu/boné.
- Tontura, fraqueza, dor de cabeça ou cãimbras podem ser sinais de hipertermia ou estresse por calor.



### Seja ativo

- Oriente diminuir tempo inativo e tornar-se mais ativo aos poucos. Almejar ≥ 30 minutos de exercício moderado (caminhada acelerada) ≥ 5 dias na semana.
- Oriente fazer exercícios de força para todos os músculos ≥ 2 vezes por semana
- Aconselhe aumentar atividades como jardinagem, tarefas domésticas, caminhar/usar bicicleta ao invés de transporte, usar escadas ao invés de elevadores.
- Oriente exercitar braços se não puder usar as pernas.
- Aconselhe evitar atividades ao ar livre se poluição elevada.



### Oriente alimentação saudável

- Coma alimentos de todos os grupos alimentares com moderação. Consuma vegetais e peixes/frutos do mar ≥ 2x/semana, se possível. Planejar refeição evita desperdício e facilita escolhas saudáveis.
- Consuma ≥ 5 frutas/vegetais ao dia, legumes (lentilha, ervilha, feijão) e grãos integrais (milho, aveia, arroz) regularmente. Prefira alimentos de produção local e sazonal (mais frescos e sustentáveis).
- Limite tamanho das porções. Diminua carne vermelha/modere laticínios, prefira os com baixa gordura, se possível. Remova pele/gordura de carnes.
- Evite ultraprocessados (refrigerante, salgadinho/bolacha/bolo, sopa/caldo/molho pronto, fastfood) ou alimentos fritos/gordurosos.
- Beba água limpa e evite bebidas adoçadas (incluindo suco de fruta).
- Evite adicionar sal direto ao alimento. Evite e use menos açúcar.



Saúde de A-Z  
Ministério da Saúde



• Garanta que conteúdo online é de fonte confiável e verifique fatos antes de compartilhar informações de saúde. Não compartilhe informações falsas.

Trate preventivamente para manter saúde geral do paciente [→26.](#)

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

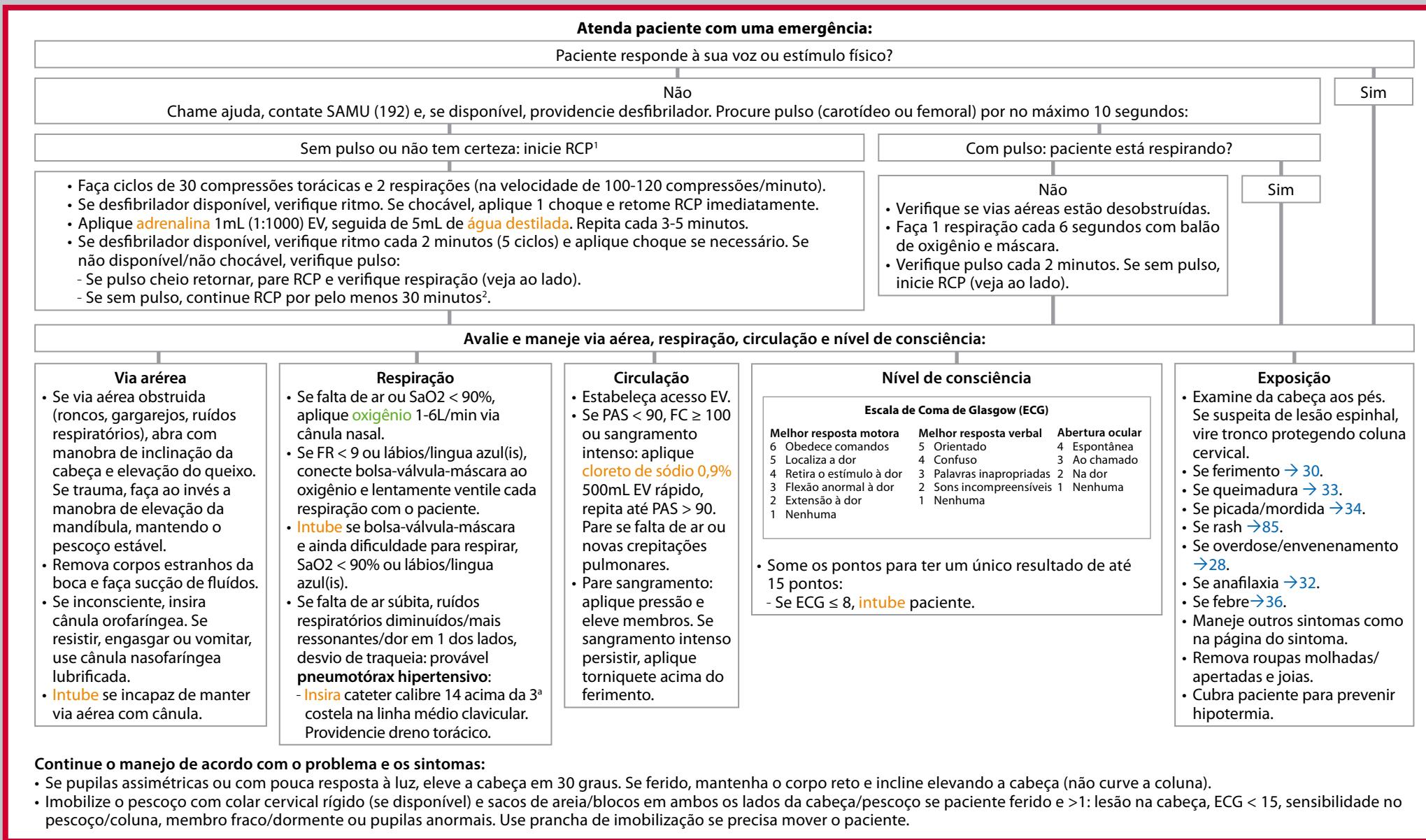
### Trate preventivamente para manter saúde geral do paciente

- Se pessoa com útero/vagina planejando engravidar: dê **ácido fólico** 0,2 mg/ml (40 gotas), se disponível, ou **ácido fólico** 5mg ao dia 1 mês antes de engravidar até 3 meses após. Se usa valproato/ácido valproico, **pare/troque** antes de engravidar (risco de problemas congênitos) e verifique se usa outros medicamentos de risco para gestação ↗ 189. Se dúvidas, **discuta**.
- Se dieta vegana, **discuta** e considere suplementação de vitamina B12.
- Evite medicamentos para dormir pois podem causar dependência. Se dificuldades para dormir ↗ 107.
- Evite uso crônico de inibidores de bomba de prótons (como omeprazol). Considere outros tratamentos e use a menor dose pelo menor tempo possível.
- Incentive e garanta que paciente recebeu todas as doses recomendadas da **vacina contra COVID-19**.
- Revise história vacinal, vide tabela (não vaccine 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	Prescreva 3 doses em zero, 1 e 6 meses <sup>1</sup> . Se HIV/câncer/disfunção imune, prescreva 4 doses dobradas 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"> <li>• Se último reforço há ≥ 10 anos</li> <li>• Se vacinação incompleta (&lt; 3 doses de difteria e tétano na vida) ou desconhecida</li> <li>• Se gestante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se último reforço de dT ≥ 10 anos atrás: prescreva reforço de dT.</li> <li>• Se vacinação incompleta ou desconhecida: prescreva vacinação ou complete esquema vacinal com 2 meses de diferença entre doses.</li> <li>• Se gestante: aplique uma dose de dTpa (em cada gestação) entre a 20<sup>a</sup> semana até 45 dias após o parto.) ↗ 172.</li> <li>• Não vaccine se história de Síndrome de Guillain Barre em até 6 semanas após vacina dT.</li> </ul>
Sarampo, caxumba e rubéola	Se < 50 anos e vacinação incompleta (< 2 doses na vida) ou desconhecida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se 30-49 anos, prescreva uma dose. Se &lt; 29 anos ou PVHIV ou profissional de saúde, prescreva 2 doses com 1 mês de diferença entre doses.</li> <li>• Oriente contracepção confiável até 28 dias após última dose.</li> <li>- Não vaccine se gestante ou HIV com CD4 &lt; 200.</li> </ul>
Influenza	Se ≥ 60 anos e restrito ao leito institucionalizado e demais grupos prioritários conforme campanha de vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescreva vacina anualmente.</li> <li>• Não vaccine se Síndrome de Guillain Barre em até 6 semanas após vacina contra influenza.</li> </ul>
Febre amarela	Se não vacinado e mora/viajando para área de febre amarela	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescreva uma dose<sup>2</sup> da vacina na vida (pelo menos 10 dias antes de viajar).</li> <li>- Se &gt; 60 anos ou gestante, <b>discuta</b> e avalie risco/benefício.</li> <li>• Não vaccine se amamentando bebê &lt; 6 meses ou se HIV com CD4 &lt; 200.</li> </ul>
Pneumocócica (VPP23)	Se ≥ 60 anos e restrito ao leito/institucionalizado	Prescreva uma dose e uma dose de reforço após 5 anos.
COVID 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se não vacinado<sup>3</sup>, especialmente se grupo de alto risco</li> <li>• Reforço anual/bianual se paciente de grupo prioritário ou imunocomprometido<sup>3</sup></li> </ul>	Encoraje paciente a se vacinar <sup>3</sup> , especialmente se alto risco: HIV, diabetes, doença crônica de pulmão/coração/rim, câncer, em quimioterapia ou uso de corticosteroides, IMC > 30, idade > 65 anos ou gravidez.

<sup>1</sup>Se dificuldade de vinculação, considere intervalo menor: 0, 1-2 e 4 meses. <sup>2</sup>Se recebeu uma dose com < 5 anos, prescreva uma dose de reforço. <sup>3</sup>Verifique indicações mais atuais de quem vacina, qual vacina indicar e quando repetir: [gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus](http://gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus)

# Paciente com uma emergência

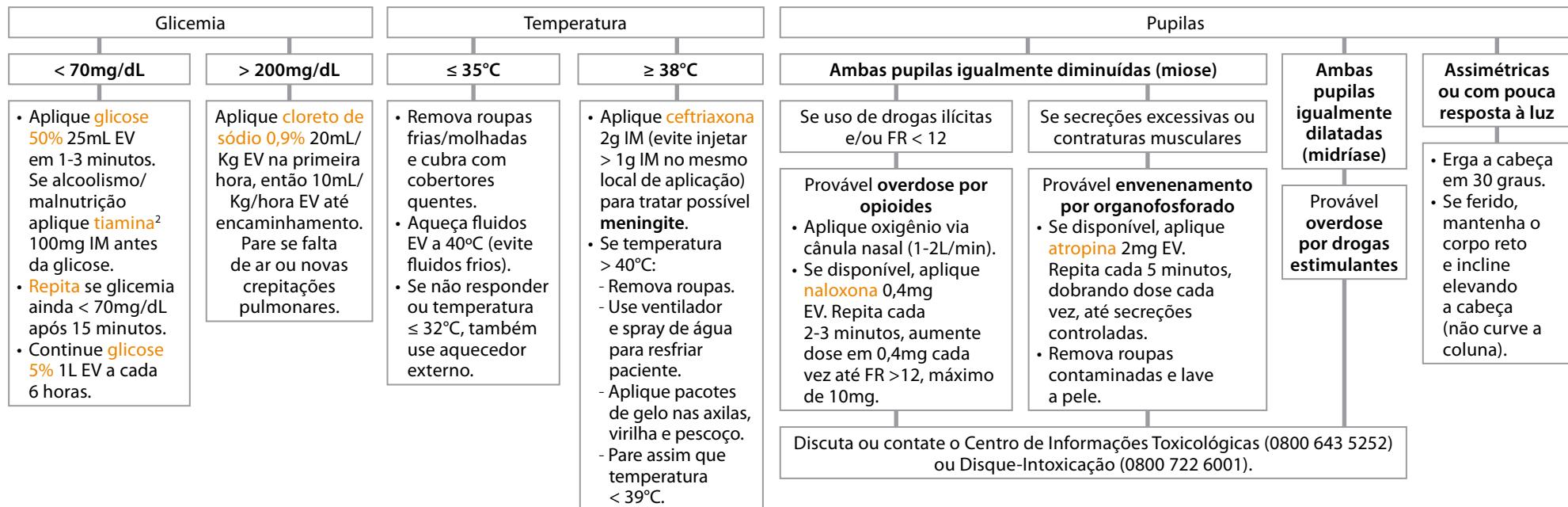


<sup>1</sup>Se paciente tem uma doença terminal, considere se deve ou não prosseguir. Se RCP não necessária (paciente em cuidados paliativos) → 176. <sup>2</sup>Continue RCP por mais tempo se  $Tax < 35^{\circ}C$ , afogamento, envenenamento ou tomou medicamentos.

# Diminuição do nível de consciência

## Atenda com urgência paciente com diminuição do nível de consciência:

- Primeiro avalie e maneje vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência ↪ 27.
- Identifique todos os ferimentos e procure causas: desnude 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 rebaixamento do nível de consciência e > 1: coceira/rash generalizado, edema de face/língua, falta de ar/sibilos/aperto no peito, dor abdominal intensa, vômito persistente ou exposição à possível alérgeno<sup>1</sup>, considere anafilaxia ↪ 32.
- Verifique glicemia, temperatura e pupilas:



### • Encaminhe com urgência.

### • Enquanto aguarda a remoção:

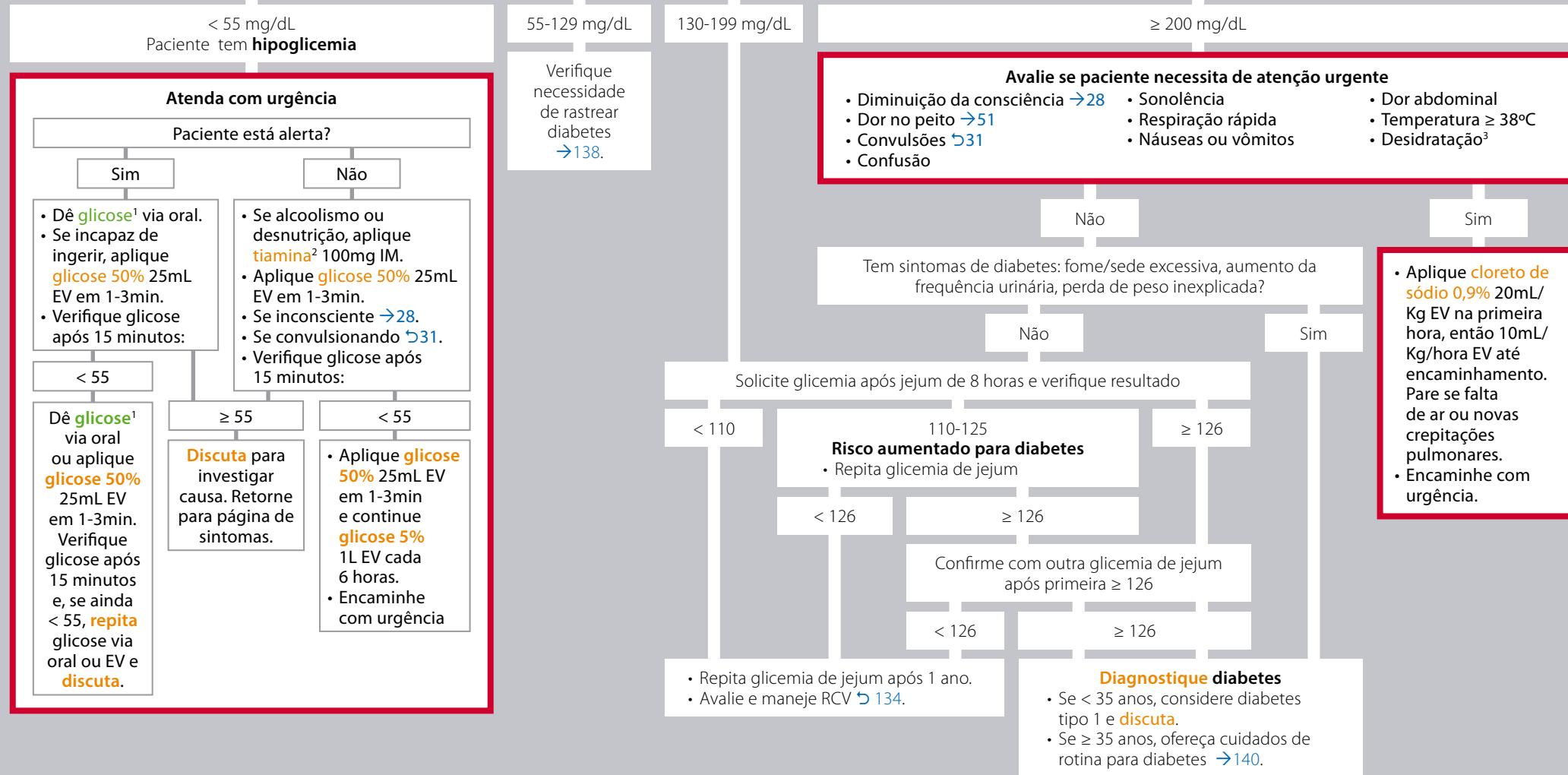
- Verifique PA, FC, FR, SaO<sub>2</sub> e nível de consciência (Glasgow) a cada 15 minutos. Insira cateter urinário, se disponível.
- Se PAS < 90, FC > 100, FR > 20 ou < 9, SaO<sub>2</sub> < 90% ou queda no nível de consciência (Glasgow), reavalie e maneje vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência ↪ 27.

<sup>1</sup>Alérgeno pode ser: picada de inseto, ingestão de um medicamento ou uma comida nova nas últimas horas. <sup>2</sup>De acordo com apresentação disponível, aplique vitamina B1+B6+B12 (100mg + 100mg + 5000mcg) solução injetável 2mL IM.

# Avalie e maneje glicemia capilar aleatória

Se diabetes conhecida →140. Somente verifique glicemia capilar aleatória se paciente não está bem ou tem sintomas de diabetes (sede, aumento de frequência urinária, perda de peso).

Interprete e maneje glicemia capilar aleatória em paciente que não tem diabetes conhecida:



<sup>1</sup>Uma colher de sopa de açúcar (pode ser diluída em 1 copo de água) ou meio copo de suco/refrigerante com açúcar. <sup>2</sup>De acordo com apresentação disponível, aplique **vitamina B1+B6+B12 (100mg + 100mg + 5000mcg) solução injetável** 2mL IM. Aplique antes da glicose. Se indisponível: aplique glicose, **discuta**/encaminhe com urgência e providencie aplicação de tiamina assim que possível. <sup>3</sup>Sede excessiva, mucosas secas, turgor da pele diminuído, olhos encovados, PAS < 90, FC > 100.

# Paciente com ferimentos

- Primeiro avalie/maneje vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência ↪ 27.
- Identifique ferimentos/causas: desnude, avalie frente/costas. Se trauma na cabeça ou coluna, utilize rolagem para virar. Então cubra/mantenha aquecido.

## Hematomas e sangue na urina

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

## 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% 1L EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou novas crepitacões pulmonares.
- Se sangramento excessivo ou pulsátil, aplique pressão direta e eleve o membro.
- Se sangramento grave e persistente, faça torniquete acima da ferida.

- **Encaminhe com urgência.** Enquanto aguarda transporte, verifique PA, FC, FR, SaO<sub>2</sub> e nível de consciência (Glasgow) cada 15 minutos.
- Se PAS < 90, FC > 100 ou < 50, FR > 20 ou < 9, SaO<sub>2</sub> < 90% ou queda do nível de consciência (Glasgow), verifique e maneje via aérea, respiração, circulação e nível de consciência ↪ 27.

## Atenda com urgência paciente com ferimentos:

## Fratura e ≥ 1 dos seguintes:

- Baixa perfusão abaixo da lesão: fraqueza ou dormência (frio, pálido, dormente, sem pulso) abaixo da fratura
- Fratura exposta
- > 3 costelas fraturadas
- Deformidade grave
- Aumento da dor, rigidez muscular, membro dormente
- Suspeita de fratura de fêmur, pelve ou coluna
- Aplique morfina 5mg EV, se disponível.
- Se baixa perfusão ou fraqueza/dormência abaixo da fratura, gentilmente realinhe na posição normal.
- Se fratura exposta: irrigue com cloreto de sódio 0,9% e cubra com gaze embebida em solução salina. Aplique ceftriaxona 2g IM<sup>1</sup>.
- 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 amnésia
- 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, evite diazepam e dê, se disponível, fenitoína 20mg/Kg em cloreto de sódio 0,9% 200mL EV em 60 minutos.

## 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/imunoglobulina antitetânica.
- No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses<sup>2</sup>/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152. Se violência sexual ↪ 106.

## Ferimento

- Aplique pressão direta para parar sangramento. Remova corpo estranho, pele solta/morta.
- Se sujo: limpe ao redor com clorexidina 2% degermante ou sol. iodopovidona e irrigue com cloreto de sódio 0,9%.
- Se sutura necessária: **suture** e considere aplicar mupirocina 2% pomada e curativos não aderentes por 24 horas. Se mupirocina não disponível, use cobertura seca.
- Não suture se > 12h (corpo), > 24h (cabeça/pescoço), restos de corpo estranho, infectado, tiro ou puntiforme fundo:
  - Limpe e cubra com gaze em solução salina e prescreva cefalexina 500mg cada 6 horas por 5 dias.
  - Reavalie em 2 dias **suture** se necessário e se sem infecção, a não ser se tiro/puntiforme fundo (lave/cubra cada 2 dias).
- Prescreva paracetamol ou dipirona<sup>4</sup> 500-1000mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- Oriente retornar se sinais de infecção (vermelhidão, calor, dor).
- Remova sutura após 5 dias (face), 4 dias (pescoço), 10 dias (pernas) ou 7 dias (resto do corpo).
- Se fraqueza/dormência abaixo da lesão, **discuta**. Se cicatrizar < 50% após 6 semanas ou não cicatrizar > 3 meses → 93.

## Fratura

- Coloque tala e imobilize articulação acima e abaixo da fratura.
- Prescreva dipirona<sup>4</sup> ou paracetamol 500-1000mg cada 6 horas e codeína 30mg cada 4 horas se necessário e disponível.
- Encaminhe mesmo dia.

## Ferimento na cabeça

- Observe por 2 horas antes de liberar com cuidador.
- Se dor de cabeça leve, tontura, confusão mental, provável **concussão**:
  - Oriente repouso absoluto 2 dias. Se sem sintomas após 3 dias, aumente atividade.
  - A recuperação pode levar > 1 mês.
  - Prescreva paracetamol ou dipirona<sup>4</sup> 500-1000mg cada 6 horas se necessário.
- Oriente retorno imediato se qualquer sintoma de alerta (acima) aparecer.

<sup>1</sup>Evite injetar > 1g IM no mesmo local de aplicação. <sup>2</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>3</sup>Dilua 1 parte de iodopovidona com 9 partes de cloreto de sódio 0,9%.

<sup>4</sup>Não prescreva se alergia prévia.

# Convulsões

## Atenda com urgência paciente que está inconsciente e convulsionando:

- Verifique vias aéreas, respiração e pulso carotídeo por no máximo 10 segundos. Se não sentir pulso ou estiver em dúvida, inicie RCP. Se ferimento atual na cabeça → 30.
- Proteja contra ferimentos amortecendo sua cabeça com as mãos ou material macio. Não coloque nada na boca. Coloque em decúbito lateral esquerdo (posição de recuperação), verifique as vias aéreas e aplique oxigênio 8 a 10L/min via máscara com reservatório, se disponível.
- Estabeleça acesso venoso.
- Verifique glicemia: se < 55 dê glicose 50% 25mL EV em 1-3min. Se alcoolismo/malnutrição, dê tiamina<sup>1</sup> 100mg IM antes da glicose. Verifique glicemia após 15min: se < 70, dê glicose 50% 25mL EV em 1-3min então dê glicose 5% 1L EV cada 6 horas.
- Se gestante ≥ 20 semanas ou até 1 semana pós-parto, encaminhe com urgência.
- Se não for gestante ou se < 20 semanas, aplique diazepam 10mg EV lento (2-5mg/min) ou via retal. Se convulsão continuar, repita após 10 minutos.
- Se convulsão não responder a 2 doses de diazepam ou paciente não recuperar consciência entre as convulsões: encaminhe com urgência.
- Se disponível, aplique fenitoína<sup>2</sup> 20mg/Kg EV diluída em 200ml de soro fisiológico 0,9% em 60 minutos (aplique em acesso diferente do diazepam). Se mantém crise, repita 10mg/Kg em 30 minutos.

## 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 paciente no mesmo dia se um ou mais dos seguintes:**
- Temperatura ≥ 38°C, rigidez de nuca/meningismo ou rash vermelho/ purpúrico, trate para possível meningite bacteriana: aplique ceftriaxona 2g IM (evite injetar > 1g IM no mesmo local de aplicação).
  - Dor de cabeça nova/diferente ou que está piorando/mais frequente
  - HIV sem epilepsia conhecida
  - Teve ≥ 2 convulsões com recuperação incompleta da consciência entre elas
  - Redução do nível de consciência > 1 hora após convulsão
  - Paciente em uso de anticoagulantes
  - Glicemia > 200mg/dL ou < 55 mg/dL uma hora após tratamento ou em paciente que usa glibenclamida/glicazida/glimepirida/insulina
  - Se glicose ≥ 200 mg/dL → 29.
  - Início súbito de dormência ou fraqueza assimétrica, dificuldade na fala ou alterações visuais
  - PA ≥ 180/130 > 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 → 167.

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.

Provável derrame/AVC ou AIT → 148.

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

Provável desmaio comum → 42.

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 → 161.

Não

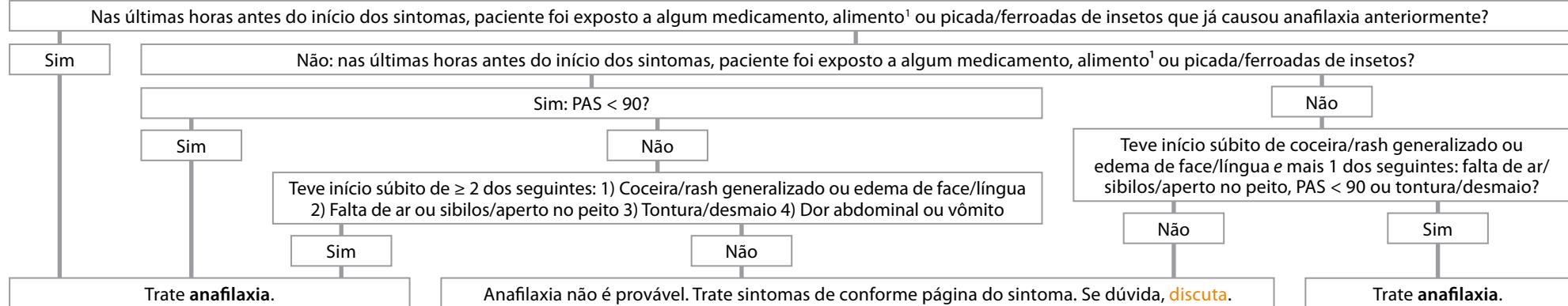
- Solicite EEG, HMG, glicemia de jejum, creatinina, uréia, sódio, cálcio e magnésio e discuta/encaminhe.
- Se convulsões focais ou novas convulsões após meningite, AVC ou trauma craniano, discuta com especialista.
- Se ≥ 2 convulsões sem causa identificável, considere epilepsia, discuta/encaminha e ofereça cuidados de rotina → 161.

<sup>1</sup>De acordo com apresentação disponível, aplique vitamina B1+B6+B12 (100mg + 100mg + 5000mcg) solução injetável 2mL IM. <sup>2</sup>Fenitoína EV pode causar queda de PA e arritmia: infusão máxima de 50mg/minuto; providencie monitoramento de PA e ECG.

# Anafilaxia

Paciente com anafilaxia pode ter coceira/rash generalizado, edema de face/língua, coceira/aperto na garganta, tosse, sibilos, falta de ar, tontura/desmaio, dor abdominal ou vômito.

## Atenda com urgência paciente com possível anafilaxia



### Maneje anafilaxia e encaminhe com urgência:

- Eleve as pernas ou coloque paciente deitado de barriga para cima<sup>2</sup> e aplique **oxigênio** de 8 a 10L/min via máscara com reservatório.
- Estabeleça acesso EV. Se PAS < 90 ou sem melhora com adrenalina, aplique imediatamente **adrenalina (1 mg/ml)** 0,5mL IM no terço médio da face anterolateral da coxa. Repita cada 5-15 minutos se não melhorar.
- Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1-2L EV rápido. Depois, se mantém PAS < 90, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitações pulmonares.
- Se ferroada de inseto, remova ferrão.
- Se sibilos persistentes ou falta de ar apesar da adrenalina, aplique também **bromidrato de fenoterol 5mg/mL** 10-20 gotas em 4mL de **cloreto de sódio 0,9%** via nebulizador com oxigênio (6L/min). Se nebulizador ou fenoterol não disponível, aplique ao invés **salbutamol** 400-800mcg (4-8 jatos) via espaçador. Se não melhorar, repita cada 20 minutos até 3 vezes.
- Enquanto aguarda transporte: aplique **hidrocortisona** 200mg IM/EV lento e, se coceira ou urticária, aplique também **prometazina** 50mg IM. Siga reavaliando/manejando paciente com emergência ↳ 27.

## Avalie paciente com história prévia de anafilaxia

Avalie	Quando avaliar	Observações
Alérgenos	No diagnóstico	Encaminhe para especialista para confirmar alérgenos. Alérgenos comuns incluem medicamentos, alimentos <sup>1</sup> e picada/ferroadas de inseto.
Outras alergias	No diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se tosse recorrente, sibilos, aperto no peito ou dificuldade para respirar, exclua <b>asma</b> ↳ 131. Se asma conhecida, ofereça cuidados de rotina ↳ 132.</li> <li>Se placas secas, descamativas e pruriginosas em punho, tornozelo, dobra de cotovelo ou atrás do joelho, provável <b>eczema</b> ↳ 87.</li> <li>Se coceira, vermelhidão, pápulas elevadas que aparecem repentinamente e geralmente desaparecem em 24 horas, provável <b>urticária</b> ↳ 87.</li> <li>Se espirros recorrentes ou nariz com coceira/coriza/congestão, provável <b>rinite alérgica</b> ↳ 48.</li> <li>Se lacrimejamento e coceira em ambos os olhos, provável <b>conjuntivite alérgica</b> ↳ 45.</li> </ul>

## Oriente paciente com história prévia de anafilaxia

- Oriente evitar alérgenos conhecidos e avisar profissional de saúde se alérgeno é medicamento. Oriente paciente usar um bracelete/identificação que informe sobre sua alergia.
- Garanta que paciente tem um plano em caso de anafilaxia: informe número SAMU (192), hospital de referência mais próximo e plano de transporte confiável.

<sup>1</sup>Alimentos comuns que causam anafilaxia incluem amendoim, castanhas, oleaginosas, ovo, leite, camarão e peixe. <sup>2</sup>Se gestante ou vomitando, coloque em decúbito lateral esquerdo; ou se falta de ar, coloque sentado com as pernas estendidas.

# Queimaduras

## Atenda com urgência paciente com queimadura(s):

Primeiro avalie e maneje vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência [27](#)

Aplique oxigênio via cânula nasal (1-6L/min) se:

- Queimaduras em face, pescoço ou tórax superior
- Tosse, respiração ruidosa/com dificuldade ou rouquidão: provável **queimadura inalatória**
- Paciente sonolento ou confuso ou com  $SaO_2 < 90\%$
- Porcentagem total da superfície corporal queimada (%SCQ)  $\geq 15\%$

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:

- Se pele vermelha, com bolhas, dolorida, úmida: provável **queimadura de espessura parcial (segundo grau)**.
- Se pele branca/engredida, indolor, seca: provável **queimadura de espessura total (terceiro grau)**.
- Se queimadura de espessura parcial ou total, calcule %SCQ usando a figura ao lado (exclua áreas de somente vermelhidão do cálculo).

Avalie e maneje necessidade de hidratação se %SCQ  $\geq 15\%$ :

- 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  $\div 2 \div 8$
- Calcule débito urinário a cada hora. Se necessário, insira um cateter urinário.

Precreva medicamentos:

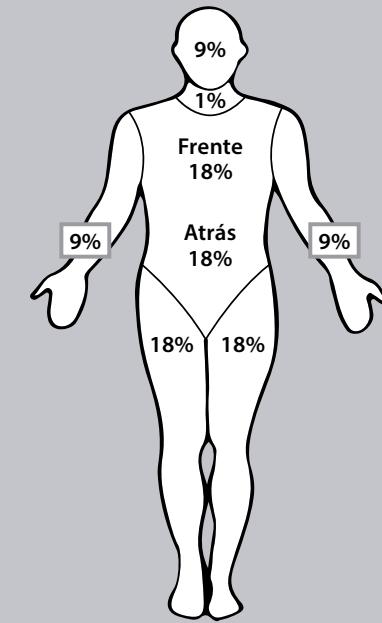
- Se dor intensa, aplique **morfina** 5mg EV cada 4 horas. Se dor não intensa, prescreva **paracetamol** ou **dipirona<sup>1</sup>** 500-1000mg cada 6 horas.
- Prescreva reforço da **vacina DT** (difteria e tétano) se última dose há  $> 5$  anos. Se  $< 3$  doses na vida/desconhecido, complete doses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

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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| - %SCQ $\geq 15\%$  | - Queimadura em face/pescoço/mãos/pés/genitais/articulações | - Queimadura inalatória/elétrica/química |
| - Queimadura de terceiro grau   | - Queimadura circumferencial de membros/tórax               | - Outros ferimentos                      |
| • Enquanto aguarda transporte, monitores sinais vitais: PA, FC, FR, $SaO_2$ , nível de consciência (Glasgow) e débito urinário. |   |  |
| • Cuide do ferimento: cubra a queimadura com cobertura não aderente ou enrole em um lençol limpo e seco.                        |   |  |
| • Se não necessita encaminhamento no mesmo dia: avalie e maneje como abaixo.  |   |  |

Calcule % total superfície corporal (SCQ):

- Cabeça 9% • Frente 18% • Cada braço 9%
- PESCOÇO 1% • ATRÁS 18% • Cada perna 18%



**Avalie e maneje paciente com queimadura(s) que não necessita de encaminhamento no mesmo dia e reavale conforme curativo:**

- Limpe com **cloreto de sódio 0,9%**. Se tecido morto/necrosado, remova cuidadosamente. Faça curativo: discuta para escolher cobertura ou faça curativos diários com **sulfadiazina de prata 1%** creme e cubra com curativo não aderente. Verifique sinais de infecção (vermelhidão, calor, inchado, dor intensa, odor fétido ou pus) e, se presentes, dê **cefalexina** 500mg cada 6 horas por 7 dias.
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona<sup>1</sup>** 500-1000mg e/ou **ibuprofeno<sup>2</sup>** 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 (prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo). Se dor aumentada/ansiedade com troca de curativos, prescreva **codeína** 30mg 1 hora antes da troca de curativos.
- Se queimadura de forma específica (ex: cigarro, ferro, faca/garfo), recorrente/inexplicada ou com ferimentos inexplicados, considere violência [2 106](#) e autoagressão [2 101](#).
- Se infecção grave (vermelhidão/inchaço extenso, Tax  $\geq 38^{\circ}C$ ), dor não responder aos medicamentos ou queimadura não cicatrizar em 2-3 semanas, **discuta/encaminhe**.

<sup>1</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>2</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM,  $\geq 65$  anos, dispesia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

# Mordidas e ferroadas

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

- **Mordida de cobra** (mesmo que as marcas da mordida não sejam aparentes)
- Se início súbito de coceira/rash generalizado, edema de face/língua, sibilos, falta de ar, PAS < 90, tontura/desmaio, dor abdominal intensa, vômito persistente, considere **anafilaxia** ↪ 32
- Fraqueza, pálpebras caídas, dificuldade de engolir e falar, visão dupla
- Mordida animal/humana e mais 1: múltiplas mordidas, ferimento grande/profundo, perda tecidual, envolvendo articulações/ossos, temperatura ≥ 38°C ou pus
- PAS < 90
- Sangramento pulsátil ou excessivo

### Maneje e encaminhe com urgência:

#### • Se mordida de cobra:

- Mantenha paciente calmo e parado. Remova joias/bijuterias e immobilize membro mordido.
- Se veneno nos olhos: enxague olho cuidadosamente com água ou **cloreto de sódio 0,9%** por 20 minutos.
- Limpe mordida com **clorexidina 2% degermante** ou **solução iodopovidona diluída** e irrigue com **cloreto de sódio 0,9%**. Evite aplicar torniquete ou sugar o veneno.
- Discuta manejo da dor e sobre necessidade de soro antiofídico, ligue para o Centro de Informações Toxicológicas ↪ 187.
- Se PAS < 90, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitações pulmonares.
- Se sangramento pulsátil ou excessivo, aplique pressão direta e eleve membro. Se sangramento excessivo e persistente, aplique torniquete acima do ferimento.
- Remova pele solta/morta e limpe com água e sabão ou **clorexidina 2% degermante**. Irrigue ferida com pressão com **cloreto de sódio 0,9%** por 15 minutos. Evite suturar 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/morta e limpe com água e sabão ou **clorexidina 2% degermante**. Irrigue ferida com pressão com **cloreto de sódio 0,9%** por 15 minutos. Evite suturar ferimento.
- Considere risco de raiva se mordida/arranhão ou lambedura nos olhos/boca/pele não intacta por cão, gato, animal silvestre<sup>1</sup> ou de produção<sup>2</sup>
- Discuta com Centro de Informações Toxicológicas ↪ 187. Notifique.
- Lave ferimento com água e sabão ou **clorexidina 2% degermante**.
- Oriente observar o animal por 10 dias após exposição para sinais de raiva. Se desaparecer/morrer/se tornar raivoso ou animal silvestre<sup>1</sup>/de produção<sup>2</sup>: prescreva 4 doses de **vacina antirrábica** (0, 3, 7 e 14 dias após exposição).
- Se animal silvestre<sup>1</sup> ou se ferimento em mucosas/mãos/pés/cabeça/extenso/profundo e animal desaparecido/raivoso/de produção<sup>2</sup>: prescreva também **soro/imunoglobulina antirrábica**.
- Se mordida humana com rompimento da pele, também avalie necessidade de PEP para HIV e hepatite B ↪ 108.

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

- Remova ferrão/tentáculos cuidadosamente. Limpe ferida com água e sabão. Se água-viva, evite aplicar água doce/esfregar e aplique vinagre comum por 30min.
- Aplique gelo/bolsa de gelo para dor/inchaço.
- Se coceira e rash, prescreva **loratadina** 10mg ao dia. Se sem resposta, prescreva **prednisona** 60mg ao dia por 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 Discuta com Centro de Informações Toxicológicas ↪ 187

- Se sinais de infecção (pele vermelha, quente, dolorida), paciente com mordida tem disfunção imune<sup>3</sup> ou mordida é profunda, envolve mão/cabeça/pescoço/genitais: dê **amoxicilina/clavulanato** 500/125mg cada 8 horas por 7-14 dias. Se alergia, dê ao invés **metronidazol** 500mg cada 8 horas e **SMZ/TMP** 800/160mg cada 12 horas por 7-14 dias.
- Se dor, dê **paracetamol** ou **dipirona**<sup>4</sup> 500-1000mg e/ou **ibuprofeno**<sup>5</sup> 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- 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**.
- Oriente paciente usar roupas de proteção, repelentes e evitar áreas de risco para insetos, aranhas, escorpiões, mordidas animais ou ferroadas; lavar-se em até 2h após estar em área de carrapatos; e verificar roupas/animais de estimação para carrapatos ao voltar para casa.
- Se sinais de infecção e sem resposta ao antibiótico em 48h, ou dor apesar da analgesia, **discuta**.
- Se ferida e não cicatrizar após 3 meses ou cicatrizar < 50% após 6 meses de tratamento → 93.

<sup>1</sup>Como morcego, raposa, macaco, outros. <sup>2</sup>Como boi, cavalo, cabra, ovelha, porco, outros. <sup>3</sup>HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. <sup>4</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>5</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considerar **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispépsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

# 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. Calcule a % de perda de peso =  $(\text{peso anterior} - \text{peso atual}) \div \text{peso anterior} \times 100$ .

## PASSO 1: investigue TB, HIV e diabetes

### Exclua TB

- Inicie investigação para TB ↪ 116.
- Ao mesmo tempo investigue HIV ↪ 122, diabetes ↪ 138 e considere outras causas abaixo.

### Teste para HIV

- Teste para HIV ↪ 122.
- Se paciente HIV com perda de peso  $\geq 10\%$  e diarreia ou febre  $> 1$  mês, discuta ou encaminhe com prioridade.

### Investigue diabetes

Verifique glicemia capilar aleatória, interprete ↪ 29.

## PASSO 2: pergunte sobre sintomas comuns de câncer

Corrimento/sangramento vaginal anormal

- Considere **câncer de colo de útero**.
- Faça exame especular e preventivo → 73.

Nódulo(s) de mama ou descarga mamilar

- Considere **câncer de mama**.
- Examine mamas/axilas para nódulos → 76.

Sintomas urinários em pessoa com pênis

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

Dispepsia ou mudança de hábito intestinal

- Considere **câncer de trato gastrointestinal**
- Solicite **sangue oculto em fezes**<sup>1</sup> e faça **toque retal**.
  - Se massa em toque retal ou sangue oculto em fezes positivo: solicite **colonoscopia**.
- Se dispepsia: solicite **EDA**.
- Se massa abdominal: solicite **USG**.

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

- Considere **câncer de pulmão**.
- Solicite **rx de tórax** e discuta.

## PASSO 3: investigue se ingestão alimentar é adequada: se inadequada, procure por motivos

Náusea ou vômitos → 62.

- 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 ↪ 105.

- Sem dinheiro para alimentação
- Discuta/encaminhe para assistente social.

- Se paciente tem uma doença terminal
- Considere oferecer cuidado paliativo → 176.

- Ferida oral ou dificuldade em engolir
- Provável **candidíase oral/esofágica** → 49.

## PASSO 4: investigue outras causas

- Se preocupação excessiva com o peso/forma do corpo ou com o ganho de peso, ou induz vômito após comer: considere **distúrbio alimentar**, discuta/encaminhe.
- Revise** medicamentos: anticonvulsivantes, antidepressivos, antidiabéticos e medicamentos para tireoide.
- Solicite **TSH** se um ou mais dos seguintes: FC  $\geq 100$ , palpitações, tremores, irritabilidade, intolerância ao calor ou aumento da tireoide. Se alterado, 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 ↪ 154.
- No último ano: 1) bebeu  $\geq 4$  doses<sup>1</sup>/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.
- Investigue negligência em idoso ou em paciente doente necessitando de cuidado. Se suspeita, discuta/encaminhe para assistente social.
- Calcule IMC. Se gestante, meça circunferência medial do braço (CMB): se IMC  $< 18,5$  (se  $> 65$  anos:  $< 22$ ) ou se gestante com CMB  $< 23$ , considere baixo **peso/desnutrição** e discuta com nutricionista.

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

<sup>1</sup>Verifique metodologia disponível e as instruções para realização do exame. <sup>2</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

# Febre

Paciente com febre tem temperatura axilar  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$  agora ou nos últimos 3 dias. Se paciente com febre e rash, retire da sala de espera e isole em consultório/local afastado dos demais.

## Atenda com urgência paciente com febre e um ou mais dos seguintes:

- Convulsão ou acabou de convulsionar → 31
- Rebaixamento nível de consciência → 28
- Rigidez de nuca /meningismo ou rash purpúrico, provável meningite
- Dor à descompressão súbita do abdome inferior D, provável apendicite
- PAS < 90
- FC  $\geq 30$  ou SatO<sub>2</sub> < 90% ou falta de ar<sup>1</sup>
- Icterícia<sup>2</sup>
- Facilidade para sangramento/hematomas<sup>2</sup>
- Dor abdominal ou nas costas intensa

### Maneje e encaminhe com urgência

- Se PAS < 90: aplique cloreto de sódio 0,9% 500mL EV em 30 minutos, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitacões pulmonares.
- Se FR  $\geq 30$ , SaO<sub>2</sub> < 90% ou falta de ar, aplique oxigênio via cânula nasal 1-6L/min para meta 90-96% (se DPOC, 88-92%; se gestante, 92-95%).  
- Se 6L/min e fora do alvo/sem melhora, use máscara com reservatório e aumente ate 15L/min.
- Verifique glicose: se < 55 ou  $\geq 200$  ↪ 29.
- Se provável meningite: aplique ceftriaxona 2g IM (evite injetar > 1g IM no mesmo local de aplicação).

## Abordagem do paciente com febre que não necessita de atenção urgente:

Se está ou esteve em área de malária<sup>3</sup> no último mês: notifique, solicite exame diagnóstico e discuta ↪ 189.

Febre há < 7 dias: está/esteve em área de dengue, zika, chikungunya, oropuche, febre maculosa ou de surto de febre amarela há < 2 semanas ou está/esteve em área de sarampo no último mês ou está/esteve em risco de leptospirose<sup>4</sup> no último mês?

Febre há  $\geq 7$  dias

Sim para qualquer um, considere uma ou mais das seguintes condições:

- Se está/esteve em área de dengue e  $\geq 2$ : dor de cabeça/retro-orbital, dor muscular/articular, rash, petéquias, náuseas/vômitos, provável dengue ↪ 38.
- Se está/esteve em área de Zika vírus e rash com coceira, provável zika vírus ↪ 37.
- Se está/esteve em área de chikungunya e dor articular súbita/intensa não explicada por outras condições, provável chikungunya ↪ 37.
- Se está/esteve em área de oropouche e tem cefaleia, migalgia, artralgia, anorexia, tontura ou fotofobia, considere oropouche ↪ 37.
- Se está/esteve em área de sarampo no último mês e tem rash e  $\geq 1$ : tosse, coriza, olho vermelho, considere sarampo ↪ 37.
- Se está/esteve em área de febre maculosa e história/marca picada de carrapato e dor muscular e dor de cabeça, provável febre maculosa ↪ 37.
- Se está/esteve em área de surto de febre amarela e sem registro de vacina e  $\geq 2$ : dor de cabeça, dor muscular, lombar, abdominal, mal-estar, calafrios, náuseas, tontura, provável febre amarela ↪ 37.
- Se está/esteve em área de risco para leptospirose<sup>4</sup> no último mês e dor muscular e dor de cabeça, provável leptospirose ↪ 37.

Não para todos

Se nenhuma dessas condições é provável: está ou esteve em risco para hantavirose<sup>5</sup> nos últimos 2 meses e dor de cabeça e dor muscular?

Sim  
Considere hantavirose:  
notifique e discuta.

Não

- Se dor de cabeça, tosse, dor de garganta, sintomas nasais ou de olfato/paladar: considere COVID-19 ↪ 54.
- Se  $\leq 40$  anos, dor de garganta recente e  $\geq 2$ : dor/inchaço articular, dor no peito, cansaço, movimentos súbitos/anormais, nódulos em tendões/articulações, rash vermelho arredondado e com palidez central, considere febre reumática aguda, discuta e encaminhe no mesmo dia.
- Pergunte sobre outros sintomas, avalie e maneje conforme página do sintoma. Se dúvidas, discuta.

Exclua TB ↪ 116,  
HIV ↪ 122 e  
sífilis ↪ 70.

- Se está/esteve em área de leishmaniose visceral e aumento do baço, discuta. Discuta para solicitar PPD.
- Se febre sem foco  $> 3$  semanas:
  - Solicite HMG, PCR ou VHS, creatinina, PU, urocultura e rx de tórax.
  - Solicite também TGO, TGP, BT e F. Se alterado, solicite anti-HAV IgM, exclua hepatites C ↪ 129 e B ↪ 128.
  - Interprete e discuta /encaminhe.

<sup>1</sup>Considere hantavirose se teve contato ou esteve em área de roedores silvestres (áreas rurais, locais abandonados, depósitos, camping) há < 60 dias: notifique e discuta. <sup>2</sup>Considere febre amarela se está ou esteve em área de transmissão há  $\leq 2$  semanas e sem registro de vacina contra febre amarela: notifique e discuta. Considere leptospirose se exposição à áreas alagadas, lama ou esgoto, após chuvas ou enchentes: notifique e discuta. <sup>3</sup>Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. <sup>4</sup>Contato com áreas alagadas, lama ou esgoto, após chuvas ou enchentes. <sup>5</sup>Contato ou esteve em área de roedores silvestres (áreas rurais, locais abandonados, depósitos, camping).

### Maneje paciente com febre há < de 7 dias que não necessita de atenção urgente

- Notifique de acordo com suspeita clínica/epidemiológica ↪ 36 (se mais de uma condição suspeita, notifique para cada uma delas).
- Solicite/colete exame diagnóstico, conforme orientação epidemiológica local. Monitore resultado do exame e **discuta** para interpretar.
- Verifique outros alertas epidemiológico vigentes. Considere que paciente pode ter ≥ 1 suspeita/diagnóstico, notifique e teste cada uma.
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona** (não prescreva se alergia prévia) 500-1000mg cada 6 horas se dor ou mal-estar por até 5 dias.
- Aconselhe beber líquidos/manter-se hidratado, higienizar mãos com frequência, cobrir nariz/boca se tossir/espirrar e evitar contato com outros enquanto doente.
- Trate, maneje e aconselhe paciente de acordo com suspeita/diagnóstico:

Suspeita/Diagnóstico	Tratamento
Zika vírus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se coceira, prescreva <b>loratadina</b> 10mg ao dia se necessário por até 5 dias.</li> <li>Não prescreva e oriente não usar AAS ou anti-inflamatórios (como ibuprofeno) pois aumentam risco de sangramento.</li> <li>Oriente retornar se sensação de formigamento em braços/pernas ou alterações de consciência.</li> </ul>
Chikungunya	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se dor intensa, prescreva <b>codeína</b><sup>1</sup> 30-60mg cada 4 horas se necessário até 360mg ao dia.</li> <li>Se dor articular ≥ 15 dias, <b>discuta</b>.</li> <li>Não prescreva e oriente não usar AAS ou anti-inflamatórios (como ibuprofeno) pois aumentam risco de sangramento.</li> <li>Oriente para aliviar dor articular: compressas frias cada 4 horas por 20 minutos, repouso e evitar atividades que sobrecarreguem articulações.</li> </ul>
Febre Maculosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescreva <b>doxiciclina</b> 100mg cada 12 horas por 7 dias. Se gestante, <b>discuta</b>.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se não melhorar em 7 dias, <b>discuta</b>.</li> </ul> </li> </ul>
Febre Amarela	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evite prescrever e oriente não usar &gt; 3g de paracetamol por dia.</li> <li>Não prescreva e oriente não usar AAS ou anti-inflamatórios (como ibuprofeno) pois aumentam risco de sangramento.</li> <li>Solicite ou encaminhe para realizar <b>TGO, TGP, creatinina, TAP/RNI e hemograma</b>. Avalie paciente e resultados em 24 horas, <b>discuta</b> para interpretar.</li> <li>Discuta/encaminhe no mesmo dia se sinais/sintomas do quadro vermelho ↪ 36 ou ≥ 1 dos seguintes sinais de alarme: pele/olhos amarelos, sangramento fácil/hematomas, vômitos persistentes, diminuição do volume urinário, alteração de consciência.</li> <li>Reavalie paciente e também solicite ou encaminhe para repetir exames cada 24 horas até completar 48 horas sem febre.</li> <li>Oriente retornar/procurar atendimento com urgência se sinal de alarme (como acima).</li> </ul>
Leptospirose	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescreva <b>doxiciclina</b> 100mg cada 12 horas por 7 dias.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se gestante ou doença hepática/renal conhecida, dê ao invés <b>amoxicilina</b> 500mg cada 8 horas por 7 dias.</li> <li>• Se alergia à penicilina, prescreva ao invés <b>azitromicina</b> 500mg ao dia por 3 dias.</li> </ul> </li> <li>Solicite <b>hemograma</b> e avalie resultado em 24h:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se leucócitos &lt; 4.000: <b>discuta</b> para considerar parar antibiótico e investigar outros diagnósticos.</li> <li>- Se leucócitos &gt; 4.000: mantenha antibiótico e reavalie paciente para sinais de alerta cada 2 dias até 2 semanas do início dos sintomas:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Discuta/encaminhe</b> no mesmo dia se sinais/sintomas do quadro vermelho ↪ 36 ou ≥ 1 dos seguintes: falta de ar/tosse/FR &gt; 30, tosse com sangue, sangramento fácil/hematomas, diminuição do volume urinário, alteração de consciência, vômitos persistentes, pele/olhos amarelos, palpitações/arritmias.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Oriente retornar/procurar atendimento com urgência se sinal de alarme (como acima).</li> </ul>
Sarampo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oriente isolamento até completar quatro dias após início do rash.</li> <li>Discuta com vigilância local para identificar contatos<sup>2</sup> e verificar o status de vacinação contra sarampo ↪ 25:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se contato com vacinação incompleta ↪ 25/não vacinado (se profissional de saúde, considere vacinação completa se 2 doses), vacine<sup>3</sup> em até 72 horas.</li> <li>- Monitore os contatos por 30 dias para o aparecimento de rash/sintomas.</li> </ul> </li> </ul>
Oropouche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não prescreva e oriente não usar AAS ou anti-inflamatórios (como ibuprofeno) pois aumentam risco de sangramento.</li> <li>- Por semelhanças com outras arboviroses, maneje como caso suspeito de dengue → 38.</li> </ul>

**Se febre persiste apesar do tratamento, reavalie diagnóstico ↪ 36 e discuta.**

<sup>1</sup>Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo. <sup>2</sup>Todas as pessoas que tiveram contato próximo nos 21 dias antes e até 4 dias após o início do rash. <sup>3</sup>Se disfunção imune - HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer, **discuta** para indicar vacinação.

# Dengue: avaliação e manejo

Considere dengue se está/esteve em área de dengue há < 14 dias e febre há ≤ 7 dias e ≥ 2: dor de cabeça/retro-orbital, dor muscular/articular, rash, petéquias, náuseas/vômitos: notifique.

- PAS < 90 ou hipotensão postural<sup>1</sup>
- FC ≥ 100
- Tempo enchimento capilar ≥ 3 segundos
- Desmaio

#### Maneje e encaminhe com urgência (considere paciente como grupo C ou D):

- Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 10ml/Kg na 1ª hora, independente da PA. Se PAS < 90, FR ≥ 30, SaO<sub>2</sub> < 90%, falta de ar ou tempo enchimento capilar ≥ 3 segundos aplique 20 ml/kg EV em 20 minutos. Repita até PAS > 90. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitações pulmonares.
- Se FR ≥ 30 ou SaO<sub>2</sub> < 90% ou falta de ar, aplique **oxigênio** 1-6L/min via cânula nasal para SaO<sub>2</sub> 90-96% (se DPOC, 88-92%; se gestante, 92-95%).
- Se 6L/min e fora do alvo/sem melhora, use máscara com reservatório e aumente até 15L/min.

#### Atenda com urgência paciente suspeito ou confirmado de dengue e um ou mais dos seguintes:

- FR ≥ 30 ou SaO<sub>2</sub> < 90% ou falta de ar
- Vômitos persistentes
- Sonolência/confusão mental
- Agitação/irritabilidade
- Letargia ou irritabilidade
- Aumento fígado > 2cm do rebordo costal direito
- Distensão/líquido abdome
- Dor abdominal intensa e contínua (referida ou na palpação)
- Facilidade sangramento (gengiva, nariz, vagina)
- Sangue em urina/fezes/vômitos

#### Avalie paciente suspeito ou confirmado de dengue que não necessita de atenção urgente

Avalie	Quando avaliar	Observações
Dor articular	Toda consulta	Se está/esteve em área de <b>chikungunya</b> há ≤ 14 dias e dor articular súbita/intensa não explicada por outras condições, notifique e maneje ↪ 37.
Fator de risco para agravamento	1ª consulta	Fator de risco para agravamento: gestante, > 65 anos, DM, HAS, DCV grave, DPOC/asma, úlcera péptica, doença renal, hepática, autoimune, hematológica, IMC ≥ 30, vulnerabilidade social. Se presente, considere paciente <b>grupo B</b> , trate como abaixo e encaminhe no mesmo dia para hemograma em até 4h.
Rash com coceira	1ª consulta	Se está/esteve em área de zika vírus nos últimos 14 dias, também notifique e maneje como <b>zika vírus</b> ↪ 37.
Petéquias	Toda consulta	Se petéquias, considere paciente <b>grupo B</b> , trate como abaixo e encaminhe no mesmo dia para hemograma em até 4h.
Prova do laço	1ª consulta e, então, se necessário	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sem fatores de risco para agravamento e sem petéquias, faça prova do laço: se negativa, repita no 5º dia de febre ou 1º dia sem febre. Se positiva:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Considere paciente <b>grupo B</b>, trate como abaixo e encaminhe no mesmo dia para hemograma em até 4h. Uma vez positiva, não repita prova do laço.</li> </ul> </li> </ul>
Hemograma	Se fator de risco ou prova do laço positiva/petéquias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhe no mesmo dia para hemograma com resultado em até 4h e após repita hemograma e revise resultado cada 24h até 48h sem febre:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se hematócrito &gt; 50% homem ou &gt; 44% mulher ou aumento &gt; 20% em relação ao anterior ou plaquetas ≤ 50.000, encaminhe no mesmo dia. Se dúvidas, <b>discuta</b>.</li> <li>- Se hematócrito &lt; 50% homem ou &lt; 44% mulher e não aumentou &gt; 20% em relação ao anterior e plaquetas &gt; 50.000, maneje como abaixo.</li> </ul> </li> </ul>
Exame para dengue	1ª consulta	Se < 5 dias do início dos sintomas, solicite NS1. Se ≥ 6 dias, solicite sorologia IgM para dengue. Se negativo, <b>discuta</b> e considere outros exames/diagnóstico ↪ 36.

#### Aconselhe paciente suspeito ou confirmado de dengue

- Entregue 'cartão de acompanhamento de dengue' e oriente que seja preenchido em cada consulta. Oriente paciente procurar atendimento com urgência se sintoma do quadro vermelho.
- Aconselhe paciente evitar mosquitos e prevenir disseminação da dengue para outras pessoas: cobrir braços e pernas, usar repelente e mosquiteiros, eliminar focos de mosquitos.

#### Trate paciente suspeito ou confirmado de dengue

- Prescreva hidratação oral: oriente ingerir 60mL/kg/dia, sendo 1/3 como **solução de reidratação oral** e 2/3 como outros líquidos<sup>2</sup>.
  - Se fator de risco para agravamento, prova do laço positiva ou petéquias, dê imediatamente **soro de reidratação oral** 20mL/Kg em 4-6h. Se incapaz de beber, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV.
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**<sup>3</sup> 500-1000mg cada 6 horas se dor ou mal-estar por até 5 dias. Não prescreva AAS ou AINEs. Se usa AAS, clopidogrel ou varfarina, **discuta**.
- Se náusea/vômitos, prescreva **metoclopramida** 10mg ou **dimenidrinato** 50-100mg cada 8 horas se necessário por até 5 dias. Se coceira, dê **loratadina** 10mg ao dia se necessário por até 5 dias.

**Reavalie no 5º dia de febre ou 1º dia sem febre ou, se fator de risco para agravamento, petéquias ou prova do laço positiva reavalie cada 24h até 48h sem febre.**

<sup>1</sup>Meça PA deitado e repita após ficar em pé por 3 minutos: se PA sistólica cair ≥ 20 (ou ≥ 30 se hipertensão conhecida) ou PA diastólica cair ≥ 10, paciente tem hipotensão postural. <sup>2</sup>Água, sucos de fruta, água de coco. <sup>3</sup>Não prescreva se alergia prévia.

# Nódulo(s)/edema no pescoço, axila ou virilha

**Encaminhe com urgência se nódulo/edema em virilha que aumenta ao ficar em pé/tossir/evacuar e qualquer um dos seguintes:** dor intensa, vômitos, incapaz de evacuar/soltar gases nas últimas 24h ou que não pode ser reduzido: provável **hérnia inguinal encarcerada/estrangulada**.

## Abordagem de paciente com nódulo(s) no pescoço, axila ou virilha que não necessita de atenção urgente

- Se nódulos na pele → 92.
- Se nódulos abaixo da pele, primeiro exclua nódulo da tireoide, hérnia e aneurisma:
  - Nódulo no pescoço que se move quando o paciente engole, provável **nódulo de tireoide**: solicite TSH e **USG de tireoide, interprete e discuta**, se necessário.
  - Nódulo na virilha que aumenta com paciente em pé ou ao tossir, provável **hérnia inguinal**: solicite **USG, interprete e discuta**.
  - 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 dúvidas, **discuta**.

Linfadenopatia é localizada (pescoço ou axila ou virilha) ou generalizada ( $\geq 2$  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 → 76.

Não: examine abdome inferior, pernas, pés, genitais e região anal.

Virilha: o nódulo na virilha é quente e dolorido?

Sim

A causa foi encontrada?

Não

- Teste para HIV (faça teste rápido) → 122. Se HIV positivo, ofereça cuidados de rotina → 123.
- Teste para sífilis: se não tem história de sífilis, faça teste rápido. Se não, solicite VDRL/RPR. Interprete → 70.
- Se tosse  $\geq 2$  semanas, perda de peso, sudorese noturna ou febre  $\geq 2$  semanas, exclua TB → 116.
- Solicite **HMG, interprete e discuta**, se necessário.
- Revise** medicamentos: anti-hipertensivos (atenolol, captopril, hidralazina), antibióticos (SMZ/TMP, penicilinas), anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina), allopurinol 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 com prioridade.**

Linfadenopatia localizada e paciente bem

- Tranquilize paciente e oriente retornar se sintomas.
- Se linfonodo persiste  $> 4$  semanas, **discuta** para investigações adicionais.

Trate paciente e parcerias para **linfogranuloma venéreo**

- Primeiro avalie e aconselhe paciente → 66.
- Prescreva **doxiciclina** 100mg cada 12 horas via oral por 21 dias. Se gestante ou amamentando, dê ao invés **azitromicina** 1.000mg semanal por 21 dias.
- Se linfonodo flutuante, aspire o pus pela pele íntegra de maneira estéril e repita se necessário.
- Se dor, prescreva **paracetamol** ou **dipirona**<sup>1</sup> 500-1000mg ou **ibuprofeno**<sup>2</sup> 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- Trate parcerias → 66.
- Reavalie após 14 dias. Se não melhorar, **discuta**.

<sup>1</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>2</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM,  $\geq 65$  anos, dispesia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

# Fraqueza ou cansaço

## Atenda com urgência 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** →148
- Dor no peito →51
- Frequência respiratória ≥ 30 ou falta de ar ou  $\text{SaO}_2 < 90\%$  →52
- Glicemia < 55 (ou < 70 se diabetes)
- Glicemia > 200mg/dL

- Desidratação: sede, boca seca, turgor de pele diminuído, olhos fundos, débito urinário diminuído, sonolência/confusão, boca seca,  $\text{PAS} < 90$ ,  $\text{FC} \geq 100$
- Fraqueza progressiva em perna(s).
- Se falta de ar pior ao deitar e com edema em pernas, provável **insuficiência cardíaca** →146

### Maneje:

- Se desidratação, dê **solução de reidratação oral**. Se incapaz de beber ou  $\text{PAS} < 90$ , aplique **cloreto de sódio 0,9% 500mL EV rápido**, repita até  $\text{PAS} > 90$ . Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.
- Se sem melhora após reidratação EV ou após 2 horas de reidratação oral, encaminhe no mesmo dia.
- Se glicemia < 55 ou > 200 ↳ 29 ou se diabetes e glicemia < 70 ↳ 140.
- Se fraqueza progressiva em perna(s), considere solicitar **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.
- Verifique sintomas, condições crônicas, saúde mental e medicamentos. Em seguida, examine paciente para confirmar se ele tem fraqueza muscular ou não:

### Verifique sintomas

- Se febre atual ou nos últimos 3 dias ↳ 36.
- Se perda de peso ↳ 35.
- Se tosse, perda de peso, sudorese noturna ou febre, exclua TB ↳ 116.
- Se dificuldade de dormir ↳ 107.

### Verifique condições crônicas

- Avalie necessidade de rastrear HIV ↳ 122. Se HIV, ofereça cuidados de rotina ↳ 123.
- Exclua gestação. Se gestante, tranquilize que cansaço é comum especialmente no 1º e 3º trimestres. Ofereça cuidados de rotina ↳ 169.
- Avalie necessidade de rastrear diabetes ↳ 138.
- Avalie necessidade de rastrear anemia ↳ 41.
- 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 fraqueza ou cansaço persistente após COVID-19 aguda com < 3 meses de duração ↳ 59.
- Se paciente tem uma doença incurável, ofereça também cuidados paliativos ↳ 176.

### Verifique saúde mental

- Se tristeza, estresse ou ansiedade ↳ 105.
- No último ano:  
1) bebeu ≥ 4 doses<sup>1</sup>/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↳ 152.

### Verifique medicamentos

- Verifique medicamentos em uso, incluindo TARV (AZT, ABC), para HAS, epilepsia, gota, malária, depressão, anti-histamínicos, corticoides e metoclopramida. **Discuta** para considerar efeitos adversos.
- Se usa simvastatina/estatina e início de fraqueza/dor muscular/câimbras, solicite **CK total** e **discuta** para interpretar.

Tem fraqueza muscular ao exame<sup>2</sup>?

Não: quanto tempo paciente está com cansaço:

Sim

<1 mês: considere **fadiga aguda**

- Se outros sintomas, maneje como acima. Tranquilize que cansaço deve melhorar com tratamento.
- Oriente retornar se não melhorar em 1 mês.

≥ 1 mês

- Solicite **HMG, sódio, cálcio, creatinina, PU, TGP e discuta**.
- Se causa provável encontrada, tranquilize que cansaço deve melhorar com tratamento. Se cansaço persistir mesmo com tratamento, **discuta**.
- Se nenhuma causa encontrada, reavalie em 1 mês. Se cansaço/fadiga persistir e causa ainda não encontrada, **discuta**.

- Pergunte sobre traumas prévios.
- Solicite **Solicite CK total, potássio, sódio, cálcio, fosfato, TSH e discuta**.

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>Se dúvidas de como examinar para fraqueza muscular, **discuta**.

# Palidez e anemia

- Considere palidez se conjuntiva ocular ou palmas das mãos pálidas. Compare palmas das mãos do paciente com as suas. Se palidez, solicite **hemograma** para avaliar hemoglobina (Hb).
- **Anemia** é provável se:
  - Mulher não grávida com Hb < 12g/dL.
  - Mulher grávida com Hb < 11g/dL → 169 ou mulher no pós-parto/puerpério com Hb < 11g/dL → 174.
  - Homem com Hb < 13g/dL.

- Hb < 7g/dL
- FC ≥ 100
- FR ≥ 30 ou SaO<sub>2</sub> < 90%<sup>1</sup>

## Atenda com urgência paciente com palidez/anemia e um ou mais dos seguintes:

- PAS < 90
- Tontura/desmaio
- Dor no peito ou palpitações
- Edema nas pernas
- Icterícia
- Fezes pretas ou com sangue

- Hematomas generalizados/espontâneos
- Erupção de pele roxa/vermelha que não desaparece ao pressionar

### Maneje e encaminhe com urgência:

- Se FR ≥ 30 ou SaO<sub>2</sub> < 90%, aplique **oxigênio** 1-6L/min via cânula para manter SaO<sub>2</sub> entre 90-96% (se DPOC, 88-92%; se gestante, 92-95%).
- Se 6L/min e fora do alvo/sem melhora da falta de ar, use máscara com reservatório e aumente até 15L/min
- Se PAS < 90, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV em 30 minutos, repita até PAS > 90 ou até 3L. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitações pulmonares.

## Abordagem do paciente com palidez/anemia que não necessita de atenção urgente:

- Se febre atual ou nos últimos 3 dias e esteve em área de **malária**<sup>2</sup> no último mês, notifique e **discuta**.
- Exclua gravidez. Se gravidez → 167.
- Se não está gestando, **avalie** hemograma e maneje de acordo com o resultado do volume celular médio (VCM)<sup>1</sup>:

VCM baixo (geralmente < 80)

VCM normal

VCM alto (geralmente > 100)

Considere **deficiência de ferro**: paciente menstrua?

Não

Sim

- Verifique uso de AINE (como ibuprofeno) /anticoagulante e sangramentos ativos/ocultos (vômito, fezes, urina) e **discuta** para solicitar **sangue oculto em fezes, colonoscopia, PU e/ou EDA**.
- Solicite **ferro sérico, ferritina, capacidade total de fixação do ferro, transferrina, saturação de transferrina**. **Discuta** para interpretar.

- Pergunte sobre sangramento vaginal anormal: se anormal ↗ 75.
- Dê **sulfato ferroso** 40-60mg de ferro elementar ao dia.
  - Repita **HMG** em 4 semanas: se Hb diminuir ou não subir, **discuta** e considere investigar VCM baixo como quadro ao lado.
  - Se Hb aumentando, repita **HMG** mensalmente e continue tratamento por 3 meses após Hb atingir valor normal.
- Aconselhe:
  - Comer alimentos ricos em ferro: vísceras, carne, peixe, mariscos, ovos, vegetais de folha verde escura, leguminosas, açúcar mascavo, sementes. Alimentos ricos em vitamina C ajudam na absorção de ferro: frutas vermelhas, roxas, amarelo-alaranjadas, kiwi, abacate, tomate, pimentão, couve manteiga.
  - Evite bebidas com cafeína (chás, cafés) com as refeições, pois interferem na absorção do ferro. Evite tomar comprimidos de ferro com leite ou comprimidos de cálcio.
  - Avise que fezes podem ficar pretas com tratamento e que isso é normal.

Provável **doença sistêmica ou crônica**

- Exclua HIV ↗ 122 e TB ↗ 116.
- Solicite **reticulócitos** e **discuta** para considerar outras investigações (como função hepática e renal).
- Se tem uma doença incurável, ofereça cuidado paliativo ↗ 176.

Diagnóstico anemia **macrocítica**

- Revise medicamentos: se usa zidovudina ou anticonvulsivantes, **discuta**.
- Investigue uso de álcool<sup>3</sup>.
- Solicite **vitamina B12** e **folato**, **discuta** para interpretar.

<sup>1</sup>O volume celular médio (VCM) ajuda identificar causa da anemia. Verifique se VCM é baixo, normal ou alto em comparação com intervalo de referência. <sup>2</sup>Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. <sup>3</sup>Se > 14 doses/semana ou > 4 doses/dia. Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

# Desmaio/queda

- Glicemia < 55mg/dL ou > 200mg/dL ↪ 29.
- Se rash/coceira generalizada, edema de face/língua, sibilos, falta de ar, dor abdominal/vômito persistente ou exposição a possível alérgeno<sup>1</sup>, considere **anafilaxia** ↪ 32.
- 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** ↪ 148
- Rebaixamento do nível de consciência ↪ 28
- Convulsão ↪ 31

## Maneje e encaminhe com urgência:

- Se PAS < 90, aplique **cloreto de sódio 0,9% 500mL EV rápido**, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.

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

- Dor no peito → 51
- Falta de ar → 52
- Ferimento recente
- PAS < 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/traso menstrual com dor abdominal e sangramento vaginal
- Dor lombar ou abdominal intensa

## Abordagem do paciente que desmaiou e não necessita de atenção urgente

- Solicite **ECG**, interprete resultados e **discuta**/encaminhe.
- Exclua anemia: se palidez, fraqueza/cansaço ou dificuldade para respirar/cansaço com exercício, solicite **HMG**. Se Hb < 12 (mulher) ou Hb < 13 (homem) ↪ 41.
- Rastreie para uso de álcool/drogas: no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses<sup>2</sup>/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.
- Verifique PA: se ≥ 140/90 ↪ 143. Verifique hipotensão postural: meça PA deitado e repita após ficar em pé por 3 minutos. PAS cai ≥ 20 (ou ≥ 30 se HAS) ou PAD cai ≥ 10?

Sim: provável **hipotensão postural**

- Comum no idoso.
- Revise** medicamentos: amitriptilina, anlodipino, propranolol, enalapril, furosemida, nitratos, hidroclorotiazida podem causar desmaio.
- Se sede e FC em pé ≥ 100, provável desidratação. Prescreva **solução de reidratação oral**. Se diarreia ↪ 63, se vômito ↪ 62, se febre ↪ 36.
- Oriente sentar-se antes de levantar quando deitado.
- Discuta**/encaminhe se: DM; tremor, rigidez, lentidão no movimento (considere **parkinsonismo**); constipação ou problemas de ereção; dor/dormência pés (considere **neuropatia periférica**); diferença entre FC em pé e sentada ≥ 30 (considere **taquicardia paroxística ortostática**).

Não: paciente estava respirando muito rápido ou profundamente imediatamente antes ou durante o colapso?

Não

Sim

Antes do desmaio, paciente sentiu rubor, tontura, náusea, sudorese, fraqueza ou alteração visual?

Sim

Não

Provável **desmaio comum**

- Oriente evitar calor intenso, desidratação e ficar muito tempo em pé e situações que levaram a desmaios antes.
- Oriente deitar com as pernas elevadas assim que os sintomas iniciarem.

- Se desmaio é associado a tosse, deglutição, rotação da cabeça, **discuta** para considerar investigações adicionais.
- Se diabetes conhecida ↪ 140.

- Se *nenhum dos acima*, avalie: sintomas da visão ↪ 45, sintomas articulares ↪ 80, sintomas nos pés ↪ 84, sintomas nas pernas ↪ 83, demência ↪ 160. Se quedas recorrentes/causa incerta, **discuta**/encaminhe.
- Se > 65 anos com problemas cardíacos, quedas frequentes ou desmaio/queda de causa incerta: envolva equipe multiprofissional de apoio, programe visita domiciliar para intervenções de segurança doméstica (corrimãos nas escadas/banheiros, melhora da iluminação, uso de revestimentos/tapetes de banho antiderrapantes) e **discuta**/encaminhe.

<sup>1</sup>Alérgeno pode ser: picada de inseto, ingestão de um medicamento ou uma comida nova nas últimas horas. <sup>2</sup>Uma 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 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** →148
- Início súbito de tontura intensa com náusea/vômitos, movimento ocular ou marcha anormal.
- Glicemia < 55 →29 (< 70 se diabético) →140
- PAS < 90
- FC < 50 ou irregular
- Dor no peito →51
- Falta de ar pior ao deitar e edema em pernas, provável **insuficiência cardíaca** →146
- Impossibilidade de ficar em pé sem apoio
- Trauma recente na cabeça

### Maneje e encaminhe com urgência:

- Se PAS < 90, aplique (se não tiver feito) **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.

## Abordagem do paciente com tontura que não necessita de atenção urgente

- Pergunte sobre sintomas do ouvido (como zumbido ou perda auditiva). Se presentes →47.
- Pergunte sobre episódios de desmaio. Se presentes, solicite **ECG**, **interprete** e **discuta**/encaminhe.
- Rastreie para uso de álcool/drogas: no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses<sup>1</sup>/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um →152.
- **Revise** medicamentos: antidepressivos, antihipertensivos e antiepilepticos, furosemida e efavirenz podem causar tonturas.
- Exclua anemia: se palidez, fraqueza/cansaço ou dificuldade para respirar/cansaço com exercício, solicite **HMG**. Se < 12g/dL (mulher) e < 13g/dL (homem), provável **anemia** →41.
- Verifique PA: se > 140/90 →143. Verifique hipotensão postural: meça PA deitado e repita após ficar em pé por 3 minutos. PAS cai ≥ 20 (ou ≥ 30 se HAS) ou PAD cai ≥ 10?

Sim: provável **hipotensão postural**

- Comum no idoso.
- Se sede e FC em pé ≥ 100, provável **desidratação**. Prescreva **solução de reidratação oral**. Se diarreia →63, vômito →62, febre →36.
- Oriente paciente a sentar-se antes de levantar quando deitado.
- **Discuta**/encaminhe se: DM; tremor, rigidez, lentidão no movimento (considere **parkinsonismo**); constipação ou problemas de ereção; dor/dormência pés (considere **neuropatia periférica**); diferença entre FC em pé e sentada ≥ 30 (considere **taquicardia paroxística ortostática**).

Não: peça para o paciente respirar rapidamente por 2 minutos. Os sintomas são reproduzidos?

Sim: provável **hiperventilação**<sup>2</sup>

- Assegure e encare paciente a respirar em uma frequência normal.
- Verifique e maneje o estresse →105. Se recorrente, **discuta**/encaminhe para psicólogo.

Não: pergunte sobre sintomas associados e duração da tontura. Tem perda auditiva ou zumbido?

Não

Tontura súbita (giratória/sensação de rotação própria ou ao seu redor) durando segundos e precipitada por movimentos da cabeça

Tontura súbita (giratória/sensação de rotação própria ou ao seu redor) durando horas/dias com náuseas/vômitos. Pode ser precedida de sintomas gripais.

Provável **vertigem posicional**

- Tranquilize paciente informando que a tontura é autolimitada e geralmente resolve dentro de 6 meses.
- Se sem problemas de cabeça/pescoço, faça a **manobra de reposicionamento de partículas (Epley)**.
- Se desenvolver perda auditiva ou zumbido, solicite **audiometria** e **discuta**.
- Se dor de cabeça ou sintomas visuais, **discuta**/encaminhe.

Provável **neurite vestibular**

- Se náusea/vômito, prescreva **metoclopramida** 10mg ou **dimenidrinato** 50-100mg cada 8 horas até 5 dias.
- **Discuta** sobre começar corticoides.
- Se desenvolver perda auditiva ou zumbido, solicite **audiometria** e **discuta**.
- Se não melhorar em 2 semanas, **discuta**/encaminhe.

Sim

Solicite **audiometria**, **interprete** e **discuta**/encaminhe.

Se nenhuma das acima/sem diagnóstico definido ou inseguro do diagnóstico ou tontura persistir: **discuta**/encaminhe.

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>Geralmente associada a estresse. Pode ter sensação de tontura, aperto no peito, formigamento nas mãos/pés e alterações visuais.

# Dor de cabeça

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

- Início súbito/intenso ou que acorda paciente
- Novo padrão, pior pela manhã ou com esforço
- Após uma primeira convulsão
- Persistente/progressiva em PVHIV que iniciou TARV recentemente
- Rigidez de nuca/meningismo ou rash purpúrico: provável **meningite**

- Trauma craniano recente
- PA  $\geq 180/110$  em não gestante → 143
- Gestante ou 1 semana após o parto e PA  $\geq 140/90$  → 167
- Rebaixamento do nível de consciência → 28
- Novos problemas de visão ou dor nos olhos → 45

- Fraqueza ou dormência na face, braços ou pernas ou alteração da fala ou tontura súbita → 148
- Vômitos persistentes
- Diferença de tamanho entre as pupilas

### Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável **meningite**, aplique **ceftriaxona** 2g IM (evite injetar > 1g IM no mesmo local de aplicação).

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

- Se > 50 anos, dor em couro cabeludo/têmperas, problemas visuais, cansaço/dor muscular, considere **arterite temporal**: dê **predinisona** 60mg e **discuta**/encaminhe no mesmo dia.
- Dor temporal/periorbital unilateral e  $\geq 1$ : olho vermelho/lacrimejando, pupila diminuída, pálebra caída, nariz entupido/coriza, suor em face, considere **cefaleia em salvas**: dê **oxigênio** 12-15 L/min via máscara com reservatório por 5-15 min e **discuta**/encaminhe.
- Paciente tem febre, dor no corpo ou resfriado comum recente?

Sim: tem coriza/gotejamento pós nasal, dor ao pressionar testa/bochecha, dor de cabeça que piora ao inclinar para frente?

### Sim: provável **sinusite**

- Dê **paracetamol** ou **dipirona** 500-1000mg ou **ibuprofeno**<sup>1</sup> 300-600mg cada 6 horas, se dor, por até 5 dias.
- Prescreva **solução fisiológica nasal**<sup>2</sup> cada 1-3 horas
- Se obstrução e coceira nasal ou > 10 dias sintomas, dê **budesonida** 64mcg ou **beclometasona** 50mcg 2 jatos/dia cada narina por 14 dias para resolver.
- Sintomas podem durar 14-21 dias.
- Se secreção purulenta com febre e dor intensa ou se piorar após uma melhora inicial ou se sintomas > 10 dias: dê **amoxicilina** 500mg cada 8 horas por 5 dias. Se usou antibiótico no último mês ou tem fator de risco para complicação<sup>3</sup> ou não melhorar após 3-5 dias de uso de antibiótico dê **amoxicilina/clavulanato** (500/125mg) *mais* **amoxicilina** 500mg cada 8 horas por 5 dias.
- Se alergia, dê **doxiciclina**<sup>4</sup> 200mg ao dia por 7 dias.
- Se sinusite recorrente ( $\geq 4$ /ano), teste para HIV ↗ 122.
- Se rigidez de nuca, infecção dentária, inchaço em região sinusal ou periorbital: **discuta**/encaminhe no mesmo dia.

### Não

- Se tem febre → 36. Se não tem febre, provável **infecção viral aguda**:
  - Considere **COVID-19** ↗ 54 e dê **paracetamol ou dipirona** 500-1000mg cada 6 horas, se dor, até 5 dias. Explique que antibióticos não são necessários. Oriente repouso e hidratação.
  - Oriente retornar se piora, sintomas > 7 dias ou febre: se febre → 36, se tosse/falta de ar → 52, se dor no ouvido → 47, se dor ao pressionar testa ou bochecha, provável **sinusite** (veja ao lado).

Não: dor incapacitante e recorrente com náusea ou sensível a luz/barulho, e que resolve em até 72h?

### Sim: provável **enxaqueca**

- Dê imediatamente e cada 6 horas se dor: **ibuprofeno**<sup>2</sup> 300-600mg ou **paracetamol** ou **dipirona** 500-1000mg. Se não melhora ou dor intensa, aplique **dipirona** 500-1000mg EV e **metoclopramida** 10mg VO ou EV.
- Se náuseas, dê **metoclopramida** 10mg cada 8 horas por até 5 dias.
- Aconselhe reconhecer e tratar crise no início, descansar num quarto escuro/silencioso. Fazer diário da dor, identificar desencadeantes (falta de sono, fome, estresse, alimentos, bebidas). Evite contraceção com estrogênio ↗ 165.
- Se  $\geq 3$  crises/mês ou prejuízo da qualidade de vida: dê **propranolol**<sup>5</sup> 40mg cada 12 horas (aumente até 240mg/dia, se necessário) ou **amitriptilina** 25-75mg à noite e/ou ofereça acupuntura.

Não: avalie PA (se  $\geq 140/90$  → 143) e tipo e local da dor:

Aperto em volta da cabeça ou dor em pressão generalizada

Dor constante, músculos cervicais doloridos

Provável **dor cervical muscular** → 82.

### Provável **cefaleia tensiona**

- Dê **paracetamol** ou **dipirona** 500-1000mg ou **ibuprofeno**<sup>2</sup> 300-600mg cada 6 horas, se dor, até 7 dias.
- Aconselhe exercícios regulares e aborde o estresse ↗ 105.
- Se  $\geq 15$  dias/mês, considere **amitriptilina** 25-75mg à noite por 3-6 meses (após: avalie parar/reduzir dose) e/ou ofereça acupuntura.

Oriente usar analgésico apenas se necessário. Se usa analgésicos > 2 dias/semana por  $\geq 3$  meses: considere **cefaleia por abuso de analgésicos**, e oriente diminuir uso e que dor de cabeça tende a melhorar em 2 meses

Se diagnóstico incerto, piora gradual/não melhora ou dor nova/diferente em > 50 anos, solicite **RNM de crânio** e **discuta/encaminhe**.

<sup>1</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. <sup>2</sup>Aplique 20-100mL com seringa de uma narina a outra, com boca aberta. Se necessário, ofereça soro caseiro: 1 colher de chá de sal e 1 de bicarbonato de sódio para 2 copos (470mL) de água fervida (esfriar até ficar morna). <sup>3</sup>Idade > 65anos, alcoolismo, HIV ou diabetes mal controlado, doença renal, hepática, autoimune, câncer, hospitalização últimos 5 dias. <sup>4</sup>Se gestante, não prescreva doxiciclina e **discuta** opções. <sup>5</sup>Não prescreva se asma, IC descompensada, FC < 60 ou DPOC.

# Sintomas do olho/visão

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

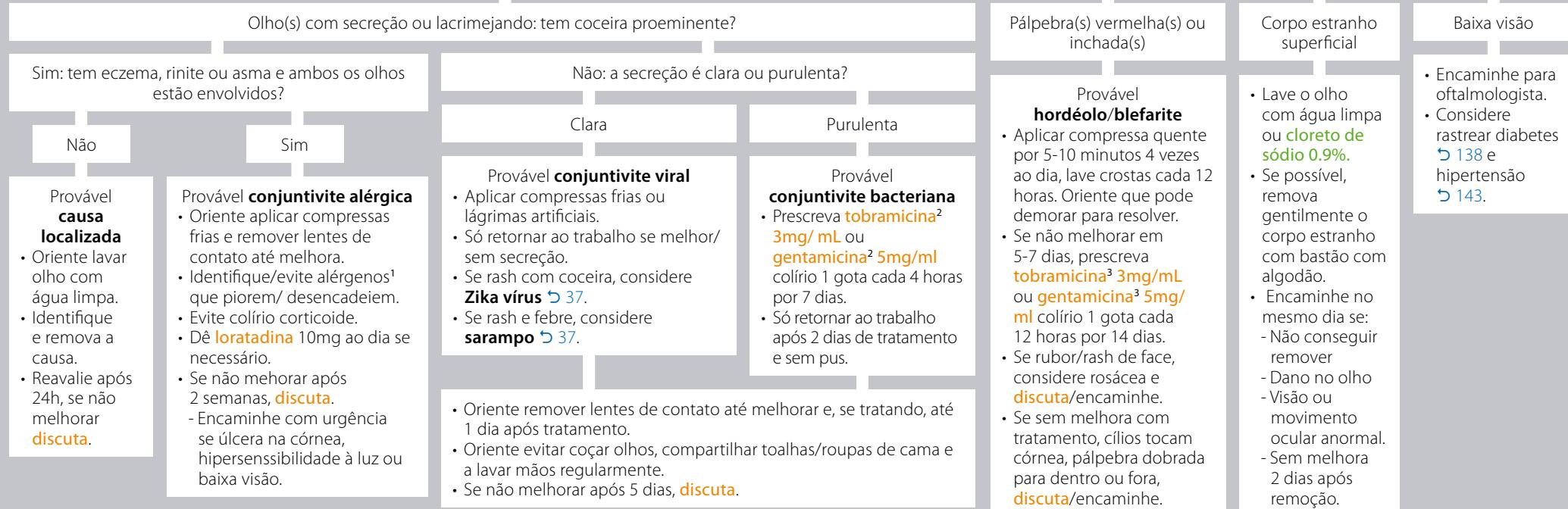
- Início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou **AIT** →148
- PA ≥ 180/110 em não gestante →143
- PA ≥ 140/90 em gestante ou 1 semana após o parto: maneje como **pré-eclâmpsia grave** →167
- Olhos amarelos: provável **icterícia** →97
- 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 com dor/dificuldade ao mexer olho ou alteração visual: provável **celulite orbital**
- Trauma penetrante
- Lacerção palpebral
- Corpo estranho penetrante ou metálico
- Queimadura química
- Opacificação da córnea ou pus/sangue na iris
- 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, provável **glaucoma agudo**:
  - Se disponível, pingue 1 gota de **timolol 0,5%** colírio no olho afetado.
- Se **celulite orbital**, aplique **ceftriaxona** 2g IM (evite injetar > 1g IM no mesmo local de aplicação).
- 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



<sup>1</sup>Como pólen, animais de estimação, ácaros, baratas e mofo. <sup>2</sup>Se disponível, prefira **ciprofloxacino 0,3%** colírio 1 gota cada 4 horas por 7 dias. <sup>3</sup>Se disponível, prefira **ciprofloxacino 0,3%** colírio 1 gota cada 12 horas por 14 dias.

# Sintomas da face

## Atenda com urgência 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** →148.
- Se início súbito de edema de face/língua e mais 1: falta de ar, PAS < 90, tontura/desmaio, dor abdominal/vômito persistente com exposição a possível alérgeno<sup>1</sup>, considere **anafilaxia** ↳ 32.
- Edema doloroso e avermelhado em face: provável **celulite facial**.

### Maneje:

- Se provável **celulite facial**:
  - Encaminhe com urgência se temperatura ≥ 38°C ou se dor/dificuldade ao mexer o olho ou alteração visual, provável **celulite orbital**, (aplique **ceftriaxona** 2g IM (evite injetar > 1g IM no mesmo local de aplicação)
  - Se *nenhum dos acima*: prescreva **amoxicilina/clavulanato** (500mg/125mg) cada 8 horas por 7 dias. Se alergia à penicilina, dê ao invés **cefalexina** 500mg cada 6 horas por 7 dias. Reavalie paciente em 24-48h. Se sem melhora, **discuta** e encaminhe no mesmo dia.

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

- Se problema da gengiva ou dente →50. Se rash na face →85.
- Se vermelhidão central da face, veias dilatadas, pele áspera/grossa, nariz com poros aumentados ou pápulas/pústulas, provável **rosácea**: **discuta** para tratar e oriente evitar gatilhos (álcool, comidas apimentadas, líquidos quentes, estresse, ambientes quentes), lavar com creme aquoso, hidratar e usar proteção solar diariamente.
- Se dor ao pressionar testa ou bochecha, resfriado recente, coriza/gotejamento pós nasal,dor de cabeça que piora ao inclinar para frente, provável **sinusite** →48.
- Maneje de acordo com sintoma da face:

### Dor em um dos lados da face

Recorrente, intensa, em facada/choque, breve (até 2 min), pode ser desencadeada por estímulos mínimos

#### Provável **neuralgia do trigêmeo**

- Solicite **RNM** de crânio (investigar causas secundárias) e **discuta** para indicar outros exames.
- Dê **carbamazepina** 200mg cada 12 horas, aumente até melhora da dor em 200mg/dia até 1.200mg/dia.
- Ofereça acupuntura e **discuta/encaminhe** para considerar outros tratamentos.

### História de herpes zoster no mesmo lado da dor na face

- Provável **neuralgia pós-herpética**
- Se dor leve, dê **paracetamol** ou **dipirona**<sup>2</sup> 500-1000mg ou **ibuprofeno**<sup>3</sup> 300-600mg cada 6 horas se dor por até 5 dias.
  - Se dor moderada/intensa, dê **codeína**<sup>4</sup> 30-60mg cada 4 horas se necessário até 360mg ao dia. E também dê **amitriptilina** 25mg/noite. Se necessário, aumente 25mg cada 2 semanas até 100mg/noite. Se sem melhora ou se > 65 anos e efeitos adversos, dê ao invés **nortriptilina** 25mg/noite. Se necessário, aumente 25mg cada 2 semanas até 100mg/noite. Se não melhora, **discuta**.

Fraqueza súbita e progressiva de um lado da face (sem outras alterações neurológicas/dermatológicas) e incapaz de enrugar testa, fechar olho. Pode ter alteração no paladar ou olho seco.

### Provável **paralisia de Bell**

- Dê **prednisona** em até 72h: 60mg ao dia por 7 e após reduz 10mg por dia até parar. Se não melhorar, **discuta**.
- Dê também **aciclovir** 400mg 5 vezes ao dia por 10 dias.
- Proteja o olho:
  - Usar **colírio lubrificante** cada hora.
  - Não coçar, cobrir o olho com protetor ocular de dia e fechar pálpebra (esparadrapo/gaze) à noite.
- **Discuta/encaminhe** no mesmo dia se:
  - Otite média/alteração audição
  - Trauma craniano recente
  - Dano à córnea
  - Incerteza no diagnóstico.

### Edema de face

#### Edema indolor em lábios/olhos

- Provável **angioedema**
- Se usa **IECA**<sup>5</sup>/enalapril, pare e nunca inicie novamente.
  - Prescreva **loratadina** 10mg ao dia até melhora do edema.
  - **Revise** medicamentos e alérgenos<sup>1</sup>.
  - Oriente retorno urgente se falta de ar ou piora dos sintomas.

#### Edema doloroso uni/bilateral com febre baixa, dor de cabeça/corpo.

- Provável **parotidite (caxumba)**
- Dê **paracetamol** ou **dipirona**<sup>2</sup> 500-1000mg cada 6 horas por até 5 dias.
  - Isole e oriente uso de máscara cirúrgica por 5 dias. Sintomas podem durar 2 semanas.
  - Se dor/edema escrotal e febre, provável **orquiepididímite**: oriente repouso, gelo e elevação escrotal. Prescreva **ibuprofeno**<sup>3</sup> 300-600mg cada 6 horas até 5 dias.
  - Encaminhe no mesmo dia se: dor escrotal intensa, dor abdominal, rigidez de nuca ou perda auditiva.

Edema sobretudo ao redor dos olhos com edema em pernas. Pode ter PA elevada, fadiga, coceira.

- Provável **doença renal**
- Solicite **PU** e **creatinina (TFGe)**, revise resultado em 24-48h, **interprete** e **discuta/encaminhe**.

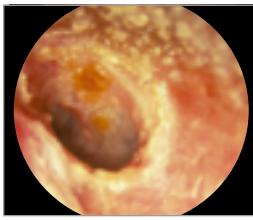
<sup>1</sup>Alérgeno pode ser: picada de inseto, ingestão de um medicamento ou uma comida nova nas últimas horas. <sup>2</sup>Evide se alergia prévia. <sup>3</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere associar **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispesia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool. <sup>4</sup>Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo. <sup>5</sup>Inibidor da enzima de conversão da angiotensina.

# 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



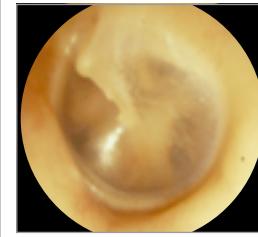
© University of Cape Town

### Provável otite externa

- Limpe canal auditivo<sup>1</sup>.
- Dê **paracetamol** ou **dipirona**<sup>2</sup> 500-1000mg cada 6 horas se dor.
- Dê **polimixina B** (com ou sem associações) 4 gotas cada 8 horas por 7 dias.
- Se disfunção imune<sup>3</sup>, dor intensa, Tax ≥ 38°C ou não melhorou: dê **ciprofloxacino** 500mg cada 12 horas por 7 dias. Não use se gestante, **discuta** alternativas. Se não responder após 3-5 dias, dor intensa/vermelhidão com edema periauricular, paralisia facial, canal ocluído ou com vesículas **discuta/encaminhe** no mesmo dia.

## Dor no ouvido

Tímpano e canal auditivo normais

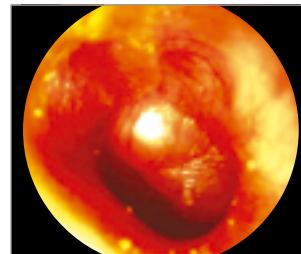


© University of Cape Town

### Provável dor referida

- Procure causa:
  - Se problema em dente ou gengiva → 50.
  - Se problema na garganta → 49.
  - Se dor na articulação temporomandibular, procure por sintomas articulares → 80.
  - Se edema doloroso em um/ambos lados da face, provável **caxumba** → 46.
  - 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**<sup>2</sup> 500-1000mg ou **ibuprofeno**<sup>4</sup> 300-600mg cada 6 horas se dor.
- Se secreção, limpe canal<sup>1</sup>.
- Prescreva **amoxicilina** 500mg cada 8 horas por 7 dias. Se alergia, dê ao invés **azitromicina** 500mg ao dia por 5 dias. Se febre, dor/perda auditiva grave ou não melhora em 48-72h: troque por **amoxicilina/clavulanato** 500/125mg cada 8 horas por 10 dias. Se alergia à penicilina, **discuta**.
- Se sem reposta após 3-5 dias ou ≥ 4 episódios/ano, **discuta** ou **encaminhe**.
- Se edema doloroso retroauricular, rigidez de nuca ou trauma recente na cabeça com secreção/sangue do ouvido, encaminhe no mesmo dia.

## Secreção do ouvido

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



© University of Cape Town

### Provável otite média crônica

- Limpe canal auditivo<sup>1</sup> 2-3 vezes ao dia. O ouvido deve estar seco para recuperação.
- 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**.
  - Perforação do tímpano
  - Perda auditiva
  - Dor de ouvido
- **Encaminhe com urgência** se:
  - Edema doloroso retroauricular
  - Rigidez de nuca
- Se baixa resposta ao tratamento, exclua TB ↴ 116 e HIV ↴ 122.

## Dificuldade auditiva ou zumbido

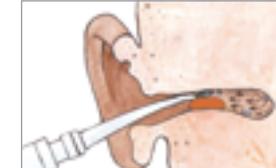
- Se coceira/dor ou secreção, veja demais colunas.
- Verifique se tem cera no ouvido:

### Tem cera

### Sem 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**.
- **Discuta** se:
  - Início súbito
  - Unilateral
  - Tontura/vertigem

## Como fazer lavagem de ouvido<sup>5</sup>



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. Insira a ponta da seringa até 8 mm no canal auditivo e injete água para cima.

<sup>1</sup>Limpeza do canal auditivo: 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 a ser removida. Nunca deixe uma mecha ou outro objeto dentro do ouvido. Após, aplique 4 gotas de **ácido acético 5%** (se não disponível, prepare solução com 2 partes de vinagre comum e 8 partes de álcool etílico). <sup>2</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>3</sup>HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. <sup>4</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere associar **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool. <sup>5</sup>Não realize lavagem de ouvido e **discuta/encaminhe** se: membrana timpânica perfurada, história de cirurgia no ouvido, otite externa.

# Sintomas do nariz

**Atenda e encaminhe com urgência paciente com sintomas do nariz e traumatismo craniano com descarga de secreção clara do nariz.**

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

- Se está/esteve em área de leishmaniose e deformidade nasal ou lesão elevada/ulcerada/indolor com base avermelhada, considere **leishmaniose tegumentar**: procure outras lesões em áreas expostas e **discuta**.
- Se nariz com poros aumentados ou pápulas/pústulas e rubor/rash de face, considere **rosácea** e **discuta**.
- Se nariz com deformidade e trauma direto recente, provável **fratura nasal**. Se outros ferimentos ↪ 30. Aplique gelo e discuta/encaminhe no mesmo dia. Se não respira pelas narinas, dor/edema periocular/em bochechas/maníbula ou edema dentro do nariz, solicite **rx** e **discuta**.
- Maneje de acordo com sintomas nasais:

Coriza/obstrução nasal, pergunte sobre sintomas associados:

Tem ≤ 2 dias de espirros, febre ou dor de garganta

### Provável infecção viral aguda

- Considere **COVID-19** ↪ 54. Se febre, calafrios ou dores no corpo, considere também **influenza**.
- Dê **paracetamol** ou **dipirona<sup>1</sup>** 500 -1000mg cada 6 horas, se dor, por até 5 dias.
- Explique que antibióticos não são necessários.
- Oriente repouso, hidratação, etiqueta da tosse, lavar mãos, máscara em ambiente fechado, distanciamento social 5-7 dias desde sintomas (evitar contato com idoso/doente crônico).
- Oriente retornar se piorar, sintomas > 7 dias: se febre persistir/retornar → 36, se tosse/falta de ar → 52, se dor no ouvido → 47, se dor ao pressionar testa ou bochecha, provável **sinusite** (veja ao lado).
- Oriente **vacina contra influenza** anualmente se gestante, ≥ 60 anos e restrito ao leito/institucionalizado, HIV positivo ou DPOC e verifique campanha anual de vacinação para outras indicações.

Dor ao pressionar testa ou bochecha, resfriado recente, gotejamento pós nasal, dor de cabeça que piora ao inclinar para frente

### Provável sinusite

- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona<sup>1</sup>** 500-1000mg ou **ibuprofeno<sup>2</sup>** 300-600mg cada 6 horas, se dor, por até 5 dias.
- Prescreva **solução fisiológica nasal<sup>3</sup>** cada 1-3 horas se necessário.
- Se obstrução e coceira nasal ou > 10 dias sintomas, dê **budesonida** 64mcg ou **beclometasona** 50mcg 2 jatos/dia cada narina por 14 dias.
- Sintomas podem durar 14-21 para resolver.
- Se secreção purulenta com febre e dor intensa ou se piorar após uma melhora inicial ou se sintomas > 10 dias: de **amoxicilina** 500mg cada 8 horas por 5 dias.
- Se usou antibiótico no último mês ou tem fator de risco para complicações<sup>4</sup>, ou não melhorar após 3-5 dias de antibiótico, dê **amoxicilina/clavulanato** (500/125mg) mais **amoxicilina** 500mg cada 8 horas por 5 dias.
- Se alergia, dê **doxiciclina** 200mg ao dia por 7 dias (se gestante, não prescreva e **discuta** opções).
- Se sinusite recorrente (> 4/ano), teste para HIV ↪ 122.
- Se rigidez de nuca, infecção dentária, inchaço em região sinusal ou periorbital: **discuta**/encaminhe no mesmo dia.

Episódios recorrentes de espirros/coceira nasal > 2 semanas. Com/sem coceira nos olhos/ouvidos/garganta

### Provável rinite alérgica

- Ajude identificar e evitar alérgenos<sup>5</sup>.
- Dê **loratadina** 10mg ao dia por até 5 dias apenas quando sintomas piorarem.
- Se ≥ 4 dias, dê **budesonida** spray nasal 64mcg ou **beclometasona** 50mcg 2 jatos cada narina ao dia até controle. Use menor dose efetiva no menor tempo. Lave narinas com solução salina antes de usar.
- Se não melhorar ou sintomas debilitantes, **discuta**.

Sangramento nasal

- Aperte narinas 10 minutos com paciente sentado e inclinado para frente.
- Verifique PA:
  - Se PAS < 90, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV rápido, repita até PAS > 90 ou até 3L. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitações pulmonares.
  - Se ≥ 140/90 ↪ 143.
- Se ainda sangrando:
  - Insira tiras de algodão saturado com **lidocaína 2%/epinefrina** dentro da narina sangrante por 15 minutos.
  - Se persistir, **discuta** ou encaminhe no mesmo dia.
- Se episódios recorrentes:
  - Oriente aplicar óleo/vaselina ou solução salina na narina e evitar cutucar o nariz, usar drogas inaladas, esportes de contato e trauma nasal
  - Se coceira nasal contínua, considere **rinite alérgica** (veja ao lado).
  - Oriente evitar medicamentos como AAS, ibuprofeno/AINE. Se usa anticoagulante, solicite **TAP**.
  - Oriente apertar as asas nasais quando houver sangramento.
  - Se não melhorar, **discuta**.

<sup>1</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>2</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere associar **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool. <sup>3</sup>Aplique 20-100mL com seringa de uma narina à outra, com a boca aberta. Se necessário, ofereça soro caseiro: 1 colher de chá de sal e 1 de bicarbonato de sódio para 2 copos (470mL) de água fervida (esfriar até ficar morna). <sup>4</sup>Idade > 65anos, alcoolismo, HIV ou diabetes mal controlado, doença renal, hepática, autoimune, câncer, hospitalização últimos 5 dias. <sup>5</sup>Como pólen, animais de estimação, ácaros da poeira doméstica, baratas e mofo.

# Sintomas da boca e garganta

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

- Incapaz de abrir a boca
  - Totalmente incapaz de engolir
  - Se início súbito de edema de face/língua e mais 1: falta de ar/sibilos, PAS < 90, tontura/desmaio, dor abdominal intensa/vômito persistente com exposição a possível alérgeno<sup>1</sup>, considere **anafilaxia** ↪ 32.
- Encaminhe no mesmo dia.**

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

- Se problemas na gengiva ou dentes → 50.
- Se 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, úlceras ou boca seca:

Garganta dolorida/avermelhada	Placas brancas removíveis em mucosa bucal, gengiva, língua, palato, pode ter rachaduras no canto da boca	Vesículas doloridas em lábios/boca	Úlcera(s) dolorosa(s) em boca/garganta	Boca seca	Cantos da boca vermelhos, fissurados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considere <b>COVID-19</b> ↪ 54.</li> <li>• Sintomas somam ≥ 3 pontos? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Febre &gt; 38°C (+1)</li> <li>- Sem tosse (+1)</li> <li>- Pus/placa em tonsilas (+1)</li> <li>- Linfonodos cervicais dolorosos (+1)</li> <li>- Idade &gt; 45 (-1)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Provável <b>candidíase oral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dê <b>nistatina 100 000UI/ml</b> 4-6mL oral cada 6 horas por 14 dias. Manter na boca máximo possível.</li> <li>• Se usa corticoide inalatório oral, oriente enxaguar boca com água após uso.</li> <li>• Teste para HIV ↪ 122 e DM ↪ 138.</li> <li>• Se tem doença incurável ↪ 176.</li> <li>• Se não melhora, <b>discuta</b>.</li> </ul> <p>Se dificuldade ou dor ao engolir, provável <b>candidíase esofágica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dê <b>fluconazol</b> 300mg ao dia por 14-21 dias.</li> <li>• Se não melhora em 3-7 dias, solicite <b>EDA</b> e <b>discuta</b>.</li> </ul>	<p>Provável <b>herpes simples</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se dor dê <b>paracetamol</b> ou <b>dipirona<sup>2</sup></b> ou <b>lidocaína gel 2%</b> cada 6 horas por até 5 dias.</li> <li>• Se ≤ 72 horas do início e 1º episódio ou recorrência moderada/grave, dê <b>aciclovir</b> 400mg cada 8 horas por 7 dias.</li> <li>• Se recorrência leve, considere não tratar ou dê <b>aciclovir</b> 5% creme, se disponível, 5x/dia por 5 dias.</li> <li>• Se &gt; 6 episódios/ano, <b>discuta</b>.</li> </ul>	<p>Provável <b>úlcera(s) aftosa(s)/ afta(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se dor, faça bocheço com <b>prednisolona</b> 3mg/mL: 1 colher de sopa por 2 min, 5x/dia por 5 dias.</li> <li>• Se &gt; 1 cm, vermelha, esbranquiçada, borda endurecida ou sem melhora em 2-3 semanas, <b>discuta</b>/encaminhe dentista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sede, aumento frequência urinária ou perda de peso, avalie <b>diabetes</b> ↪ 138.</li> <li>• Se coriza ou obstrução nasal ↪ 48.</li> <li>• Procure e trate candidíase oral se necessário.</li> <li>• <b>Revise</b> medicamentos: furosemida, amitriptilina, antipsicóticos, morfina.</li> <li>• Oriente beber líquidos frequentemente e que comer laranja, abacaxi, limão ou maracujá pode ajudar.</li> <li>• Se tem uma doença incurável ↪ 176.</li> </ul>	<p>Provável <b>queilite angular</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oriente aplicar <b>óxido de zinco</b> pomada cada 8 horas.</li> <li>• Se também tem candidíase oral, trate como na outra coluna e prescreva <b>miconazol 20mg/g</b> creme cada 12 horas por 2 semanas.</li> <li>• Se crostas/bolhas ao redor da boca, provável <b>impetigo</b> ↪ 96.</li> <li>• Se muita coceira, provável <b>dermatite de contato</b>. Identifique e remova irritante.</li> <li>• Se usa prótese dentária, <b>discuta</b>/encaminhe dentista.</li> <li>• Se usa corticoide inalatório oral, oriente enxaguar boca com água após uso.</li> <li>• Se não melhorar/causa incerta: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicite <b>HMG</b> e interprete ↪ 41.</li> <li>- Teste para HIV ↪ 122 e DM ↪ 138.</li> <li>- Se dúvidas, <b>discuta</b>.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Não: provável <b>faringite viral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explique que antibióticos não são necessários.</li> </ul>	<p>Sim: provável <b>faringinte/tonsilite bacteriana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescreva <b>amoxicilina</b> 500mg a cada 12 horas por 10 dias ou <b>penicilina benzatina</b> 1,2MUI IM dose única. Se alergia à penicilina prescreva <b>azitromicina</b> 500mg ao dia por 3 dias.</li> <li>• Se episódios graves e recorrentes<sup>2</sup> <b>discuta</b> e considere tonsilectomia.</li> </ul> <p>Prescreva <b>paracetamol</b> ou <b>dipirona<sup>2</sup></b> 500-1000mg ou <b>ibuprofeno<sup>3</sup></b> 300-600mg a cada 6 horas se necessário por até 5 dias.</p> <p>Oriente gargarejo com salmora (1/2 colher chá sal em 200ml água morna) 2 vezes ao dia.</p>				

- Se dor de garganta/boca: oriente evitar comida apimentada, quente, grudenta, seca ou ácida e comer alimentos macios e úmidos. Manter boca e dentes limpos escovando e enxaguando regularmente.
- Se úlcera indolor, teste sífilis ↪ 70. Se úlcera e contato com Mpox nos últimos 21 dias ou alta prevalência local, considere **Mpox** e **discuta**.

<sup>1</sup>Como picada de inseto, ingestão de um medicamento ou uma comida nova nas últimas horas. <sup>2</sup>Considere ≥ 7 episódios/ano, ≥ 5/ano em 2 anos seguidos, ou ≥ 3/ano em 3 anos seguidos. <sup>3</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>4</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere associar **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool

# Sintomas dos dentes/gengivas

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

- Temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  e inchaço da face/mandíbula ou próxima ao dente.
- Não consegue abrir a boca (trismo) ou comer/beber
- Dor de dente sentida sem tocar no dente/gengiva ou que desarma paciente à noite

Encaminhe no mesmo dia (se disponível, discuta com dentista)



© BMJ Best Practice

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

Pergunte sobre dor, sensibilidade ao quente/frio, sangramento gengival e caroço/inchaço na gengiva. Examine a boca: levante lábio para ver dentes e gengivas.

- 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 ter dor/sensibilidade de dente com comida/bebida quente ou fria



© BMJ Best Practice

### Provável cárie dentária

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

Gengivas vermelhas/sangrando ou inchadas



© BMJ Best Practice

### Provável gengivite/periodontite

- Aconselhe paciente cuidar de sua boca (abaixo).
- Oriente enxaguar a boca com 15mL de **clorexidine 0,12%**, se disponível, por 30 segundos duas vezes ao dia, após escovar os dentes, por 5 dias:
  - Faça apenas bochecho, não engula. Evite uso repetido, pode danificar dentes
  - Aconselhe evitar comer/beber por 30 minutos após o enxágue.
- **Revise** medicamentos: fenitoína e anlodipino podem causar crescimento exagerado das gengivas.
- Encaminhe para dentista.
- Se dor, prescreva **paracetamol** ou **dipirona<sup>1</sup>** 500-1000mg cada 6 horas por até 5 dias.
- Se início súbito ou manifestação grave/exacerbada, teste para HIV ↗ 122.

Dor de dente/gengiva ou caroço/inchaço na gengiva com pus, inchaço ao lado do dente



© BMJ Best Practice

### Provável abscesso dentário

- Encaminhe para dentista para incisão/drenagem no mesmo dia. Se não disponível ou enquanto aguarda:
  - Prescreva **paracetamol** ou **dipirona<sup>1</sup>** 500-1000mg ou **ibuprofeno<sup>2</sup>** 300-600mg a cada 6 horas por até 5 dias.
  - Prescreva **amoxicilina/clavulanato** (500/125mg) cada 8 horas por 5 dias. Se alergia à penicilina, prescreva ao invés **cefalexina** 500mg cada 6 horas mais **metronidazol<sup>3</sup>** 500mg cada 8 horas por 5 dias.
- Oriente retornar se piora, Tax  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ou não melhorar após 2 dias: encaminhe no mesmo dia/**discuta**.

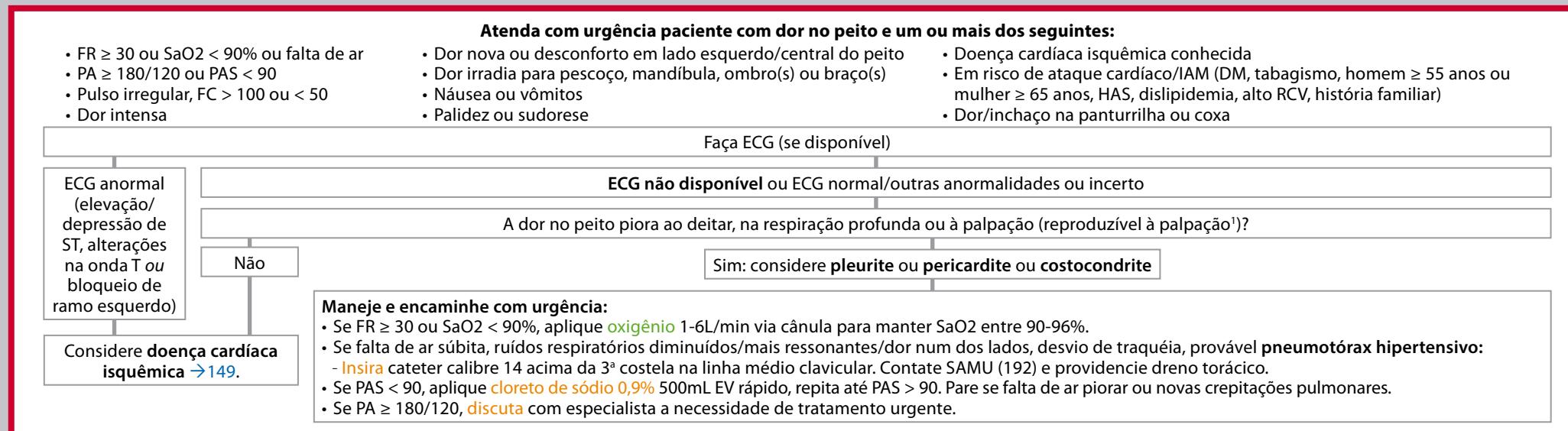
Se crescimento anormal na gengiva ou úlcera que não cicatriza, **discutir**/encaminhar com prioridade para excluir **câncer oral**.

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

- Aconselhe ter uma dieta saudável ↗ 25.
- Oriente escovar os dentes e usar o fio dental duas vezes ao dia e, se possível, fazer avaliação odontológica 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 álcool/drogas. Se uso de tabaco ↗ 153. Se uso de álcool/drogas ↗ 152.

<sup>1</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>2</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM,  $\geq 65$  anos, dispesia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool. <sup>3</sup>Evitar álcool até 48 horas após metronidazol.

# Dor no peito



## 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: considere doença cardíaca isquêmica → 149.
- Se tosse, febre ou dor na respiração profunda → 52.
- 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 da noite.
- Pare AINEs e discuta sobre parar AAS. Se fuma tabaco → 153. Se bebe álcool  $\geq$  4 doses<sup>2</sup>/sessão → 152.
- Avalie e maneje o estresse → 105. Ofereça acupuntura, se disponível.
- Se circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou 102cm (homem), incentive perda de peso e avalie RCV → 134.
- Prescreva omeprazol 20mg ao dia por pelo menos 4 semanas. Se baixa resposta, aumente 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 investigar/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, em investigação de anemia ou de sangue oculto em fezes, linfadenopatia, pai/mãe/irmão com câncer de esôfago/ estômago: solicite EDA e interprete.

Sensibilidade à palpação da junção costocostal, sem febre ou tosse

### Provável problema musculoesquelético

- Prescreva ibuprofeno<sup>3</sup> 300-600mg a cada 6 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 → 86.

Se nenhum dos acima, considere ansiedade/pânico, avalie e maneje estresse → 105. Se não melhorar ou dúvidas, discuta/encaminhe.

<sup>1</sup>Se dor no peito que não é em aperto ou opressiva, é bem localizada, reproduzível à palpação e sem outros sinais/sintomas do quadro vermelho, discuta para considerar problema musculoesquelético (maneje como no algoritmo). <sup>2</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>3</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere omeprazol 20mg em jejum se HAS, DM,  $\geq$  65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

# Tosse ou falta de ar

- Falta de ar súbita, ruídos respiratórios diminuídos/mais ressonantes/dor em 1 dos lados, desvio de traqueia, PAS < 90, provável **pneumotórax hipertensivo**

## Maneje e encaminhe com urgência:

- Aplique **oxigênio** via cânula nasal 1-6L/min para alvo inicial SaO<sub>2</sub> > 94% e meta 90-96% (se DPOC, 88-92%; se gestante, 92-95%).  
- Se 6L/min e fora do alvo/sem melhora da falta de ar, use máscara com reservatório e aumente até 15L/min.
- Se pneumotórax hipertensivo:** insira cateter calibre 14 acima da 3ª costela na linha médio clavicular. Contate SAMU (192) e providencie dreno torácico.
- Se PAS < 90, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV em 30 minutos, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitacões pulmonares.
- Se respiração rápida e profunda, verifique glicemia. Se > 200mg/dL → 29.
- Se temperatura ≥ 38°C e remoção demorar > 2 horas: aplique **ceftriaxona 1g IM** para possível **pneumonia bacteriana grave**.

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

- Se sibilos/aperto no peito → 53
- Falta de ar pior ao deitar e com edema em pernas, provável **insuficiência cardíaca** → 146
- Cianose (face/lábios azulados)

- Falta de ar em repouso, falar ou com sinais de esforço (tiragens intercostais, batimento asa do nariz)

- FR ≥ 30 ou SaO<sub>2</sub> < 90%<sup>1</sup>
- Tosse com sangue vivo
- Confusão mental
- FC ≥ 100
- PAS < 90
- Edema e dor em uma panturilha

Tosse < 2 semanas e não recorrente

- Se fatores de risco<sup>2</sup>, exclua tuberculose → 116.
- Tem tosse com catarro e mais um dos seguintes: FC ≥ 100 ou Tax ≥ 38°C?

Não

- Se resfriado recente e aperto no peito/tosse com catarro, provável **bronquite aguda**.
- Considere **COVID-19** → 54.
- Se febre, calafrios ou dores no corpo, considere **influenza**.
- Explique que antibióticos não são necessários. Oriente repouso, hidratação, etiqueta da tosse, máscara, evitar contato com idoso/doente crônico.
- Oriente retorno se piora, febre persistir/retornar ou sintomas > 14 dias.

Sim: provável **pneumonia**

- Confirme** com crepitação pulmonar/respiração brônquica na auscultação e/ou **rx de tórax**.
- Tem um ou mais dos seguintes: > 65 anos, HIV/DM não controlada, doença renal/hepática/autoimune/câncer, usou antibiótico < 3 meses ou alcoolismo?

Não: dê **amoxicilina**<sup>3</sup> 500mg cada 8 horas por 7 dias.

Sim: dê **amoxicilina/clavulanato**<sup>4</sup> 500/125mg 1g cada 8 horas por 5 dias e **azitromicina** 500mg ao dia por 3 dias.

- Oriente repouso e hidratação. Reavalie em 48h: se não melhora, **discuta**/encaminhe no mesmo dia.
- Se > 50 anos, solicite **rx de tórax** após tratar e **interprete**.

Tosse/falta de ar ≥ 2 semanas ou tem episódios recorrentes

- Exclua tuberculose → 116.
- Considere também outras causas de tosse ou falta de ar:

HIV com CD4 < 200 e tosse seca, piora da falta de ar aos esforços

Provável **pneumocistose (PPC)**  
Encaminhe no mesmo dia para **rx de tórax** e **discuta** tratamento.

Tabagista ou parou < 1 ano

- Se perda de peso, considere **câncer de pulmão**: solicite **rx de tórax** e **discuta**.
- Se tosse com escarro na maioria dos dias por 3 meses por ≥ 2 anos, provável **bronquite crônica**: solicite **rx de tórax**, **spirometria** e **discuta**.

Infecção das vias aéreas superiores (IVAS) recente, sem falta de ar

Provável **tosse pós-infecciosa**  
Aconselhe que a tosse pode durar até 8 semanas.

- Se coriza/obstrução nasal → 48.
- Côcegas/arranhão na garganta e usa enalapril/IECA<sup>5</sup>, **discuta** para trocar por losartana.

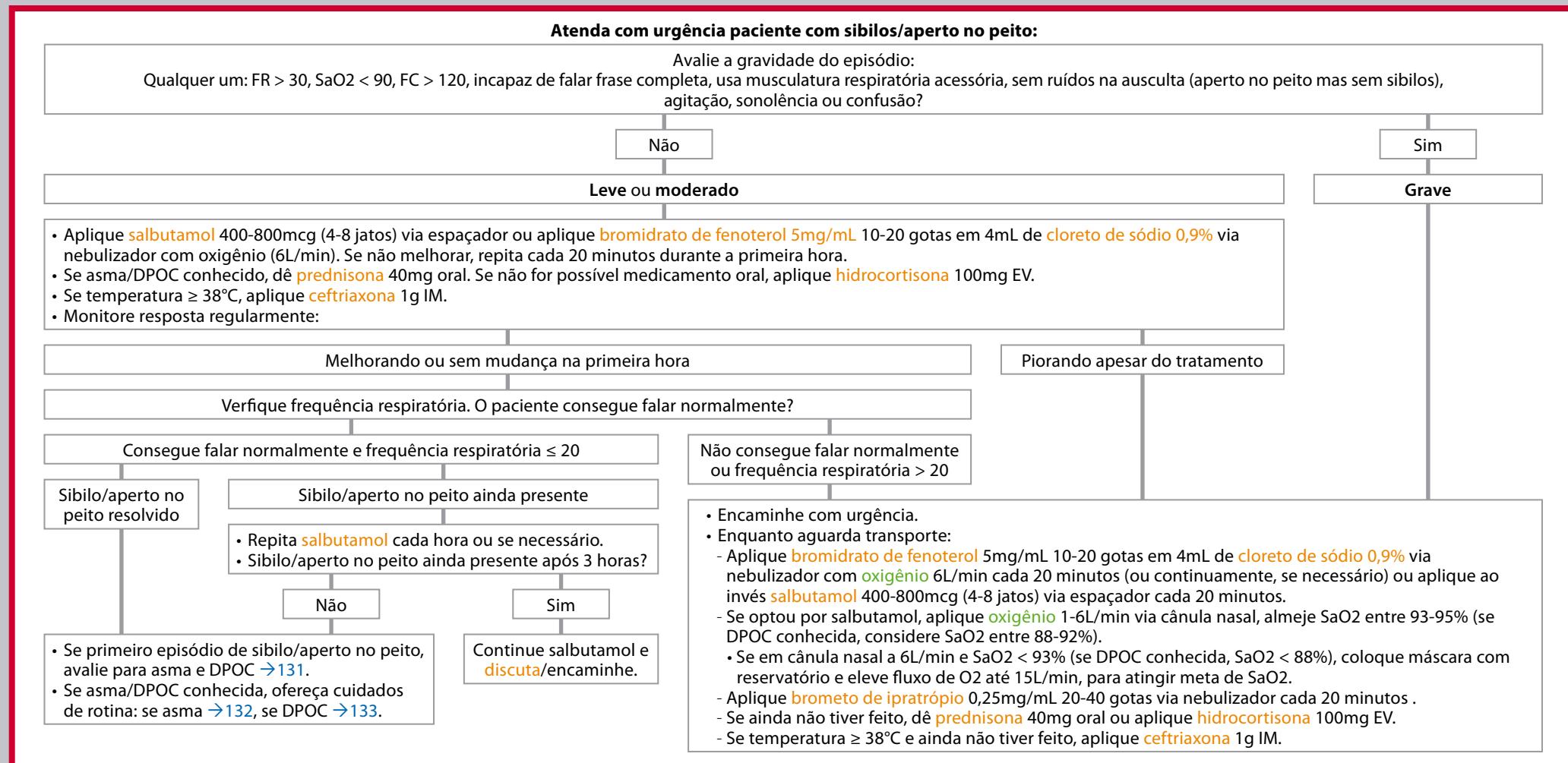
- Se sibilos, aperto no peito ou falta de ar, considere também **asma** ou **DPOC** → 131.
- Se roncos intensos, sono ruim, para de respirar durante sono, considere **apneia obstrutiva** e **discuta**.
- Se dor retroesternal/epigástrica piora com alimentação, fome ou deitado/inclinado para frente, considere **dispepsia** → 61.

Se paciente tem uma doença incurável, ofereça cuidado paliativo → 176. Se diagnóstico incerto/pouca resposta ao tratamento, **discuta** para considerar DRGE, pneumonia atípica e outras causas.

<sup>1</sup>Certifique-se que paciente não está usando esmalte/unha postiça e que oxímetro está bem-posicionado, fixo e estabilizado. Se SaO<sub>2</sub> 91-94% e sem outros sinais/sintomas do quadro vermelho, **discuta** para decidir se aplica O<sub>2</sub> e encaminha com urgência. <sup>2</sup>HIV (teste para HIV → 122), profissional de saúde, pessoa em situação de rua, privada de liberdade/institucionalizada, indígena, imigrante. <sup>3</sup>Se alergia à penicilina, dê ao invés **azitromicina** 500mg no dia por 3 dias. <sup>4</sup>Se alergia à penicilina, **discuta** alternativas; ou dê ao invés se disponível, **levofloxacina** 750mg ao dia por 5-7 dias. <sup>5</sup>Inibidor da enzima conversora da angiotensina, como enalapril, captopril.

# Sibilos/aperto no peito

- Se início súbito de sibilos/aperto no peito e mais 1: rash/coceira generalizada, edema de face/língua, PAS < 90, desmaio, dor abdominal/vômito persistente ou exposição à possível alérgeno<sup>1</sup>, considere **anafilaxia** → 32.
- Se falta de ar pior ao deitar e edema em pernas, provável **insuficiência cardíaca** → 146.



<sup>1</sup>Alérgeno pode ser: picada de inseto, ingestão de um medicamento ou uma comida nova nas últimas horas.

# COVID-19: avaliação e diagnóstico

- Considere COVID-19 se paciente iniciou nos últimos 7 dias com febre (aferida ou referida: corpo dolorido/sensação de temperatura aumentada), calafrios, tosse (com ou sem catarro), dor de garganta, coriza/congestão nasal, nova alteração de olfato/paladar, dor de cabeça<sup>1</sup>.
- COVID-19 é mais provável se prevalência atual é alta, vacinação incompleta, nunca teve COVID-19 ou teve COVID-19 há > 3 meses.

**Atenda com urgência paciente que é caso suspeito ou confirmado de COVID-19 e um ou mais dos seguintes:**

- FR ≥ 30 ou SaO<sub>2</sub> < 90%
- FC ≥ 100
- PAS < 90
- Cianose (face ou lábios azulados)

- Falta de ar em repouso, ao falar ou com sinais de esforço (tiragens intercostais, batimento asa do nariz)
- Confusão mental
- Pressão/desconforto respiratório persistente no tórax

- Tosse com sangue vivo
- Falta de ar súbita, ruídos respiratórios diminuídos/mais ressonantes/dor em 1 dos lados, desvio de traqueia, PAS < 90, provável **pneumotórax hipertensivo**

**Maneje e encaminhe com urgência** (antes de atender paciente, se disponível, vista amental impermeável):

- Chame ajuda, peça para ligar **SAMU 192** e explicar que se trata de caso suspeito de COVID-19 com sinal de gravidade.
- Se SaO<sub>2</sub> < 90% ou FR ≥ 30 ou cianose ou falta de ar ou pressão persistente no tórax, considere **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)**:

  - Aplique **oxigênio** via cânula nasal 1-6L/min para alvo inicial SaO<sub>2</sub> > 94% e meta 90-96% (se DPOC, 88-92%; se gestante, 92-95%).
  - Se 6L/min e fora do alvo/sem melhora da falta de ar, use máscara com reservatório e aumente até 15L/min.
  - Se em uso de oxigênio e remoção demorar > 2 horas: dê **prednisona** 40mg via oral.

- Se PAS < 90, aplique **cloreto de sódio 0,9% 500mL EV** em 30 minutos, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitações pulmonares.
- Se FR ≥ 30 ou SaO<sub>2</sub> < 90% ou falta de ar ou confusão mental e temperatura ≥ 38°C e remoção demorar > 2 horas: considere **pneumonia bacteriana grave** e aplique **ceftriaxona 1g IM**.

Se sinais de gravidade limítrofes ou tem fatores de risco<sup>2</sup> e febre > 3 dias que não abaixa, **discuta** e considere encaminhar no mesmo dia para avaliação complementar (ex: gasometria, rx de tórax).

**Avalie paciente com suspeita de COVID-19 que não necessita de atenção urgente:**

- Nos últimos 7 dias paciente tem/teve ≥ 2 dos seguintes?

- Febre (aferida ou referida: corpo dolorido/sensação de temperatura aumentada)
- Tosse (com ou sem catarro)
- Dor de garganta

- Coriza/nariz escorrendo/congestão nasal
- Nova alteração de olfato/paladar

- Calafrios
- Dor de cabeça

Sim: há outro diagnóstico mais provável (ex: amigdalite bacteriana)?

Sim

Não

Não: paciente é contato<sup>3</sup> de caso confirmado e tem/teve pelo menos 1 dos sinais e sintomas acima nos últimos 7 dias?

Sim

Não

- **Discuta** para considerar se coinfeção/infecção com COVID-19 é provável:

  - Se é **provável**, notifique e decida qual teste fazer → [55](#).
  - Se não é **provável**, avalie como página do sintoma.

**Paciente preenche critérios para caso suspeito de COVID-19**

- Se teve COVID-19 há < 30 dias, **discuta** se reinfecção por COVID-19 é provável<sup>4</sup> e se realiza testagem (considere testar principalmente se tiver teste negativo após última infecção).

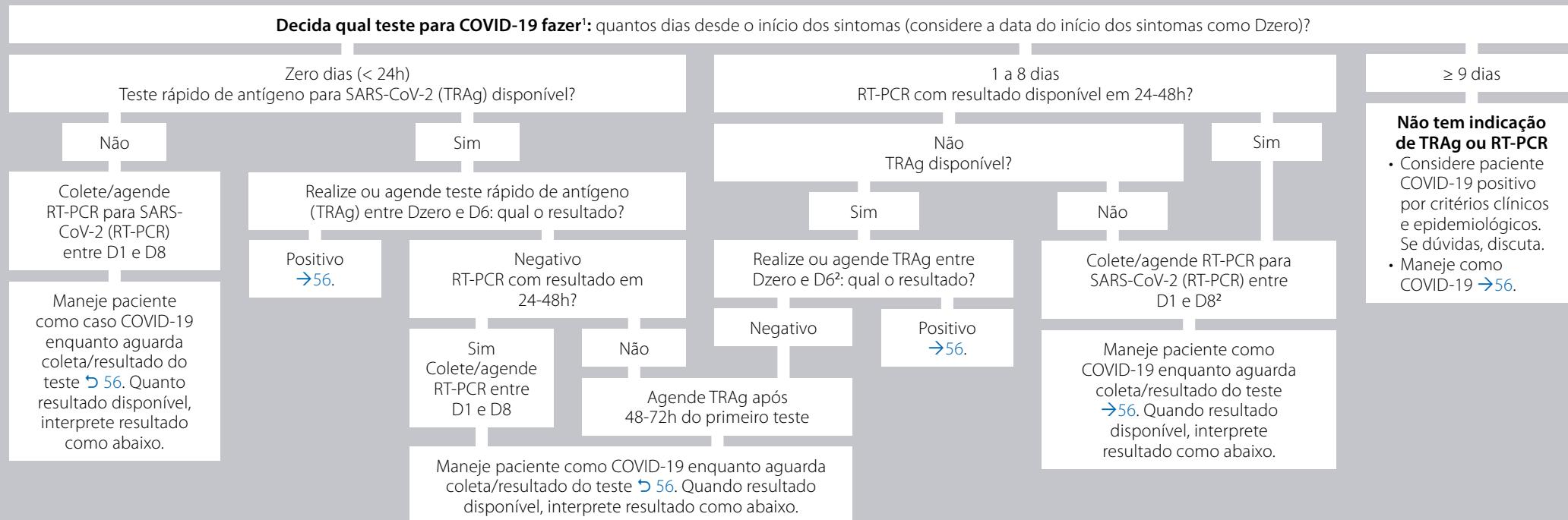
  - Se reinfecção não é provável, avalie/maneje conforme página do sintoma.

- Notifique e decida qual teste fazer → [55](#).

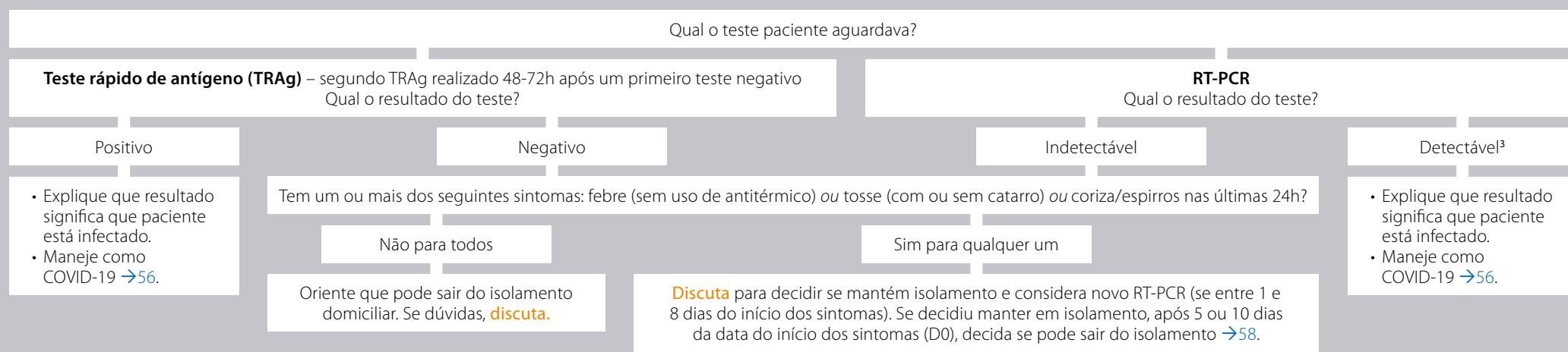
  - Se disponibilidade/capacidade de testes limitada, teste somente se: fatores de risco<sup>2</sup> ou se paciente é profissional de saúde ou de segurança pública. Se paciente não for testado, maneje como caso confirmado → [56](#).

- Se paciente é contato<sup>3</sup> de caso confirmado e está assintomático → [60](#).
- Se paciente não é contato de caso confirmado, **COVID-19 é improvável**.

<sup>1</sup>Se dor de cabeça sem outros sintomas respiratório ou febre, **discuta** para decidir se paciente tem risco de ter COVID-19. <sup>2</sup>Idade > 60 anos, gestante, puérpera, uso de tabaco, HAS descompensada, DM, DRC, DCV, IMC ≥ 35, doença respiratória moderada-grave/descompensada, hepática, disfunção imune - HIV e CD4 < 350, câncer, uso de imunossupressor. <sup>3</sup>Teve contato físico direto, frente a frente ou em ambiente fechado ≥ 15 minutos e < 1,0 metro, com uma pessoa infectada no período de transmissão (2 dias antes do início dos sintomas até 10 dias após ou até fim do isolamento). <sup>4</sup>Se usou nirmatrelvir/ritonavir há < 7 dias, considere possível reativação da COVID-19 (não precisa testar), continue com manejo e isolamento. Se dúvidas, **discuta**.



## COVID-19: interprete resultado do RT-PCR ou segundo TRAg



<sup>1</sup>Se paciente teve COVID-19 há < 3 meses, colete/agende RT-PCR para SARS-CoV-2 (RT-PCR) entre D1 e D8. Prefira ao invés do TRAg. <sup>2</sup>Se paciente entre D7 e D8, considere realizar TRAg e, se negativo, coletar RT-PCR entre D7 e D8 como teste confirmatório. Ou então, coletar RT-PCR como primeiro e único teste. <sup>3</sup>Se paciente teve COVID-19 há < 3 meses e não tem RT-PCR indetectável após última infecção, discuta para decidir se é nova infecção (reinfecção) ou é persistência do resultado detectável da infecção anterior (paciente não tem infecção ativa).

# COVID-19: maneje caso suspeito ou confirmado

Verifique (se ainda não tiver feito) se necessita de atenção urgente (vide quadro vermelho) →54

## Aconselhe

- Tranquilize paciente: a maioria dos casos são leves e melhoram sem tratamento em aproximadamente 7 a 14 dias.
- Oriente que é possível que ele(a) tenha tosse, febre, nariz escorrendo, nervosismo, mas também cansaço, dores no corpo, dor de cabeça, diminuição/perda do olfato e paladar, diarreia, náusea/vômito.
- Ensine e reforce higiene frequente das mãos, etiqueta respiratória e uso de máscara cirúrgica com máscara de pano por cima.
- Se dúvidas sobre sintomas: oriente evitar procurar atendimento presencial. Se disponível, procurar serviço de teleatendimento.
- Oriente que se iniciar com falta de ar/dificuldade para respirar súbita, deve ligar SAMU 192 ou procurar serviço de urgência. Se dúvidas, procurar serviço de teleatendimento disponível.
- Se tem fatores de risco<sup>1</sup>, explique que risco de apresentar COVID-19 grave é maior, reforce que fique atento aos sinais de gravidade

## Isole e afaste de atividades laborais presenciais

- Oriente isolamento domiciliar em um cômodo da casa (explique que só poderá sair do isolamento após nova avaliação de sintomas/resultados de testes por profissional de saúde):
  - Se sintomático: inicialmente por 10 dias do início dos sintomas (considere a data do início dos sintomas como Dzero).
  - Se sem sintomas: inicialmente por 7 dias da data de coleta/realização do teste positivo (considere a data do teste como Dzero).

## Identifique contatos do paciente que é caso confirmado COVID-19

- Se paciente é caso confirmado COVID-19, verifique se tem contatos domiciliares e contatos próximos (considere pessoas que teve contato físico direto, frente a frente ou em ambiente fechado ≥ 15 minutos e < 1,0 metro a partir de 2 dias antes do início dos sintomas ou, se sem sintomas, da data do teste positivo).
- Oriente que contatos devem: usar máscara cirúrgica ou N95 (mesmo sem sintomas) por 10 dias da data da última exposição<sup>2</sup> sempre que em contato com pessoas, evitar contato com pessoas com fatores de risco<sup>1</sup> e não frequentar locais onde não possam usar máscara todo o tempo (ex: restaurantes e bares).
- Oriente que contatos devem automonitorar sintomas de COVID-19 e se presentes, procurar atendimento preferencialmente por teleatendimento, se disponível.
- Avalie paciente que é contato de caso confirmado COVID-19 →60.

## Trate

- Se dor ou febre com mal estar, prescreva **paracetamol** ou **dipirona** (evite se alergia prévia) 500-1000mg cada 6 horas. Oriente evitar uso só para controle da temperatura.
  - Não prescreva corticoides. Somente prescreva corticoides se exacerbação de asma/DPOC ou se paciente com COVID-19 grave que necessita/está em uso de oxigênio.
- Se tosse, ofereça medidas caseiras para alívio: uma colher de chá de mel quando necessário. Evite se paciente tem diabetes.
- Oriente manter-se hidratado, ingerir água com frequência, pelo menos 2L/dia.
- Se paciente, independente do status de vacinação contra COVID-19, tem COVID-19 confirmado (teste positivo<sup>3</sup>) e está sintomático e não necessita de O2 suplementar (tem sintomas leve/moderado) e iniciou primeiros sintomas há ≤ 5 dias (considere a data do início dos sintomas como D1): **decida se tem indicação de tratamento com nirmatrelvir/ritonavir** → 57.
  - Se fez uso recente e após 2-7 dias apresentou reativação da COVID-19, não prescreva tratamento novamente e aconselhe que sintomas geralmente são leves, não aumentam risco de internação/mortalidade, melhoram sozinhos e que ele(a) não tem indicação de novo tratamento com nirmatrelvir/ritonavir.
- Se HAS/DM compensada em uso de enalapril/losartana/similares ou se asma/DPOC usando corticoide inalatório, não altere tratamento.
- Se paciente ainda não confirmou COVID-19 e primeiro teste rápido de antígeno (TRAg) negativo: agende/faça segundo TRAg após 48-72h do primeiro teste e interprete resultado →55.
- Se paciente ainda não confirmou COVID-19 e aguarda coleta/resultado de RT-PCR: **não faça nenhum novo teste para COVID-19**, aguarde resultado do RT-PCR. Se resultado disponível, interprete →55.

Se paciente é caso confirmado de COVID-19: **decida se pode sair do isolamento** →58.

<sup>1</sup>Idade > 60 anos, gestante, puérpera, uso de tabaco, HAS descompensada, DM, DRC, DCV, IMC ≥ 35, doença respiratória moderada-grave/descompensada, hepática, disfunção imune - HIV e CD4 < 350, câncer, uso de imunossupressor. <sup>2</sup>Considere última exposição (contato próximo ou domiciliar) no período de transmissão do caso suspeito/confirmado: 2 dias antes do início dos sintomas até 10 dias após ou até fim do isolamento. Considere data da última exposição como Dzero. Se dúvidas, **discuta**. <sup>3</sup>Se teste positivo para COVID-19 foi por autoteste, é necessário confirmar com teste rápido de antígeno para SARS-CoV-2 (TRAg) ou RT-PCR.

# COVID-19: decida se caso confirmado tem indicação de tratamento com nirmatrelvir/ritonavir

Considere prescrever nirmatrelvir/ritonavir se paciente sintomático e com teste positivo<sup>1</sup> para COVID-19 (teste rápido de antígeno ou RT-PCR) e que não necessita de oxigênio.

Paciente iniciou com sintomas há ≤ 5 dias (considere a data do início dos sintomas como D1)?

Sim

Não

Paciente tem ≥ 1 dos seguinte?

- Necessita de oxigênio (sintomas graves)
- Gestante (se risco de gestação, exclua gravidez)
- TFGe ≤ 30 mL/min (insuficiência renal grave/dialítica)
- Uso de medicamento com interação com nirmatrelvir/ritonavir e não é possível interromper/reduzir dose temporariamente<sup>2</sup>

Não para todos

- Insuficiência hepática grave (Child-Pugh classe C)
- Registro de TGP últimos 6 meses > 5 vezes o limite superior de normalidade (LSN)
- Peso < 40 Kg

Sim para qualquer um

Paciente tem ≥ 1 dos seguinte?

- Idade ≥ 65 anos
- HIV com CD4 < 200 ou em interrupção/sem tratamento
- TFGe conhecida < 60 mL/min e > 30 mL/min

- Câncer com tratamento quimio/radioterápico nos últimos 6 meses
- Uso de medicamento imunossupressor ou modificador da resposta imune
- Imunodeficiência primária grave ou erro inato do metabolismo

Sim para qualquer um

Não para todos

- Prescreva **nirmatrelvir** 150mg 2 comprimidos cada 12 horas *mais* **ritonavir** 100mg 1 comprimido cada 12 horas por 5 dias.  
- Se TFGe conhecida ou suspeita < 60 mL/min e ≥ 30 mL/min: prescreva **nirmatrelvir** 150mg 1 comprimido cada 12 horas *mais* **ritonavir** 100mg 1 comprimido cada 12 horas por 5 dias.
- Se amamentando, oriente interromper amamentação durante uso e até 7 dias após última dose.
- Oriente sobre efeitos colaterais (diarreia, dor de cabeça, náuseas/vômitos, hiperglicemia) e que não deve parar tratamento. Se necessário, prescreva sintomáticos. Se intolerância à lactose, oriente que medicamento tem lactose na sua composição, **discuta** para considerar opções de manejo (como usar lactase ou uso de medicamentos sintomáticos).
- Oriente que tratamento não altera critérios de avaliação do tempo de isolamento.
- Oriente que após 2-7 dias do término do tratamento pode ter reativação da COVID-19 com novos sintomas respiratórios/febre e possibilidade de infectar outras pessoas (deve retornar para avaliar e reiniciar isolamento). Se ocorrer, oriente que sintomas geralmente são leves, não aumentam risco de internação/ mortalidade, melhoram sozinhos e que não tem indicação de novo tratamento com nirmatrelvir/ritonavir.

**Paciente não tem indicação de tratamento com nirmatrelvir/ritonavir**

Continue manejando paciente →56.

<sup>1</sup>Se teste positivo para COVID-19 foi por autoteste, é necessário confirmar com teste rápido de antígeno (TRAg) ou RT-PCR. <sup>2</sup>Verifique interação medicamentosa →189. Se usa rifampicina, rifapentina, amiodarona, clopidogrel, clozapina, midazolam, carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, simvastatina, atorvastatina, rosuvastatina, clonazepam, eritromicina, ergotamina, erva de santo joão), **discuta** e avalie possibilidade de interromper/reduzir dose temporariamente, se não for possível então não prescreva nirmatrelvir/ritonavir e continue manejando paciente →56.

# COVID-19: decida se pode sair do isolamento

## Verifique se paciente tem possibilidade de descontinuação antecipada do isolamento<sup>1</sup>

Após cinco dias de isolamento, paciente tem ≥ 1 dos seguintes sintomas nas últimas 24h: febre<sup>2</sup> ou tosse<sup>3</sup> ou coriza/espirros?

Não para todos

Sim para qualquer um

Consegue manter medidas de proteção (quadro abaixo) até completar isolamento previsto (se sintomático, 10 dias do início dos sintomas; se assintomático, 7 dias da data do teste)?

Sim: se disponível, faça TRAg ou colete RT-PCR<sup>4</sup> a partir do 5º dia da data de início dos sintomas ou do teste positivo. Qual o resultado do teste?

Não

Negativo

Positivo ou TRAg não disponível

- Mantenha isolamento até completar período inicial previsto (se sintomático, 10 dias do inicio dos sintomas ou, se consegue manter medidas de proteção - como quadro abaixo, pode considerar saída antecipada do isolamento com 7 dias do inicio dos sintomas; se assintomático, 7 dias da data do teste).
- Após completar isolamento previsto decida se pode sair do isolamento (não é necessário testar para COVID-19): tem ≥ 1 dos seguintes sintomas nas últimas 24h: febre<sup>2</sup> ou tosse<sup>3</sup> ou coriza/espirros?

Não para todos

Sim para qualquer um: mantenha isolamento por mais 2-3 dias. Reavalie paciente por após:

Tem ≥ 1 dos seguintes sintomas nas últimas 24h: febre<sup>2</sup> ou tosse<sup>3</sup> ou coriza/espirros?

Não para todos

Sim para qualquer um

Oriente que pode sair do isolamento domiciliar e, se saindo antes de 10 dias do início dos sintomas ou, se assintomático, antes de 7 dias da data do teste, deve manter medidas de proteção (quadro abaixo) até completar isolamento completo, como mencionado. Se dúvidas, discuta.

Se paciente apresenta febre<sup>2</sup>, tosse<sup>3</sup>, coriza/espirros ou outros sintomas de COVID-19 persistentes (que duram mais de 10 dias) após infecção confirmada de COVID-19, avalie e maneje →59.

## Medidas de proteção que devem ser seguidas até completar dez dias após o início dos sintomas

- Usar máscara cirúrgica com máscara de pano por cima ou PFF2/N95 sempre que contato com outras pessoas e não frequentar locais onde não possa usar máscara todo o tempo, como restaurantes ou bares.
- Evitar comer próximo a outras pessoas, tanto em casa como no trabalho.
- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que tenham fatores de risco para agravamento da COVID-19.
- Evitar locais com aglomeração de pessoas como transporte público ou qualquer local onde não seja possível manter distanciamento físico e somente viajar se tiver o teste negativo e se manter sem sintomas.

<sup>1</sup>Se **internação por COVID-19**, deve fazer isolamento por 20 dias da data do início dos sintomas (Dzero) sem possibilidade de saída antecipada. <sup>2</sup>T ≥ 37,8°C aferida ou referida. <sup>3</sup>Tosse contínua – paciente refere tossir muito ao longo de uma hora ou refere ≥ 3 episódios de tosse intensa nas últimas 24 horas (se tem tosse crônica, refere que piorou). Se dúvidas, discuta. <sup>4</sup>Prefira RT-PCR se resultado disponível em até 48h.

# COVID-19: sintomas persistentes

- Maneje paciente com sintomas de COVID-19 que duraram mais de 10 dias.
- São sintomas persistentes de COVID-19: cansaço, falta de ar, tosse, alterações do olfato/paladar, dor de cabeça, tontura, lentidão cognitiva, dores nas articulações/músculos e no peito.
- Confirme que paciente teve COVID-19 confirmado: RT-PCR ou teste rápido/sorológico ou teste rápido de antígeno positivo. Se sem teste positivo e não houver certeza sobre história de COVID-19, **discuta**.

**Verifique se paciente com sintomas de COVID-19 persistentes necessita de atenção urgente (vide quadro vermelho) ↪ 54.**

## Abordagem de paciente com sintomas de COVID-19 persistentes que não precisa de atenção urgente

- Se paciente tem doença crônica (como HAS, diabetes, DPOC, asma, cardiopatia isquêmica), avalie e maneje possível descompensação.
- Rastreie TB: se tosse ≥ 3 semanas, sudorese noturna, febre ≥ 2 semanas, dor no peito ao respirar ou escarro sanguinolento ↪ 116.
- Tranquilize e explique que muitas pessoas tem sintomas persistentes de COVID-19, mesmo em casos leves. Explique que, geralmente, os sintomas melhoram lentamente com o tempo.

Pergunte sobre a duração dos sintomas

< 4 semanas

- Se dor, prescreva **paracetamol** ou **dipirona** (evite se alergia prévia) 500-1000mg ou **ibuprofeno**<sup>1</sup> 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 7 dias.
- Se febre<sup>2</sup> (sem uso de antitérmico) ou tosse (com ou sem catarro) ou coriza/espirros nas últimas 24h, mantenha isolamento por mais 3-7 dias. Se dúvidas, **discuta**.
  - Se somente tem tosse, sem febre e sem coriza/espirros, e sem dor no corpo e sem dor de garganta e sem diarreia, provável **tosse pós-infecciosa** e considere liberar do isolamento.
- Se estresse, nervosismo ou tristeza, avalie e maneje ↪ 105.

- Oriente que se iniciar com sinais/sintomas do quadro vermelho abaixo, deve ligar SAMU 192 ou procurar serviço de urgência.
- Se sintomas persistirem por ≥ 4 semanas, oriente retornar para reavaliação.

≥ 4 semanas: considere **COVID longo**

Primeiro avalie gestação, HIV, diabetes, anemia e saúde mental:

### Descarte gestação

Se mulher em idade fértil e amenorreia e não está em uso de contracepção eficaz: faça teste de gravidez. Se gestação ↪ 167.

**Verifique necessidade de testar para HIV** ↪ 122.

**Verifique necessidade de testar para diabetes** ↪ 138.

**Verifique necessidade de testar para anemia** ↪ 41.

**Avalie saúde mental**  
Se estresse, nervosismo ou tristeza, avalie e maneje ↪ 105.

- Se dor no peito, dor articular, dor de cabeça, tontura, perda de peso, maneje conforme página do sintoma.
- Se fraqueza/cansaço há < 3 meses: evite solicitar exames complementares, tranquilize que é comum também após outras infecções e que geralmente melhora após 3 meses, oriente manter-se ativo aumentando lentamente a intensidade das atividades e retornando gradualmente ao trabalho, oriente dormir o suficiente. Se dificuldades para dormir ↪ 107. Se fraqueza/cansaço há > 3 meses ↪ 40.
- Se tosse ou falta de ar ≥ 4 semanas, solicite **rx de tórax**. Se sibilos, considere solicitar **espirometria**. **Discuta** para interpretar.
  - Se piora da falta de ar ou dor torácica ventilatório dependente não explicada por outra causa, **discuta** para descartar tromboembolismo pulmonar (TEP).
  - Se estava hospitalizado por COVID-19 e falta de ar por > 6 semanas após alta, **discuta/encaminhe** para fisioterapia.
  - Se piora/não melhora, **discuta** para considerar outras investigações complementares e **discuta/encaminhe** para fisioterapia.
  - Se alteração do olfato foi súbita, oriente que geralmente melhora com o tempo, faça exercícios para olfato (treinar olfato com cheiros conhecidos, 4 odores como café, coco, menta, água sanitária, 2-3 vezes ao dia). Se obstrução nasal, dê **budesonida** 64mcg ou **beclometasona** 50mcg 1-2 jatos cada narina por até 14-30 dias. Se alteração do olfato oscilatório/progressiva, **discuta** para considerar causa neurológica.
  - Se dificuldades de memória/confusão mental há < 6 meses mas com piora progressiva, **discuta**. Se há > 6 meses, considere demência ↪ 160.
  - Se sem melhora após > 12 semanas, **discuta** para considerar outras investigações/manejos.

**Oriente retornar/procurar atendimento com urgência se nova ou piora da falta de ar, nova ou piora da confusão mental, dor no peito ou pressão no peito persistente, início súbito de fraqueza/dormência da face, braço, ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual.**

<sup>1</sup>Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação. Considere associar **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, diabetes, insuficiência cardíaca, ≥ 65 anos, dispesia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. <sup>2</sup>T ≥ 37,8°C aferida ou referida.

# Avalie paciente que é contato de caso confirmado COVID-19

Considere paciente contato de COVID-19 se teve contato físico direto, frente a frente ou em ambiente fechado  $\geq 15$  minutos e  $< 1,0$  metro com caso confirmado no período de transmissão<sup>1</sup>.

Paciente que é contato já teve COVID-19 confirmado?

Sim: há quanto tempo ocorreu a infecção de COVID-19?

Não

Há  $< 30$  dias

Há  $\geq 30$  dias

Paciente tem sintomas respiratórios/febre?

Não

Sim

## COVID-19 é improvável

- Oriente que não há indicação para repetir qualquer tipo de teste para COVID-19.
- Oriente automonitoramento sintomas de COVID-19 e se presentes, procurar atendimento preferencialmente por teleatendimento, se disponível.

**Discuta** se reinfecção por COVID-19 é provável<sup>2</sup> e se realiza teste (considere testar principalmente se tiver teste negativo após última infecção).

## Paciente preenche critérios para caso suspeito de COVID-19

- Se febre, avalie/notifique também outras patologias que se apresentam com febre → 36.
- Avalie se precisa de atenção urgente (vide quadro vermelho) notifique, decida qual teste fazer/maneje → 54.

Sim para qualquer um

Não para todos

Nos últimos 7 dias paciente tem/teve  $\geq 1$  dos seguintes:

- Febre (aferida ou referida: corpo dolorido/sensação de temperatura aumentada)
- Tosse (com ou sem catarro)
- Dor de garganta
- Coriza/nariz escorrendo
- Nova alteração de olfato/paladar
- Diarreia
- Calafrios
- Dor de cabeça

- Ao final do atendimento notifique.
- Oriente usar máscara cirúrgica ou N95 (mesmo sem sintomas) por 10 dias da data da última exposição<sup>1</sup> sempre que em contato com pessoas, evitar contato com pessoas de risco<sup>3</sup> e não frequentar locais onde não possa usar máscara.
- Oriente automonitoramento de sintomas de COVID-19 e se presentes, procurar atendimento, de preferência teleatendimento.
- Se iniciar com sintomas considere Dzero o 1º dia de sintoma/s e reavale usando esse algoritmo desde o início.
- Se teste disponível, decida qual fazer: quantos dias desde data da última exposição<sup>2</sup> com caso confirmado COVID-19?

Zero a 4 dias  
Não são indicados testes, teste a partir de 5 dias desde data da última exposição<sup>1</sup>.

5 a 12 dias: RT-PCR com resultado disponível em 24-48 horas?

$\geq 13$  dias  
Não são indicados testes.

Sim

Não: TRAg disponível?

Sim

Não

Colete/agende RT-PCR entre D5 a D12

Faça/agende TRAg preferencialmente entre D5 e D7

## Interprete resultado:

- Se negativo: oriente continuar com máscara por 10 dias da data da última exposição<sup>2</sup>, evitar contato com pessoas de risco<sup>3</sup>, não frequentar locais onde não possa usar máscara e automonitorar sintomas de COVID-19.
- Se positivo: oriente isolamento e maneje → 56.

<sup>1</sup>Considere última exposição (contato próximo ou domiciliar) no período de transmissão do caso confirmado: 2 dias antes do inicio dos sintomas ate 10 dias após ou até fim do isolamento. Considere data da ultima exposição como Dzero. <sup>2</sup>Se usou nirmatrelvir/ritonavir há 2-7 dias, considere possibilidade de reativação da COVID-19 (considere como COVID-19 confirmado), continue com manejo e isolamento. Se dúvidas, discuta. <sup>3</sup>Idade > 60 anos, gestante, puérpera, uso de tabaco, HAS descompensada, DM, DRC, DCV, IMC  $\geq 35$ , doença respiratória moderada-grave/descompensada, hepática, disfunção imune - HIV e CD4 < 350, câncer, uso de imunossupressor.

# Dor abdominal

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

- Glicemia > 200 → 29
- Dor em quadrante inferior direito com náusea/vômito/febre: provável **apendicite**
- Dor forte no quadrante superior direito com náusea/febre/perda de apetite: provável **colecitite**
- Dor súbita com exposição à possível alérgeno<sup>1</sup> e mais 1: rash/coceira generalizada ou edema de face/língua; PAS < 90 ou tontura/desmaio; falta de ar/ sibilos, considere **anafilaxia** ↗ 32
- Não consegue urinar → 78
- Dor no peito → 51
- Gestante e PA ≥ 140/90 ou Tax ≥ 38°C → 167
- Puerpério/aborto recente e PA ≥ 140/90 ou Tax ≥ 38°C → 173
- Gestante e sangramento vaginal → 167
- Dor abdominal superior súbita irradiando para costas com náusea/vômito: provável **pancreatite**

### Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável **aneurisma de aorta abdominal roto**: não aplique fluidos EV mesmo se PAS > 90 (elevar a PA pode piorar a ruptura).
- Se PAS < 90 ou provável **pancreatite**, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV rápido, repita até PAS > 90, continue 1L cada 4 horas. Pare se falta de ar ou crepitações pulmonares.
- Se dor intensa, aplique **morfina** 10mg IM ou **morfina** diluída 3-10mg EV lento<sup>2</sup>. Pare se PAS < 90.

- Dor intensa e massa abdominal pulsátil: provável **aneurisma de aorta abdominal roto**
- Defesa, rigidez ou dor à descompressão súbita do abdome: provável **peritonite**
- Icterícia
- Sem evacuações ou gases há 24 horas

## Abordagem do paciente dor abdominal que não necessita de atenção urgente

- Se cólicas com início recente de vômitos, diarreia, perda de apetite, dor no corpo ou febre, provável **gastroenterite** → 62. Se sintomas urinários → 78.
- Paciente tem dor abdominal baixa e tem vagina/útero?

Sim

- Se amenorreia ou sangramento vaginal anormal, exclua gravidez: se positivo, **discuta** no mesmo dia.
- Se cólica abdominal baixa durante menstruação, provável **dismenorreia** → 74.
- Pergunte sobre corrimento vaginal anormal e faça palpação bimanual para verificar dor à mobilização do colo:

Corrimento vaginal anormal ou dor à mobilização do colo

### Provável doença inflamatória pélvica

- Prescreva **ceftriaxona** 500mg IM dose única e **doxiciclina** 100mg a cada 12 horas via oral por 14 dias e **metronidazol**<sup>3</sup> 500mg via oral a cada 12 horas por 14 dias.
- Para dor, prescreva **paracetamol** ou **dipirona**<sup>4</sup> 500-1000mg cada 6 horas se necessário. Se mantém dor, dê **ibuprofeno**<sup>5</sup> 300-600mg cada 6 horas ate 5 dias.
- Trate parcerias sexuais últimos 60 dias ↗ 66.
- Se usa DIU, não precisa remover. Se optar remover, remova após 2 doses do tratamento.
- Reavalie em 3 dias de tratamento. Se não melhorar **discuta** ou encaminhe.

Sem corrimento vaginal anormal e sem dor à mobilização do colo

Não

- Se perda de peso ↗ 35.
- Se eliminação vermes: se ténia/segmentos, discuta opções de tratamento. Se outro parasita/incerto, dê **albendazol** 400mg (se gestante, **discuta** opções), repita dose em 14 dias (trate familiares junto). Eduque higiene pessoal.
- Se nenhum dos acima, também verifique:
  - Se constipação → 64. Se diarreia → 63.
  - Se dor/desconforto e ≥ 2: alivia ao evacuar, distensão abdominal, mudança frequência/aparência das fezes, mucos nas fezes, considere **síndrome do intestino irritável**: avalie/maneje estresse ↗ 105, oriente evitar caféína, leite/derivados. Se dor e se disponível, dê **hioscina** 10-20mg cada 6 horas até 5 dias.

Não: 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 da noite.
- Pare AINEs e **discuta** sobre parar AAS. Se fuma tabaco ↗ 153. Se bebe álcool ≥ 4 doses<sup>6</sup>/sessão ↗ 152.
- Avalie e maneje o estresse ↗ 105. Ofereça acupuntura, se disponível.
- Se IMC > 25, incentive perda de peso ↗ 137.
- Prescreva **omeprazol** 20mg ao dia por 4 semanas. Se pouca resposta, **aumente** 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 investigar/tratar H Pylori.
- Se ≥ 60 anos, perda de peso inexplicada, dificuldade progressiva de engolir, massa abdominal ou vômitos persistentes/com sangue, anemia ou sangue vivo/oculto em fezes linfadenopatia, pai/mãe/irmão com câncer de esôfago/estômago: solicite **EDA** e **discuta**.

Se não melhorar ou diagnóstico incerto, **discuta**/encaminhe.

<sup>1</sup>Alérgeno pode ser: picada de inseto, medicamento ou comida nova nas últimas horas. <sup>2</sup>Dilua 10mg de morfina com 9mL de cloreto de sódio 0,9%. Aplique morfina diluída 3mL EV em 3 min (1mL/min) até 10 mL. <sup>3</sup>Evitar álcool até 48 horas após metronidazol via oral. <sup>4</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>5</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool. <sup>6</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

# Náuseas ou vômitos

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

- Dor de cabeça → 44
- Dor no peito → 51
- Dor abdominal superior súbita e intensa irradiando para costas: provável **pancreatite**
- PAS < 90
- Defesa, rigidez ou dor à descompressão súbita do abdome: provável **peritonite**
- Dor abdominal em quadrante inferior direito com febre: provável **apendicite**
- Rigidez de nuca/meningismo ou rash purpúrico: provável **meningite**

- Vômitos sanguinolentos
- Icterícia
- Dor/distensão abdominal e sem evacuações ou gases há 24 horas
- Sonolência/confusão/respiração rápida profunda
- Se o início súbito de náuseas/vômitos com exposição à possível alérgeno<sup>1</sup> e mais 1: coceira/rash generalizado ou edema de face/língua; falta de ar/sibilos; PAS < 90; tontura/desmaio, considere **anafilaxia** ↪ 32

### Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável **meningite**, aplique **ceftriaxona** 2g IM (evite injetar > 1g IM no mesmo local de aplicação).
- Se PAS < 90 ou provável **pancreatite**, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV rápido, repita até PAS > 90, continue 1L cada 4 horas. Pare se falta de ar ou crepitações pulmonares.
- Se vomitando: dê **metoclopramida** 10mg oral ou aplique EV. Se dor intensa, aplique **morfina** 10mg IM ou **morfina** diluída 3-10mg EV lento<sup>2</sup>, pare se PAS < 90.
- Verifique glicemia: se < 55 ou > 200 ↪ 29 ou se diabetes e < 70 ↪ 138.

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

- Se sede, boca seca, turgor da pele diminuído ou FC ≥ 100, provável **desidratação**: dê **metoclopramida** 10mg VO/IM/EV ou **dimenidrinato** 50-100mg VO e **solução de reidratação oral**: goles pequenos (meta: 1-2L em 2h). Se vômito, tente mais devagar. Se incapaz de beber, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV rápido. Se sem melhora após reidratação EV ou 2h de VO, **discuta**/encaminhe mesmo dia.
- Exclua gravidez. Se gestante, tranquilize que náusea/vômitos são comuns nas primeiras 16-18 semanas. Oriente refeições pequenas, leves, 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** 50-100mg ou **metoclopramida** 10 mg cada 8 horas se necessário por até 5 dias. Se vômitos persistentes, **discuta**. Ofereça cuidado pré-natal ↪ 167.
- Se tontura associada ↪ 43. Se febre e ≥ 1: dor de cabeça/retro-orbital, dor muscular/articular, rash, petequias, considere **dengue** ↪ 38.
- **Revise** medicamentos: AINEs, metformina, contraceptivos, terapia hormonal, teofilina, quimioterapia e morfina podem causar náuseas/vômitos. Se em tratamento para TB ↪ 120 ou em TARV ↪ 127.
- Rastreie uso de álcool/drogas: no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses<sup>3</sup>/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.

Paciente refere vômitos de início recente com cólicas abdominais, diarreia, perda de apetite, dor no corpo ou febre?

Sim: **gastroenterite**

- Prescreva **metoclopramida** 10mg ou **dimenidrinato** 50-100mg cada 8 horas se necessário até 5 dias.
- Prescreva **soro de reidratação oral**.
- Oriente beber bastante líquidos, comer refeições leves, pequenas e frequentes e evitar comida gordurosa.
- Oriente retornar se piora, vômitos > 3 dias ou não consegue ingerir líquidos.

Não: 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 da noite.
- Pare AINEs e **discuta** sobre parar AAS. Se fuma tabaco ↪ 153. Se bebe álcool ≥ 4 doses<sup>3</sup>/sessão ↪ 152.
- Avalie e maneje o estresse ↪ 105. Ofereça acupuntura, se disponível.
- Se IMC > 25, incentive perda de peso e avalie RCV ↪ 134.
- Prescreva **omeprazol** 20mg ao dia por pelo menos 4 semanas. Se pouca resposta, **aumente** 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 investigar/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, em investigação de anemia ou de sangue oculto em fezes, linfadenopatia, pai/mãe/irmão com câncer de esôfago/estômago: solicite **EDA** e **discuta**.

Não

- Avalie e maneje o estresse ↪ 105.
- Se paciente tem uma doença incurável, ofereça também cuidados paliativos ↪ 176.
- **Discuta** se: náuseas/vômitos persistentes > 2 semanas ou diagnóstico incerto.

<sup>1</sup>Alérgeno pode ser: picada de inseto, medicamento ou comida nova nas últimas horas. <sup>2</sup>Dilua 10mg de morfina com 9mL de cloreto de sódio 0,9%. Aplique morfina diluída 3mL EV em 3 min (1mL/min). Se necessário, aplique mais 1mL/min até melhora, até 10mL. <sup>3</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

# Diarreia

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

- Sede, boca seca, turgor de pele diminuído, olhos fundos, sonolência/confusão, PAS < 90, FC ≥ 100: provável desidratação

### Manejo:

- Dê solução de reidratação oral: goles pequenos (meta: 1-2L em 2h). Se vômito, espere 10 min e tente mais devagar, ou dê metoclopramida 10mg VO/IM/EV ou dimenidrinato 50-100mg VO.
- Se incapaz de beber ou PAS < 90, aplique cloreto de sódio 0,9% 500mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou crepitações pulmonares.
- Se sem melhora após reidratação EV ou 2 horas de reidratação oral, discuta/encaminhe no mesmo dia.

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

- Confirme que paciente tem diarreia: ≥ 3 evacuações (moles ou líquidas) ao dia.
- Se > 65 anos, restrito ao leito ou em cuidados paliativos, avalie massa fecal imóvel e sólida no reto. Se presente, provável impactação fecal: discuta opções de tratamento/enema.
- Pergunte sobre a duração da diarreia:

Diarreia ≤ 2 semanas

- Prescreva solução reidratação oral.
- Se vômitos, prescreva dimenidrinato 50-100mg ou metoclopramida 10 mg cada 8 horas se necessário por até 5 dias.
- Tem sangue nas fezes?

Sim

- Provável disenteria
- Trate com ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 3 dias. Se gestante, dê ao invés por azitromicina 500mg ao dia por 3 dias.
- Se não melhorar após 2 dias adicione metronidazol<sup>1</sup> 500mg cada 8 horas por 7 dias. Se não melhorar, discuta.

Não

- Se esteve em área de cólera e diarreia 'água de arroz'<sup>2</sup> em grande volume: de doxiciclina 300mg dose única (se gestante, dê ao invés azitromicina 1g) e discuta.
- Se não: provável gastroenterite viral:
  - Se sintomas respiratórios, alteração/perda olfato/paladar, considere COVID-19 ↗ 54.
  - Se disponível, prescreva loperamida 4mg inicialmente, depois 2mg após evacuações, máximo 16mg/dia por até 5 dias.
  - Oriente que antibióticos não são necessários e deve beber bastante líquidos.
  - Retornar se: sangue nas fezes, piorar, confusão mental ou durar > 2 semanas.

- Aconselhe aumentar ingestão de líquidos, lavar as mãos com água e sabão antes de preparar alimentos/após usar banheiro, higienizar superfícies/equipamentos usados na preparação de alimentos. Lavar e descascar frutas e vegetais. Usar apenas água segura/desinfetada para preparar alimentos/bebidas/gelo. Cozinhar bem os alimentos, evitar crus, especialmente carne e frutos do mar.
- Se episódios recorrentes de diarreia e sem acesso a água potável, envolva assistência social.
- Se paciente tem uma doença incurável, ofereça também cuidados paliativos ↗ 176.

Diarreia > 2 semanas

- Teste para HIV ↗ 122. Se HIV positivo, discuta.
- Se sangue/muco, discuta.
- Solicite exame parasitológico de fezes e cultura/antibiograma. Enquanto aguarda resultado ou se exame não for viável, considere tratar giardíase: prescreva metronidazol<sup>1</sup> 250mg cada 8 horas por 5-7 dias. Se não tolerar metronidazol, pare e dê ao invés albendazol 400mg ao dia por 5 dias. Se gestante, não use albendazol e discuta.

Se realizado, avalie resultado do exame parasitológico de fezes e cultura/antibiograma:

Parasitológico ou cultura positiva:  
trate de acordo com o resultado.

- Se diarreia persiste 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.

Parasitológico ou cultura negativa

- Prescreva metronidazol<sup>1</sup> ou albendazol como acima, se não já tiver feito.
- 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.

<sup>1</sup>Evitar álcool até 48 horas após metronidazol via oral. <sup>2</sup>Diarreia aquosa turva sem sangue/pus e sem odor fecal (pode ter odor de peixe).

# Constipação

Paciente com constipação queixa-se de evacuar ≤ 3 vezes/semana com fezes endurecidas, tem dificuldade para evacuar e/ou sensação de que fezes não foram totalmente eliminadas.

## Atenda com urgência paciente com constipação e:

Sem fezes ou gases há 24 horas com qualquer um: distensão /dor abdominal intensa, vômitando ou Tax ≥ 37.5°C

### Maneje e encaminhe no mesmo dia:

- Mantenha paciente em jejum (sem alimento/líquido via oral) e estabeleça acesso venoso. Evite metoclopramida para vômito.
- Se PAS < 90, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou crepitações pulmonares.
- Se Tax ≥ 37.5°C, aplique **ceftriaxona** 2g IM (evite injetar > 1g IM no mesmo local de aplicação).
- Se dor intensa, aplique **morfina** 10mg IM ou **morfina** diluída 3-10mg EV lento<sup>1</sup>, pare se PAS < 90.

### Abordagem de paciente com constipação que não necessita de atenção urgente

- Se risco de câncer de intestino: perda de peso inexplicada ↗ 35, fezes enegrecidas<sup>2</sup>, sangue em fezes sem causa aparente (como hemoroidas), constipação recente inexplicada e sem melhora, anemia por deficiência de ferro, sangue oculto em fezes positivo: solicite **HMG, TSH, glicose, creatinina, cálcio, rx de abdome** e **colonoscopia**. Interprete e discuta.
- Se sintomas anais ↗ 65. Se nenhum dos acima, investigue causas: verifique medicamentos, gravidez, problemas de tireoide, diabetes ou impactação:

#### Medicamentos

- Amitriptilina, antidepressivos, antipsicóticos, antiépilepticos, omeprazol, opioides (codeína, morfina), suplementos de ferro, podem causar constipação.
- Avalie **trocar** ou **parar**.

#### Gravidez

- Exclua gravidez.
- Se gestante, oriente que constipação é comum durante gestação. Ofereça cuidados de pré-natal ↗ 167 e aconselhe como abaixo.

#### Problemas de tireoide

- Se ganho de peso sem aumento de apetite, desânimo, pele seca, intolerância ao frio: solicite **TSH**.
- Se TSH anormal, **discuta** para investigações adicionais e tratamento. Se tratando, reavalie constipação em 3 meses.

#### Diabetes

- Verifique necessidade de rastrear ↗ 138. Em especial se fome/sede excessiva, aumento da frequência urinária, perda de peso inexplicada.

#### Impactação fecal

- Se > 65 anos, restrito ao leito ou em cuidados paliativos, avalie massa fecal imóvel e sólida no reto.
- Se presente, provável **impactação fecal**, retire fezes com cuidado utilizando lubrificação. Se sem melhora, discuta opções de enema.
- Se paciente está acamado ou tem uma doença incurável, considere oferecer também cuidados paliativos ↗ 176.

- Se dor abdominal recorrente e ≥ 2 dos seguintes: dor alivia ao evacuar, distensão abdominal, alteração na frequência/aparência das fezes, muco nas fezes, considere **síndrome do intestino irritável**. Se disponível, encaminhe para nutricionista para orientação dietética.
- Se ≥ 40 anos, verifique necessidade de rastrear câncer colorretal ↗ 23. Se todas as possíveis causas acima excluídas e sem melhora e > 50 anos, **discuta** para considerar solicitar **colonoscopia**.

#### Aconselhe paciente com constipação

- Oriente dieta rica em fibras (legumes, frutas, cereais integrais, farelo e ameixas secas cozidas), beber quantidade adequada de líquidos e fazer pelo menos 30 minutos de exercícios moderados (ex: caminhada rápida ou movimentar todos os membros, se não puder caminhar) na maioria dos dias da semana.
- Explique que é normal evacuar a cada poucos dias e que o melhor momento para evacuar é pela manhã e após as refeições.

#### Trate paciente com constipação

- Evite uso regular de enemas/laxantes, pois podem piorar constipação. Use-os apenas se necessário.
- Se não melhorar com dieta e exercícios, dê **óleo mineral** 15-45mL ao dia ou cada 8 horas. Evite uso prolongado.
- Se não melhorar, **discuta** para avaliar outros tratamentos.

**Se não melhorar após 3 meses de tratamento, causa incerta, especialmente se > 50 anos, ou se risco de câncer de intestino (vide acima), discuta para investigação adicional.**

<sup>1</sup>Dilua 10mg de morfina com 9mL de cloreto de sódio 0,9%. Aplique morfina diluída 3mL EV em 3 min (1mL/min). Se necessário, aplique mais 1mL/min até melhora, até 10mL. <sup>2</sup>Suplementação com ferro pode causar fezes enegrecidas, considere se fezes enegrecidas iniciaram ou ocorrem sem uso de ferro.

# Sintomas anais

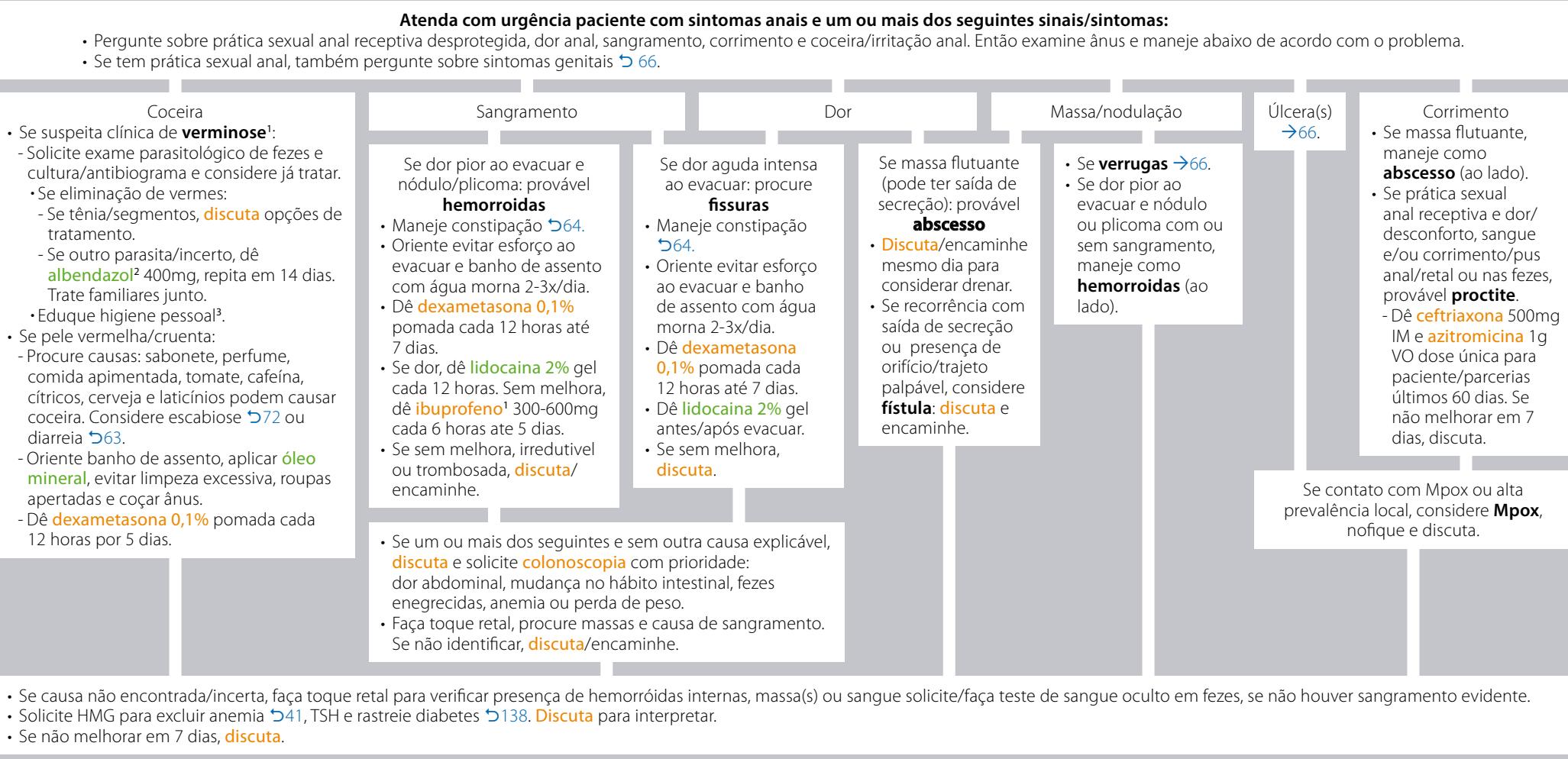
- Nódulo extremamente dolorido no ânus

**Discuta/encaminhe no mesmo dia.**

## Atenda com urgência paciente com sintomas anais e um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

- Incapaz de defecar devido sintomas anais
- Saída de sangue em grande quantidade ou com coágulos

- Protusão do reto pelo ânus



<sup>1</sup>Saneamento básico precário, coceira pior à noite, pode ter também dor abdominal. <sup>2</sup>Se gestante, **discuta** opções de tratamento. <sup>3</sup>Usar sapatos, lavar as mãos com frequência e enxaguar/cozinhar bem alimentos.

# Sintomas genitais

## Avalie paciente com sintomas genitais e suas parcerias

Avalie	Observações
Sintomas	Pergunte sobre corrimento, rash, coceira, nódulo(s), úlcera(s), vesícula(s) na região dos genitais (pênis, vagina, ânus). Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.
Saúde sexual	Pergunte sobre problemas sexuais ↪ 77 e práticas sexuais de risco para HIV/IST: IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativo, faz sexo sob efeito de álcool/drogas. Se risco para IST/HIV, aconselhe sexo seguro/prevenção combinada como quadro abaixo e ofereça PrEP ↪ 110.
Violência sexual	Pergunte sobre violência sexual. Se sim ↪ 106.
Planejamento Familiar	Avalie necessidade de contracepção ↪ 165. Exclua gravidez. Se gravidez ↪ 167.
Exame físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pessoa com útero/vagina: examine abdome para massas, investigue corrimento/úlcera/rash/nódulo. Faça palpação bimanual para investigar dor à mobilização do colo ou massas pélvicas. Faça exame especular para investigar alteração cervical.</li> <li>Pessoa com pênis: procure por corrimento, linfonodos inguinais, úlceras, edema escrotal ou massas. Se tem prepúcio, verifique se retrai totalmente e procure por ferimentos/úlceras.</li> </ul>
HIV	Teste para HIV (prefira sempre teste rápido) ↪ 122. Se positivo, inicie TARV (em até 7 dias) e ofereça cuidados de rotina ↪ 123.
Sífilis	Se não tem história de sífilis, faça teste rápido (TR). Se história de sífilis ou TR não disponível, solicite VDRL/RPR. Interprete ↪ 70. Se diagnóstico de sífilis, trate paciente e parcerias ↪ 71.
Hepatite B	Se tem registro de anti-HBs ≥ 10, considere imune (não precisa testar/vacinar). Se não tem anti-HBs ≥ 10 ou tem anti-HBs < 10, teste para hepatite B ↪ 128 e verifique necessidade de vacinar
Hepatite C	Teste para hepatite C ↪ 129.
Exame citopatológico	Avalie necessidade de rastrear câncer de colo de útero ↪ 73. Se corrimento vaginal anormal, trate corrimento antes de rastrear ↪ 68.

## Aconselhe paciente com sintomas genitais e suas parcerias

- Aconselhe sexo seguro/prevenção combinada: forneça preservativo/gel lubrificante, oriente teste regular de ISTs e o que é e onde buscar PEP/PrEP. Usar luvas se *fisting*. Evitar compartilhar brinquedos性uais.
- Se está com sintomas genitais/IST: explique causa e que ISTs aumentam risco de infecção pelo HIV. Oriente sobre importância de revelar diagnóstico e tratar parcerias. Ajude revelar diagnóstico para cada parceria. Estimule paciente e parcerias fazerem tratamento completo, absterem-se de sexo por no mínimo 1 semana após tratamento e melhora completa.

## Trate paciente com sintomas genitais e suas parcerias

Corrimento	Dor/edema escrotal	Coceira	Úlcera/vesícula	Nódulo(s)
Pênis ↪ 67	Vaginal ↪ 68	Anal ↪ 65	→ 67	Corrimento vaginal ↪ 68
<b>Diagnóstico do paciente</b>				<b>Trate parcerias de acordo com o diagnóstico de paciente e oriente parcerias com sintomas a procurarem avaliação</b>
Cervicite/doença inflamatória pélvica				Prescreva às parcerias dos últimos 60 dias (mesmo sem sintomas ou teste positivo) dose única de <b>ceftriaxona</b> 500mg IM e <b>azitromicina</b> 1g via oral.
Uretrite masculina ou orqui/epididimite				Prescreva às parcerias dos últimos 60 dias (mesmo sem sintomas ou teste positivo) dose única de <b>ceftriaxona</b> 500mg IM e <b>azitromicina</b> 1g via oral.
Úlcera genital (sífilis/cancroide)				Prescreva às parcerias dos últimos 90 dias (mesmo sem sintomas ou teste positivo) dose única de <b>penicilina benzatina</b> 2,4MUI IM (1,2MUI em cada glúteo) e <b>azitromicina</b> 1g via oral.
Sífilis positivo				<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescreva às parcerias dos últimos 90 dias (mesmo sem sintomas ou teste positivo) Aplique na mesma consulta dose única de <b>penicilina benzatina</b> 2,4MUI IM (1,2MUI em cada glúteo).</li> <li>- Se alergia confirmada à penicilina/silicone locais aplicação ↪ 71.</li> <li>Teste parceria para sífilis ↪ 70, interprete resultado e decida se necessita tratar para sífilis tardia.</li> </ul>
Balanite/balanopostrite				Se parceria com sintomas vaginais, dê <b>miconazol 2%</b> creme vaginal 1x/dia à noite por 7 dias ou dose única de <b>fluconazol</b> 150mg via oral (se gestante, não dê fluconazol).
Pediculose pubiana				Prescreva <b>permeterina 1%</b> <sup>1</sup> loção nas áreas afetadas, enxagar 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"> <li>Se parcerias sintomáticas, prescreva <b>doxiciclina</b> 100mg via oral cada 12 horas por 21 dias. Se gestante/amamentando, prescreva <b>azitromicina</b> 1g/semana por 3 semanas.</li> <li>Se parcerias dos últimos 60 dias assintomáticas, prescreva dose única de <b>azitromicina</b> 1g via oral</li> </ul>

<sup>1</sup>Dilua 1 parte de permeterina 5% em 4 partes de água.

# Sintomas no pênis/região escrotal

## Atenda com urgência paciente com sintomas no pênis/região escrotal e um ou mais dos seguintes:

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

### Manejo:

- Se provável **torção de testículo ou priapismo**: encaminhe com urgência.
- Se provável **parafimose**: se glande azul/enegrecida: encaminhe com urgência. Se *não está azul/enegrecida*, tente **redução manual**:
  - Aplique **lidocaína gel 2%** gel na glande e a envolva com gaze (com ou sem gelo). Aplique pressão crescente por 10-15 minutos até recolocar prepúcio sobre a glande. Se não melhorar, encaminhe com urgência.

## Abordagem de paciente com sintomas no pênis/região escrotal que não necessita de atenção urgente

Se ainda não tiver feito, avalie paciente com sintomas genitais ↪ 66. Se disúria/aumento da frequência/urgência urinária e sem corrimento e sem sexo desprotegido/nova parceria no último mês → 78.

Corrimento e desconforto uretral *ou* disúria/queimação ao urinar e sexo desprotegido/nova parceria no último mês



© University of Cape Town

Dor ou edema escrotal



© University of Cape Town

Dor, coceira ou odor fétido na glande



© University of Cape Town

### Provável **uretrite masculina**.

- Prescreva dose única de **ceftriaxona** 500mg IM e dose única de **azitromicina** 1g via oral.
- Trate todas as parcerias dos últimos 60 dias ↪ 66.

Oriente retornar em 7-10 dias se não melhorar:

- Se tratamento incompleto ou nova exposição/parceria não tratou, retrace paciente e parcerias ↪ 66.
- Se tratamento adequado paciente/parceria e sem nova exposição:
  - Prescreva dose única de **ceftriaxona** 500mg IM e **azitromicina** 2g via oral e, se sexo vaginal, **metronidazol**<sup>1</sup> 2g via oral.
  - Se sintomas persistirem após 7-10 dias, **discuta**.

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

- Prescreva dose única de **ceftriaxona** 500mg IM e **doxiciclina** 100mg cada 12 horas por 10 dias.
- Trate parcerias últimos 60 dias ↪ 66.
- Se dor, prescreva **paracetamol** ou **dipirona**<sup>2</sup> 500-1000mg ou **ibuprofeno**<sup>3</sup> 300-600mg cada 6 horas por até 5 dias
- Se não melhorar em 72h **discuta** e considere **USG** e tratamento/ diagnóstico alternativo.

### Nódulo indolor: considere **câncer testicular**.

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

### Provável **balanite/balanopostite**:

- Aconselhe lavar todo dia com água, evitar sabonetes. Retrair prepúcio ao lavar, secar totalmente. Considere **hidrocortisona 1%** tópica, se disponível, 2x/dia por 5-7 dias.
- Se sinais típicos<sup>4</sup> ou parceira com/candidíase, dê **miconazol 20mg/g creme vaginal** 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.
- Se parceira sintomática, trate ↪ 66.
- Oriente paciente retornar em 7 dias se sintomas persistirem:
  - Se baixa adesão, repita tratamento.
  - Considere testar para DM ↪ 138 e HIV ↪ 122 e **discuta**.

Se contato com Mpox nos últimos 21 dias ou alta prevalência local e lesão única/múltipla, geralmente com umbilicação central ou edema de pênis, considere **Mpox** e **discuta**.

<sup>1</sup>Evitar álcool até 48 horas após metronidazol. <sup>2</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>3</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispespisia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool. <sup>4</sup>Rash com coceira/dor, descamação, pequenas pápulas/placas avermelhadas, secreção esbranquiçada.

# Corrimento vaginal

- É normal ter corrimento vaginal fisiológico. Corrimentos anormais coçam ou tem cor ou odor. Nem todo corrimento é uma IST.
- Se ainda não tiver feito, primeiro avalie e aconselhe paciente com corrimento vaginal ↪ 66. Faça inspeção, exame especular e toque vaginal:

- Se corrimento grumoso/sem odor e com coceira ou vulva inflamada (vermelha, inchada, dolorida), provável **candidíase**: dê **miconazol 2% creme vaginal** à noite por 7 dias ou dose única de **fluconazol** 150mg via oral. Se gestante não prescreva fluconazol, prescreva miconazol creme vaginal. Se parceria sintomática, trate balanite/balanopostite ↪ 67.
- Se sintomas intensos/disfunção imune<sup>1</sup>, dê **fluconazol**<sup>2</sup> 150mg via oral em 0, 3 e 6 dias. Se ≥ 4 episódios/ano, trate com **fluconazol**<sup>3</sup> 150mg via oral em 0, 3 e 6 dias, então 1x/semana por 6 meses. Teste para diabetes ↪ 29 e HIV ↪ 122.
- Continue avaliando paciente:

Tem dor abdominal baixa ou dor à mobilização do colo?

Não

Uso irregular de preservativo ou nova/múltiplas parcerias sexuais ou parceria/paciente com IST e 1 ou mais dos seguintes: sagramento pós-coito/intermenstrual, muco/pus no colo, colo avermelhado/edemaciado ou sagramento fácil se colo manipulado com swab/espátula?

Não

Sim

Considere **vaginose bacteriana**:

- Se corrimento vaginal com odor fétido ou KOH positivo, dê **metronidazol**<sup>4</sup> 500mg via oral cada 12 horas por 7 dias ou **metronidazol 100mg/g** gel vaginal (se gestante, prefira oral). à noite por 5 dias.
- Se sem odor fétido e KOH negativo (se disponível): se provável candidíase, trate como acima. Se candidíase improvável, **discuta**.

Provável **cervicite**

- Prescreva dose única de **ceftriaxona** 500mg IM e **azitromicina** 1g via oral.
- Se corrimento vaginal com odor fétido ou teste KOH positivo, associe: **metronidazol**<sup>4</sup> 500mg cada 12 horas por 7 dias.
- Notifique paciente e trate parcerias últimos 60 dias (independente de sintomas/testes) ↪ 66.

- Reavalie em 7 dias. Se não melhorou: examine colo, reavalie diagnóstico e considere coletar citopatológico.
- Verifique adesão: se tratamento incompleto, repita tratamento e reavalie em 7 dias. Se tratamento completo, maneje de acordo com diagnóstico prévio:
    - Se candidíase, **discuta**/encaminhe.
    - Se vaginose, considere **tricomoníase** e prescreva **metronidazol**<sup>4</sup> 2g via oral dose única para paciente e parcerias性ual. Reavalie em 7 dias. Se não melhorar, **discuta** e considere prescrever **clindamicina** 300mg via oral cada 12 horas por 7 dias.
    - Se cervicite, verifique se teve nova exposição/parceria não tratou. Se sim, retrate paciente/parcerias e reavalie em 7 dias. Se não teve reexposição/parceria tratou:
      - Se não usou metronidazol, considere tratar paciente/parceria com **metronidazol**<sup>4</sup> 500mg 2g via oral dose única e reavalie em 7 dias. Se já usou metronidazol, dê **doxiciclina**<sup>7</sup> 100mg cada 12 horas por 7 dias e reavalie após. Se sem melhora, **discuta**/encaminhe.

Sim

**Atenda com urgência se 1 ou mais dos seguintes:**

- Aborto/parto/termino recente de gestação
- Gravidez ou menstruação atrasada
- Peritonite (defesa, rigidez ou dor à descompressão do abdome)
- Sangramento vaginal anormal
- Temperatura ≥ 38°C ou PAS < 90
- Massa abdominal

**Maneje e encaminhe com urgência:**

- Se PAS < 90, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou crepitacões pulmonares.

**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** → 78. Se improvável, trate conforme abaixo.

Provável **doença inflamatória pélvica**

- Se gestante ou menstruação atrasada, encaminhe no mesmo dia.
- Se não é gestante: prescreva **ceftriaxona** 500mg IM dose única e **doxiciclina** 100mg cada 12 horas por 14 dias e **metronidazol**<sup>4</sup> 500mg cada 12 horas por 14 dias.
- Para dor, prescreva **paracetamol** ou **dipirona**<sup>5</sup> 500-1000mg cada 6 horas se necessário. Se não melhorar, prescreva também **ibuprofeno**<sup>6</sup> 300-600mg cada 6 horas até 5 dias.
- Trate parcerias últimos 60 dias (independente de sintomas/testes) ↪ 66.
- Se usa DIU, não precisa remover. Se optar remover, remova após 2 doses do tratamento.
- Reavalie em 3 dias de tratamento. Se não melhorar **discuta** ou **encaminhe**.

<sup>1</sup>HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. <sup>2</sup>Se gestante dê **miconazol 2% creme vaginal** (ao invés de fluconazol) à noite por 14 dias. <sup>3</sup>Se gestante dê **miconazol 2% creme vaginal** (ao invés de fluconazol) à noite por 14 dias, então 2x/semana. <sup>4</sup>Eitar álcool até 48 horas após metronidazol via oral. <sup>5</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>6</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispesia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool. <sup>7</sup>Se gestante, não prescreva doxiciclina e **discuta** opções.

# Úlcera genital

Se ainda não tiver feito, avalie paciente com úlcera genital ↪ 66. Paciente tem ou teve recentemente vesículas na região genital?

Sim

Não

## Trate para herpes genital

- Inicie tratamento em até 72 horas do início dos sintomas ou após 72h se continua aparecendo novas lesões ou mantém dor:
  - Se primeiro episódio, dê **aciclovir** 400mg cada 8 horas por 7-10 dias. Se melhora parcial, trate mais 5-7 dias.
  - Se episódios recorrentes e sintomas leves, considere não tratar.
  - Se episódios recorrentes e sintomas moderados, dê **aciclovir** 800mg cada 12 horas por 5 dias.
    - Se disfunção imune<sup>1</sup>, dê **aciclovir** 400mg cada 8 horas por 5-10 dias.
    - Considere deixar prescrição para paciente tratar ao início dos sintomas (dor, coceira, vermelhidão, antes das vesículas aparecerem).
  - Se > 6 episódios em 1 ano, ofereça terapia supressora: dê **aciclovir** 400mg cada 12 horas por 6 meses à 1 ano. Se persistir após 1 ano, **discuta** para prolongar tratamento por mais 1 ano.
  - Se gestante, prescreva profilaxia com **aciclovir** 400mg cada 8 horas entre 36 semanas até o parto.
  - Se dor, dê **paracetamol** ou **dipirona**<sup>2</sup> 500-1000mg cada 6 horas e **lidocaína 2%** gel cada 8 horas nas lesões se necessário. Se não melhorar, dê **ibuprofeno**<sup>3</sup> 300-600mg cada 6 horas por ate 5 dias.
  - Oriente que banhos de assento por 10 minutos em água morna ou compressas com soro fisiológico podem ajudar na dor.
  - Mantenha lesões limpas e secas.
  - Explique que o tratamento não cura a infecção, que ela é para toda a vida que é comum ter episódios recorrentes mais leves.
  - Oriente que a transmissão da herpes pode ocorrer mesmo sem sintomas. Oriente uso dos preservativos e não ter relações sexuais se lesões ativas. O risco de infecção pelo HIV aumenta quando tem úlceras.
  - Se sexo desprotegido nos últimos 3 meses, teste para sífilis ↪ 70. Se não for possível testar, trate também para provável sífilis/cancro (conforme quadro ao lado).

## Trate para sífilis recente/primária e cancroide

- Aplique na mesma consulta dose única de **penicilina benzatina** 2,4MUI IM (1,2MUI em cada glúteo. Se alergia confirmada à penicilina/silicone locais aplicação ↪ 71).
- 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**<sup>2</sup> 500-1000mg cada 6 horas se necessário.
- Teste para sífilis ↪ 70.
- Trate parcerias dos últimos 3 meses (independente de sintomas/testes) ↪ 66.
- Se corrimento vaginal/uretral, trate também paciente e parcerias ↪ 66 para **gonorreia** 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

Sim

Se não melhorar em 7 dias, **discuta**.

## Provável Linfogranuloma Venéreo/Donovanose:

- Prescreva **doxiciclina** 100mg cada 12 horas via oral por 21 dias. Se gestante/amanentando 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 ou linfonodo flutuante, **discuta** para considerar biopsia.
- Trate parcerias dos últimos 60 dias ↪ 66.



© University of Cape Town

Se contato com Mpox ou alta prevalência local, considere **Mpox** e **discuta**.

<sup>1</sup>HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. <sup>2</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>3</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispespisia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

# Sífilis: diagnóstico

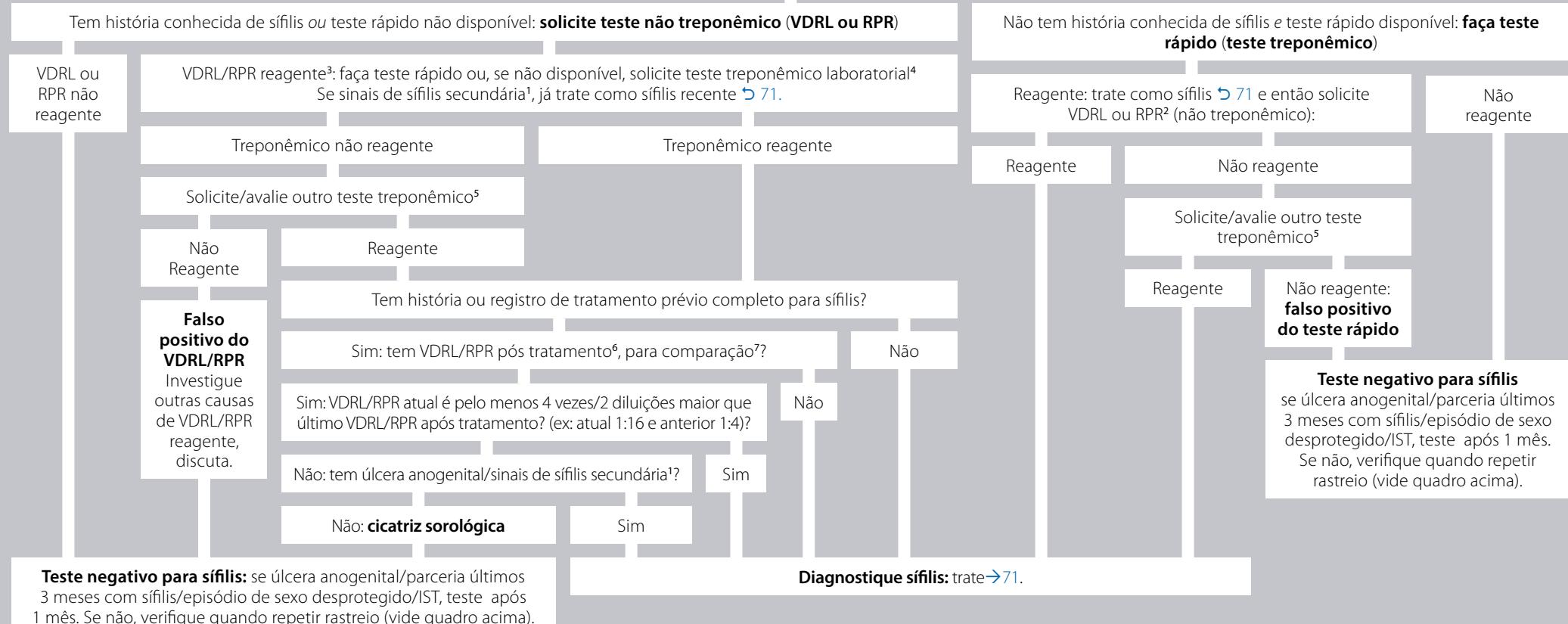
- Episódio de sexo desprotegido/IST
- Parceria sexual nos últimos 3 meses com sífilis/IST
- Úlcera anogenital/sinais de sífilis secundária<sup>1</sup> ou linfadenopatia sem causa determinada

- Teste para sífilis se**
- Idade ≤ 30 anos e último teste há > 1 ano
  - Uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias sexuais ou troca sexo por favores/dinheiro ou vive com HIV ou privação de liberdade e último teste há > 6 meses

- Planejando engravidar ou gestante (1ª consulta, 14-26 e > 28 semanas)
- Puérpera se teste não realizado na gestação/parto
- História recente de abortamento espontâneo/natimorto
- Outros sintomas suspeitos (ex: demência)

• **Avalie antes de testar:** se úlcera genital sem vesículas, trate sífilis recente/cancroide [69](#); se teve parceria sexual nos últimos 3 meses com sífilis, trate como sífilis recente [71](#). Então teste<sup>2</sup>.

• **Decida qual teste fazer:** avalie se tem história conhecida de sífilis e se tem teste rápido para sífilis está disponível:



<sup>1</sup>Ocorrem 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). <sup>2</sup>Se possível e sem atrasar tratamento, colete VDRL/RPR antes/no dia que inicia tratamento. Verifique resultado e avalie para decidir se trata para sífilis tardia. <sup>3</sup>Se não tem história conhecida de sífilis e é gestante ou tem risco de perda de seguimento, também já trate como sífilis [71](#). <sup>4</sup>Confira se laboratório já faz automaticamente o teste treponêmico na mesma amostra, se não solicite laboratorial (como FTA-Abs, TPHA, ELISA, CMIA). <sup>5</sup>Outro teste treponêmico de metodologia diferente do primeiro. Confira se laboratório já faz automaticamente esse outro teste na mesma amostra. <sup>6</sup>Compare VDRL com VDRL ou PRP com RPR. Se não for possível, discuta para interpretar. <sup>7</sup>Considerar cicatriz sorológica se VDRL/RPR reagentes com baixa titulação (se ≥ 1:16, teste HIV [122](#) e discuta) após resposta adequada ao tratamento: VDRL/RPR pós-tratamento (6 meses após tratar sífilis recente ou 12 meses após tratar sífilis tardia) pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que o do diagnóstico (ex: VDRL/RPR do diagnóstico 1:16 e após tratamento 1:4, ou de 1:32 para 1:8).

# Sífilis: tratamento

**Decida sobre tratamento de sífilis recente ou tardia:** tem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária<sup>1</sup> ou teste negativo para sífilis há menos de um ano?

Sim para qualquer um

Não para todos

## Notifique e trate sífilis recente: primária, secundária ou latente recente (< 1 ano)

- Aplique na mesma consulta dose única de **penicilina benzatina** 2,4MUI IM (1,2MUI cada glúteo)
- Se história de alergia confirmada à penicilina ou silicone nos locais de aplicação:
  - Se não for gestante e não está amamentando, dê **doxiciclina** 100mg cada 12 horas por 15 dias.
  - Se gestante ou amamentando e alergia à penicilina, avalie gravidade do episódio:
    - Se anafilaxia/angioedema, **discuta** e encaminhe para dessensibilizar/aplicar com suporte.
    - Se não teve anafilaxia/angioedema, aplique penicilina e monitore alergia/anafilaxia.
  - Se gestante ou está amamentando e está inseguro se sífilis recente ou tardia, trate como tardia.

## Notifique e trate sífilis tardia: latente tardia (> 1 ano) ou duração ignorada

- Aplique na mesma consulta **penicilina benzatina** 2,4MUI IM (1,2MUI cada glúteo) e repita cada 7 dias por mais 2 semanas (dose total de 7,2MUI).
- Se história de alergia confirmada à penicilina ou silicone em locais de aplicação:
  - Se não for gestante e não está amamentando, dê **doxiciclina** 100mg cada 12 horas por 30 dias.
  - Se gestante ou amamentando e alergia à penicilina, avalie gravidade do episódio:
    - Se anafilaxia/angioedema, **discuta** e encaminhe para dessensibilizar/aplicar com suporte.
    - Se não teve anafilaxia/angioedema, aplique penicilina e monitore alergia/anafilaxia.

- Investigue sintomas oculares/neurológicos (sobretudo se HIV). Se presentes, investigue **neurossífilis: discuta** e solicite **punção lombar**.
- Oriente que febre, dor de cabeça ou muscular, coceira e rash podem ocorrer após tratamento e melhoram em 1-2 dias. Dê **paracetamol** ou **dipirona** 500-1000mg cada 6 horas se necessário.
- **Trate todas parcerias sexual(is) dos últimos 3 meses** como sífilis recente ↪ 66 independente de testes/sintomas, então teste cada parceria ↪ 70 e decida se trata para sífilis tardia.
- Se sífilis tardia e intervalo entre doses > 14 dias ou se gestante e intervalo entre doses > 9 dias: reinicie tratamento e retrate parcerias reexpostas de acordo com respectivo estágio clínico
- Monitore paciente com teste não treponêmico (VDRL/RPR) como abaixo.

# Sífilis: monitoramento pós-tratamento

**Monitore VDRL/RPR após tratamento:** solicite com 3, 6, 9 e 12 meses. Se gestante: solicite mensalmente até parto, após parto cada 3 meses até 1 ano após tratamento.

- VDRL/RPR de 3 meses na sífilis recente e os de 3, 6 e 9 meses na sífilis tardia e os mensais em gestantes, servem para monitorar reinfecção/reactivação: **se aumento de 2 diluições/4 vezes**, retrate paciente/parcerias para sífilis recente/tardia (de acordo com cada caso) e reinicie monitoramento. Variações de uma diluição (ex.: de 1:2 para 1:4; de 1:16 para 1:8) não são consideradas.

Compare VDRL/RPR pós-tratamento<sup>2</sup> (≥ 6 meses após tratar sífilis recente, ou ≥ 12 meses após tratar sífilis tardia) com VDRL/RPR do diagnóstico: VDRL/RPR pós-tratamento é pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que do diagnóstico (ex: anterior 1:32, atual 1:8) em ≥ 6 meses após tratamento para sífilis recente ou em ≥ 12 meses após tratamento para sífilis tardia?

Não

Sim: paciente persiste ou desenvolveu sinais de sífilis?

Sim

## Retrate paciente/parcerias para sífilis recente/tardia (de acordo com cada caso), reinicie monitoramento e teste para HIV ↪ 122:

- Se HIV positivo, **discuta** para investigar neurossífilis com **punção lombar**
- Se HIV negativo com tratamento completo e sem história de nova exposição (sexo desprotegido), **discuta** para decidir se investiga **neurossífilis** com **punção lombar** ou trata como sífilis tardia ou se não trata/não investiga (no caso de exame neurológico normal)<sup>3</sup>.

Não: **resposta adequada**

- Continue monitoramento. Se completou 1 ano de monitoramento e tratamento completo com VDRL/RPR pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que do diagnóstico e sem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária<sup>1</sup>, dê **alta** e verifique quando repetir rastreio → 70.
- Se gestante e completou tratamento com penicilina e 1ª aplicação ≥ 30 dias do parto e sem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária<sup>1</sup>, considere tratamento adequado e registre no cartão de gestante.

<sup>1</sup>Úlcera genital ou rash generalizado (principalmente palmas e plantas), lesão oral, lesão vegetante (em especial em genitais), perda irregular de cabelo, sintomas gerais (mal-estar, febre, cansaço). <sup>2</sup>Compare VDRL com VDRL ou PRP com RPR. Se não for possível, **discuta** para interpretar. <sup>3</sup>Nesses casos, considere prolongar monitoramento para verificar queda da titulação; ou que queda esperada é improvável especialmente se VDRL/RPR do diagnóstico com baixa titulação (ex: 1:4) ou não reage.

# Outros sintomas genitais

Se ainda não tiver feito, primeiro avalie e aconselhe paciente [↳ 66](#). Maneje conforme sintoma principal:

## Nódulo(s) ou verruga(s)

Nódulo(s) indolor(es) e elevado(s) da cor da pele com superfície redonda/em forma de couve-flor (na pele ao redor dos genitais, ânus ou colo do útero)



© BMJ Best Practice



© University of Cape Town

## Pápulas com umbilicação central



©University of Cape Town

Picadas com coceira intensa. Pode ter piolhos ou lêndeas (tamanho de cabeça de alfinete)

## Provável pediculose pubiana

- Trate paciente e parcerias.
- Prescreva **permetrina 1%**<sup>2</sup> loção nas áreas afetadas. Enxaguar após 10 minutos. Evitar mucosas, abertura uretral e áreas cruentas. Repita após 7 dias.
- Oriente lavar com água quente<sup>3</sup> 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 pélvica

Coceira pior à noite e pápulas/nódulos vermelhos



© BMJ Best Practice

## Provável verrugas genitais

- Teste para sífilis [↳ 70](#).
- Aplique **ácido tricloroacético 80%** (proteja áreas não afetadas com **lidocaína 2%** gel ou **vaselina líquida**, se disponível). Repita 1x/semana até melhora ou por até 10 semanas. Se gestante, use mesmo tratamento.
- Examine paciente: procure verrugas em genitais, ânus, pélvis, 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 [↳ 73](#) (não há necessidade de alterar frequência de rastreio).
- Considere **biópsia** ou **discuta**/encaminhe se:
  - Verrugas > 1cm ou com características atípicas<sup>1</sup>
  - Múltiplas lesões complicadas (inflamação ou infecção)
  - 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 que nem sempre é possível saber fonte ou quando ocorreu transmissão, a infecção pode ser assintomática por longo período; a maioria das verrugas resolvem 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/partner sexual; a presença de verrugas não é indicação de parto cesárea.

## Provável molusco contagioso

- Oriente que a maioria das lesões resolvem espontaneamente em 6-12 meses.
- Curete as lesões, se possível, ou **discuta** outras opções de tratamento.
- Se HIV, deve resolver com TARV.
- Se contato com Mpox ou alta prevalência local, considere **Mpox** e **discuta**.

Se lesões infeccionadas (pus/vermelho/inchado/crosta), provável **impetigo** [↳ 85](#).

## Provável escabiose

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

<sup>1</sup>Lesão plana, infiltrada e dura, com pigmentação incomum (vermelho, azul, preto, marrom), sangramento, ulceração e/ou crescimento recente e repentino. <sup>2</sup>Dilua 1 parte de permetrina 5% em 4 partes de água. <sup>3</sup>Se não consegue lavar/lavar com água quente, oriente deixar fechadas em saco plástico por 3 dias.

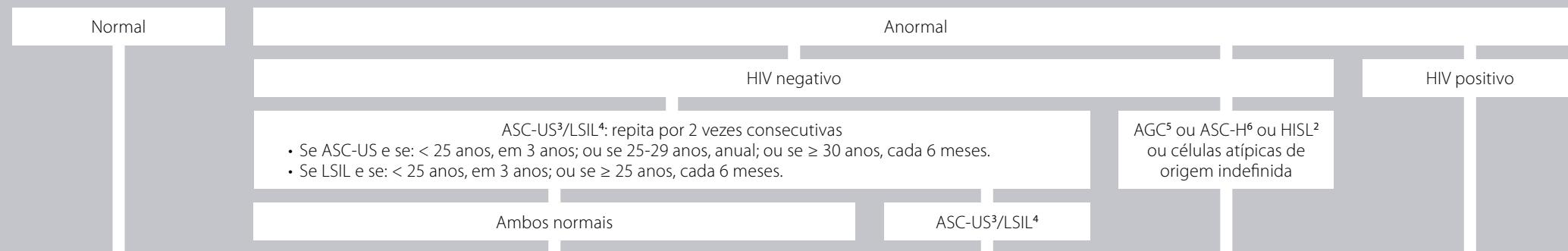
# Rastreio do câncer de colo de útero

## **Uma pessoa com útero que já teve sexo vaginal receptivo precisa do rastreio de câncer de colo de útero se<sup>1</sup>:**

- HIV negativo, entre 25-64 anos e último rastreio há > 3 anos ou fez o primeiro rastreio da vida há > 1 ano.
- HIV negativo, > 64 anos e nunca rastreou. Se > 64 anos e história de HSIL<sup>2</sup>, discuta e considere rastrear.
- HIV positivo, CD4 > 200céls/mm<sup>3</sup>, qualquer idade e último rastreio há > 1 ano ou fez o primeiro rastreio da vida há > 6 meses.
- HIV positivo, CD4 < 200céls/mm<sup>3</sup>, qualquer idade e último rastreio há > 6 meses.

## Avalie paciente que precisa de rastreio do câncer de colo de útero

Avalie	Observações
Sintomas	Pergunte sobre sangramento vaginal anormal ↪ 75, corrimento vaginal ↪ 68 e manejo de acordo. Se corrimento vaginal anormal, trate antes de rastrear.
Planejamento Familiar	Avalie necessidades de contracepção ↪ 165.
Exame Físico	Faça especular para avaliar alteração cervical. Se lesão ulcerada/massa/polipo/erosão/dor solicite colposcopia com urgência.
HIV	Teste para HIV ↪ 122. Se positivo, ofereça cuidados de rotina ↪ 123, rastrei no diagnóstico, repita em 6 meses, então cada ano ou cada 6 meses enquanto CD4 < 200céls/mm <sup>3</sup> .
Adequabilidade da amostra	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se amostra insatisfatória, repita em 3 meses.</li> <li>• Se amostra satisfatória mas somente com células escamosas, repita anualmente até 2 exames consecutivos normais e então conforme status de HIV (acima).</li> <li>• Se amostra satisfatória com células escamosas e glandulares, interprete resultado e decida frequência do rastreamento (como abaixo).</li> </ul>



### Rastreio cervical negativo

- Se HIV negativo e entre 25-64 anos: repita cada 3 anos ou em 1 ano se primeiro rastreio da vida.
- Se HIV negativo, > 64 anos e for o primeiro rastreio da vida: repita em 3 anos.
- Se HIV negativo, > 64 anos, ≥ 2 rastreios negativos nos últimos 5 anos e sem história de HSIL: pare rastreio.
- Se HIV positivo, CD4 > 200céls/mm<sup>3</sup>, qualquer idade: repita anualmente ou em 6 meses se 1º rastreio da vida.
- Se HIV positivo, CD4 < 200céls/mm<sup>3</sup>, qualquer idade: repita cada 6 meses enquanto CD4 < 200céls/mm<sup>3</sup>.

### Rastreio cervical positivo

- Solicite colposcopia. Se gestante HIV negativo e ASC-US<sup>3</sup>/LSIL<sup>4</sup>, considere adiar colposcopia para > 6 semanas após parto. Se gestante e AGC<sup>5</sup> ou ASC-H<sup>6</sup> ou HSIL<sup>2</sup>, solicite colposcopia: se insatisfatória, repita em 6 semanas; ou se normal, repita > 6 semanas do parto.
- Se > 35 anos e células atípicas de origem indefinida, solicite também USTV para avaliação endometrial e discuta/encaminhe.

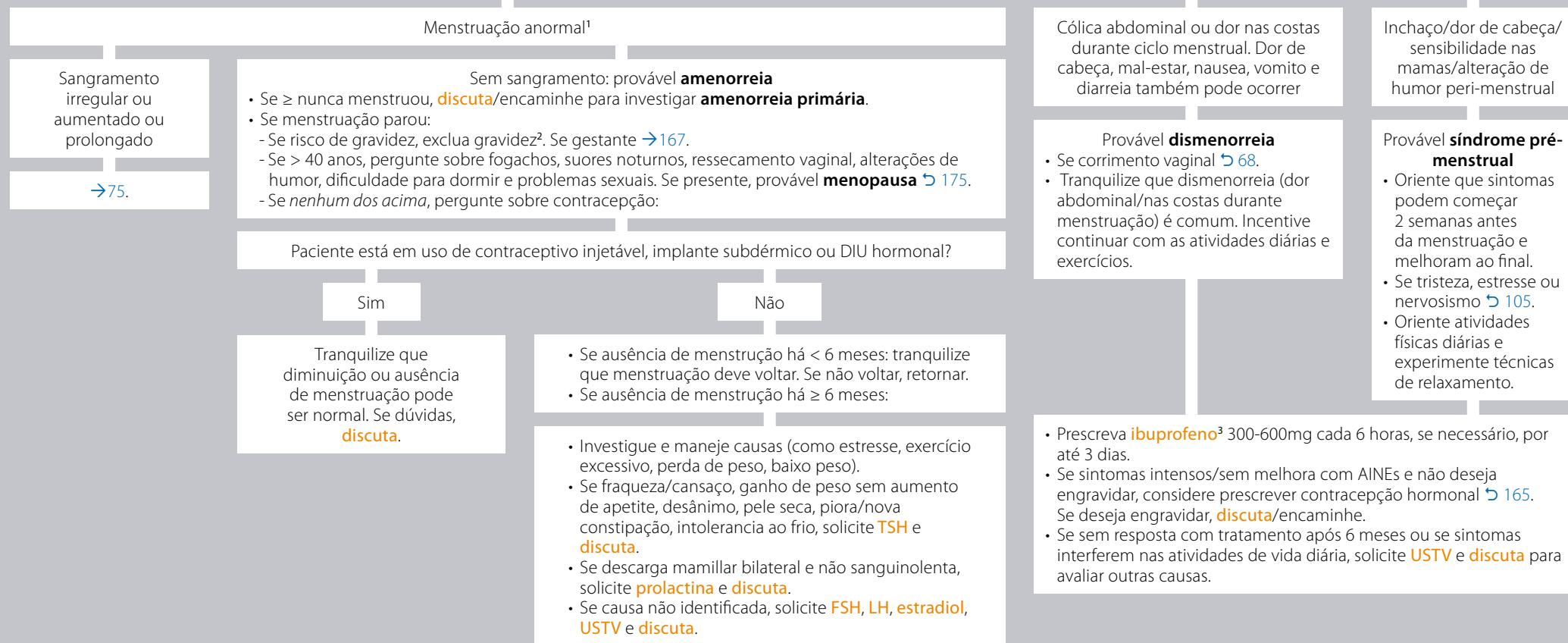
## Aconselhe a paciente que precisa de rastreio do câncer de colo de útero

- O câncer de colo de útero é uma doença que afeta o colo do útero. Oriente que o rastreio 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 ↪ 153. Oriente retornar se sintomas (sangramento vaginal anormal, corrimento vaginal, dor na relação sexual).

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

# Sintomas menstruais

Maneje de acordo com os sintomas: investigue se menstruação é anormal<sup>1</sup>, se tem cólicas durante os ciclos ou inchaço/dor de cabeça/sensibilidade nas mamas/alteração de humor peri-menstrual:



## Aconselhe paciente com sintomas menstruais

- Explique que menstruar é normal e saudável, e edgue sobre o que é menstruação: todo mês o revestimento uterino engrossa para se preparar para uma gravidez. Quando a gravidez não ocorre, o revestimento sai pela vagina como sangramento, por alguns dias.

<sup>1</sup>Considere menstruação anormal se alteração na quantidade, frequência ou duração do sangramento, em comparação padrão usual da(o) paciente. <sup>2</sup>Se teve sexo vaginal receptivo desprotegido desde última menstruação e não está em uso adequado de contracepção, teste para gravidez. <sup>3</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere omeprazol 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispesia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

# Sangramento vaginal anormal

- Gestante → 167
- PAS < 90

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

- Puerpério/aborto recente → 173.
- Palidez com FC ≥ 100, FR > 30 ou SaO<sub>2</sub> < 90% ou falta de ar, sonolência/confusão, agitação/irritabilidade, tontura/desmaio.

## Maneje e encaminhe com urgência:

- Se PAS < 90, aplique cloreto de sódio 0,9% 500mL EV rápido, repita até PAS > 90 ou até 3L. Pare se falta de ar iniciar ou crepitações pulmonares.

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

- Avalie possibilidade de gestação. Se necessário, teste para gravidez. Se gestante → 167.
- Realize palpação abdominal bimanual, busque massas pélvicas. Se alterada: solicite USTV e interprete/discuta. Realize exame especular para avaliar colo e coletar citopatológico ↪ 73.
- Se > 40 anos, pergunte sobre sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, ressecamento vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir e problemas性uais ↪ 175. 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

- Solicite HMG: se Hb < 12, trate anemia ↪ 41. Se outros sangramentos como em gengiva, hematomas fáceis, sangramento prolongado: também solicite TAP, TTPA e discuta.
- Se não deseja engravidar: dê COC<sup>1</sup> como etinilestradiol/levonorgestrel 30/150mcg por 3 ciclos ↪ 165 ou acetato de medroxiprogesterona IM 150mg cada 12 semanas ↪ 165 ou discuta para outras opções.
- Se deseja engravidar ou COC<sup>1</sup> contraindicado ↪ 165, dê, ao invés, ibuprofeno<sup>2</sup> 600mg cada 6 horas ou nimesulida<sup>2</sup> 100mg cada 12 horas por até 5 dias.
- Se em contracepção injetável ou implante subdérmico: tranquilize que sangramento é comum nos primeiros 3 meses. Se persistir, prescreva COC<sup>1</sup> ou ibuprofeno/nimesulida<sup>2</sup> como acima.
- Se sangramento menstrual intenso após inserção de DIU: prescreva ibuprofeno/nimesulida<sup>2</sup> como acima ou considere remover DIU.
- Se massa abdominal ou sem melhora após 3 meses de tratamento ou história de corpo estranho inserido na vagina: solicite USTV e discuta/encaminhe.

Se dor durante ciclos menstruais ↪ 70.

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 ↪ 165.
- Solicite USTV e interprete, discuta/encaminhe.
- Se desejo de engravidar: discuta.

Sangramento após sexo

- Investigue IST ↪ 66.
- Se história de violência ↪ 106.

Sangramento de escape (spotting) entre menstruações

- Investigue IST ↪ 66.
- Se palidez, cansaço: avalie anemia ↪ 41.
- Se em contracepção hormonal, maneje de acordo com método:

### Contraceptivo oral:

- Assegure que faz uso correto ↪ 165, tranquilize que spotting é comum nos primeiros 3 meses.
- Se ≥ 2 dias de diarreia/vômitos, oriente usar preservativo por até 7 dias após melhor.
- Se em TARV, rifampicina ou fenitoína, troque para DIU ou injetável.
- Se persistir > 3 meses:
  - Se em progestágeno isolado e sangramento incomodar, troque método ↪ 165.
  - Se usa COC<sup>1</sup> troque para outro COC<sup>1</sup> com diferente progesterona ou dose de estrogênio por 3 ciclos.

### Contraceptivo injetável ou implante subdérmico:

- Tranquilize que spotting é comum nos primeiros 3 meses.
- Se persistir/incomodar, dê COC<sup>1</sup> como etinilestradiol/levonorgestrel 30/150mcg por 3 ciclos ↪ 165. Se COC<sup>1</sup> contraindicado ↪ 165, dê, ao invés, ibuprofeno<sup>2</sup> 600mg cada 6 horas ou nimesulida<sup>2</sup> 100mg cada 12 horas por até 5 dias.

### DIU:

- Tranquilize que spotting é comum nos primeiros 3 meses.
- Se persistir/incomodar, dê COC<sup>1</sup> como etinilestradiol/levonorgestrel 30/150mcg por 3 ciclos ↪ 165. Se COC<sup>1</sup> contraindicado ↪ 165, dê, ao invés, ibuprofeno<sup>2</sup> 600mg cada 6 horas ou nimesulida<sup>2</sup> 100mg cada 12 horas por até 3-5 dias.

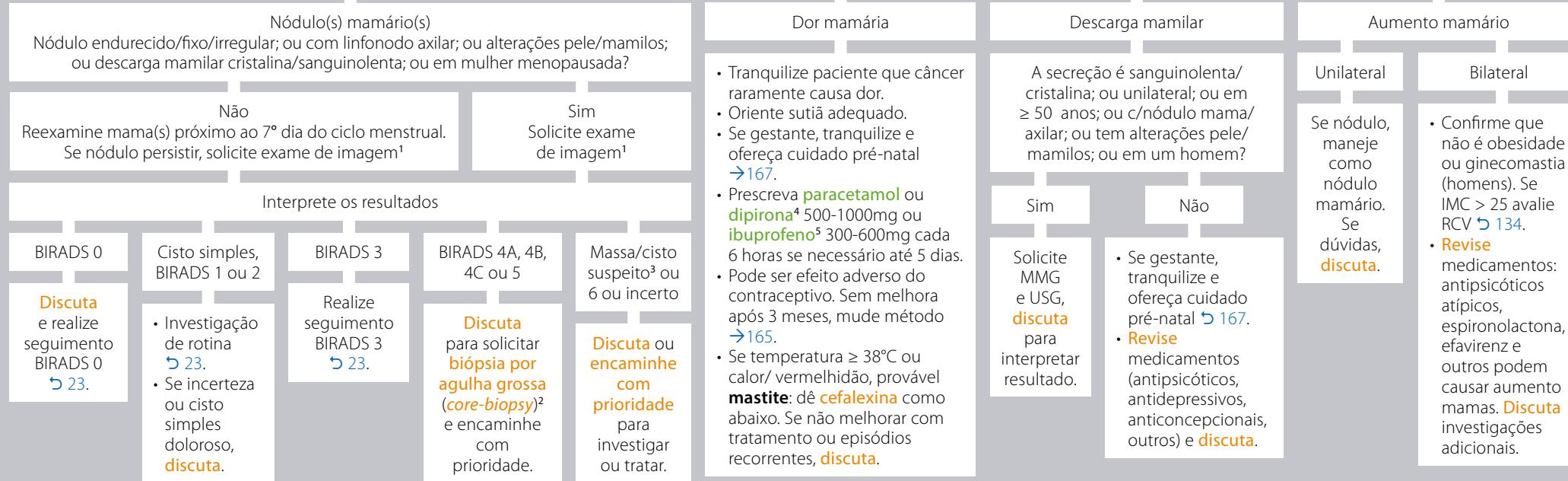
Solicite USTV, colposcopia e discuta/encaminhe se:

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

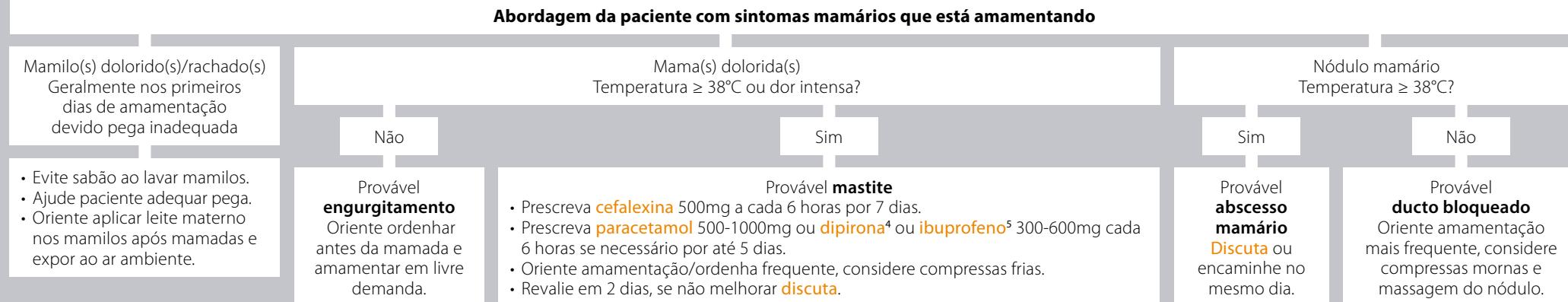
<sup>1</sup>COC: contraceptivo oral combinado. <sup>2</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere associar omeprazol 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispesia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abusa de álcool.

# Sintomas mamários

## Abordagem de paciente com sintomas mamários que não está amamentando



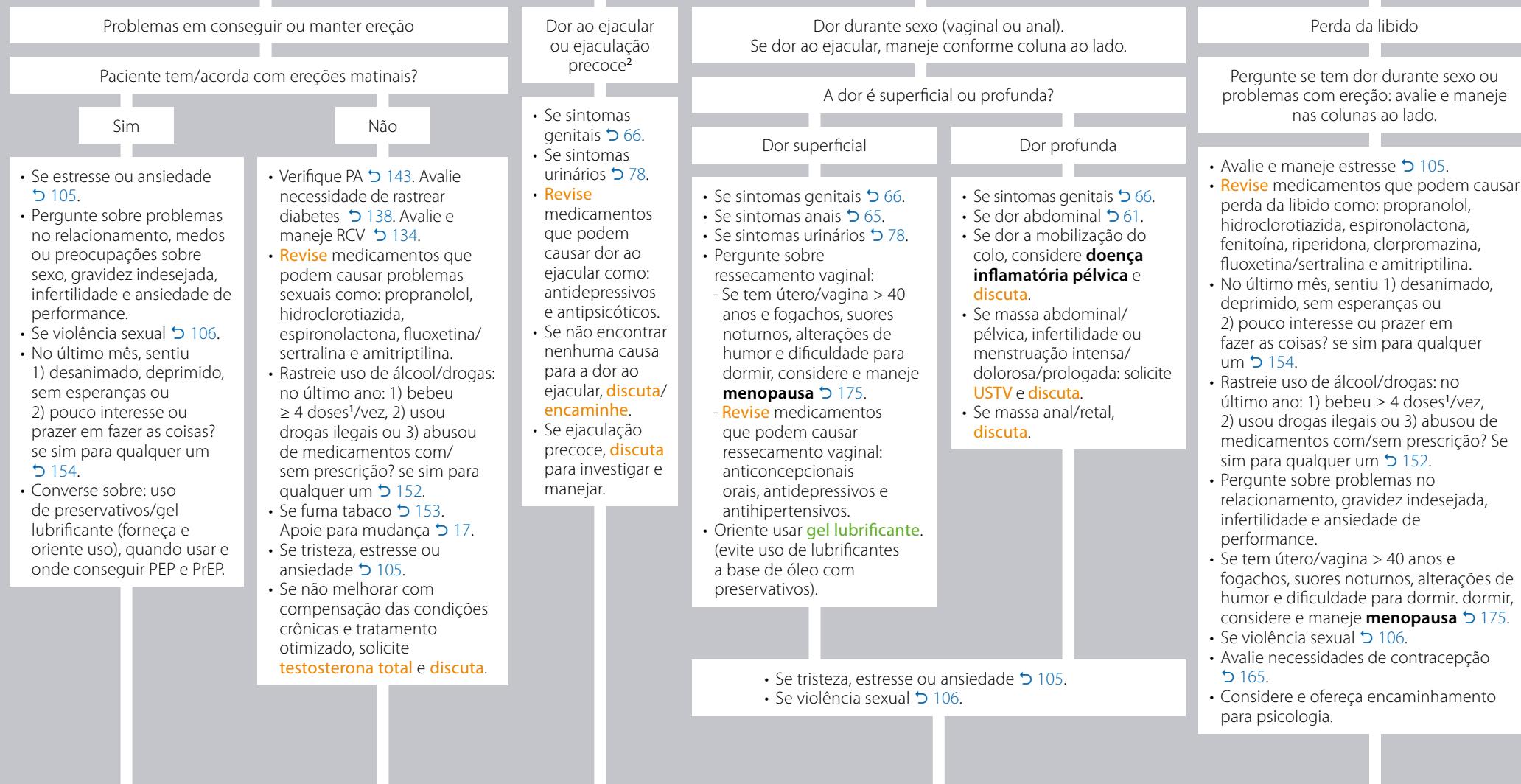
## Abordagem da paciente com sintomas mamários que está amamentando



<sup>1</sup>Se < 30 anos, solicite **USG**; se entre 30-40 anos, solicite **USG** e **MMG**; se ≥ 40 anos, solicite **MMG**. <sup>2</sup>**Discuta** para escolher entre **core-biopsy** guiada por esterotaxia ou **USG**. Se **core-biopsy** não disponível, considere **PAAF**. <sup>3</sup>Massa irregular, heterogênea, com margens mal-definidas ou espiculadas, e é mais alta que larga; massa com calcificações; microcalcificações; cistos com elementos sólidos. <sup>4</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>5</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbção de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

# Problemas sexuais

Pergunte sobre problemas em conseguir ou manter a ereção, dor durante o sexo, dor ao ejacular ou perda da libido:



**Se os problemas sexuais não melhorarem discuta/encaminhe.**

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>Considere ejaculação precoce se ejaculação ocorre muito rápido e dificuldade de controlar e causar sofrimento/preocupação em paciente ou parceria.

# Sintomas urinários

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

- Incapaz de urinar e desconforto/distensão abdome inferior
- Se dor no flanco/PPL + com sintomas urinários e mais 1: vômitos, PAS < 90, FC ≥ 100, gestante, febre, disfunção imune<sup>1</sup>: provável pielonefrite complicada.

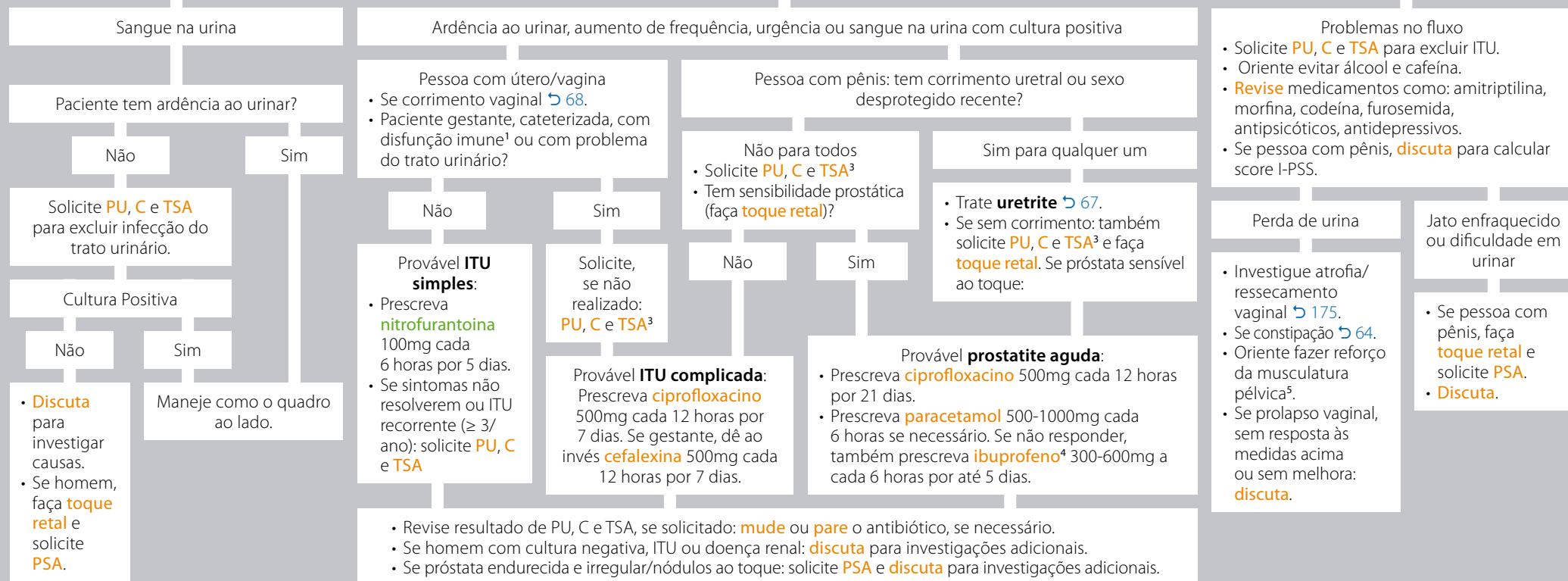
- Se dor no flanco súbita, intensa e irradiação unilateral para virilha/testículo, provável cálculo renal (se gestante ou não consegue urinar, encaminhe no mesmo dia; se consegue urinar e não é gestante → 81).

### Maneje e encaminhe com urgência:

- Se pielonefrite complicada: aplique ceftriaxona 1g IM. Se pielonefrite complicada/cálculo renal e dor intensa, aplique morfina 10mg IM ou morfina diluída 3-10mg EV lento<sup>2</sup>.
- Se incapaz de urinar: insira catéter urinário. Se PAS < 90: aplique cloreto de sódio 0,9% 500mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.

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

- Se dor no flanco com sintomas urinários, provável pielonefrite não complicada: solicite PU, C e TSA<sup>3</sup>, prescreva ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 7 dias e paracetamol ou dipirona (evite se alergia prévia) 500-1000mg cada 6 horas se dor. Reavale em 2 dias. Se não melhorar: encaminhe no mesmo dia. Revise PU, C e TSA: troque o antibiótico ou reavale o diagnóstico.
- Avalie paciente que não tem provável pielonefrite não complicada:



# Dor no corpo/generalizada

- Paciente tem dor no corpo/generalizada se todo ou maior parte do seu corpo dói.
- Se dor localizada em uma área: se nas costas →81, braço/mão →82, perna →83, pé →84, pescoço →82.

## Abordagem do paciente com dor no corpo/generalizada

- Se perda de peso não intencional de  $\geq 5\%$  do peso corporal nas últimas 4 semanas ↗ 35.
- Paciente tem um ou mais dos seguintes: tosse, coriza/congestão nasal, dor de garganta, dor abdominal, náusea/vômito, diarreia, ardência para urinar, dor de cabeça, febre?

- Não
- Procure por um problema articular: peça para 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.
  - Paciente consegue fazer todos os movimentos confortavelmente?

Examine as articulações: articulações estão quentes, sensíveis, inchadas ou com movimento limitado?

Sim

→80.

Não

Sim

- Sim
- Se tosse →52.
  - Se coriza/congestão nasal →48.
  - Se dor de garganta →49.
  - Se dor abdominal →61.
  - Se náusea/vômito →62.
  - Se diarreia →63.
  - Se ardência para urinar →78.
  - Se início recente de dor no corpo e febre/dor de cabeça:
    - Se rigidez de nuca/meningismo, sonolência/confusão ou rash purpúrico: provável meningite →44.
    - Considere influenza →48, COVID-19 →54 e outras patologias que se apresentam com febre (como dengue) →36.
  - Se nenhum dos acima, discuta.

- Teste para HIV ↗ 122. Se HIV positivo, ofereça cuidado de rotina ↗ 123.
- Avalie e maneje o estresse ↗ 105.
- Revise** medicamentos. Se usa simvastatina/estatina e início de fraqueza/dor muscular/câimbras, solicite CK total e discuta para interpretar.
- Se paciente tem uma doença incurável, considere oferecer também cuidados paliativos ↗ 176.
- Pergunte sobre o tempo de duração da dor:

< 3 meses

≥ 3 meses

- Prescreva paracetamol ou dipirona<sup>1</sup> 500-1000mg e/ou ibuprofeno<sup>2</sup> 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias. Aconselhe a evitar o uso contínuo e regular.
- Ofereça acupuntura, se disponível.
- Aconselhe retorno em 2 semanas se não melhorar.

- Prescreva paracetamol ou dipirona<sup>1</sup> 500-1000mg e/ou ibuprofeno<sup>2</sup> 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias. Aconselhe a evitar o uso contínuo e regular.
- Ofereça acupuntura, se disponível.
- Se dificuldade para dormir ↗ 107.
- 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 e discuta.
- Reavalie em 2 semanas.

Exames de sangue estão todos normais

Exames de sangue estão anormais

Considere fibromialgia ↗ 164.

Discuta ou encaminhe para investigações adicionais.

<sup>1</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>2</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere omeprazol 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispesia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

# Sintomas articulares

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

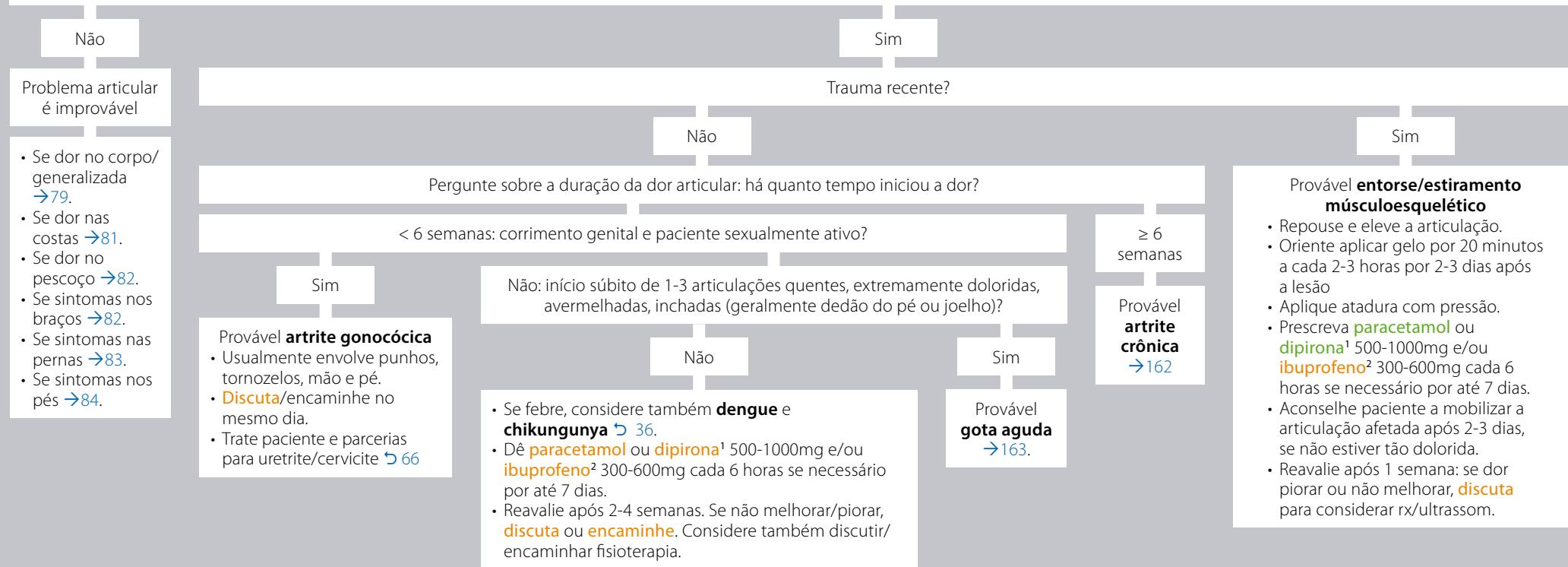
- História recente de calor, inchaço, dor intensa e limitação dos movimentos em uma única articulação
- Se trauma nas últimas 48h e dor/edema intenso ou deformidade, provável **fratura** ↪ 30
- Incapaz de se apoiar com próprio peso

### Maneje e encaminhe no mesmo dia:

- Se trauma recente, immobilize e encaminhe para Rx.
- Se diagnóstico prévio de gota, **discuta** necessidade de encaminhar ou maneje como **gota aguda** → 163.

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

- Procure por um problema articular: peça para colocar mãos atrás da cabeça; em seguida, atrás das costas. Fechar mão com força e abri-la. Pressionar palmas das mãos com os cotovelos elevados. Caminhar. Sentar e levantar com braços cruzados.
- Paciente é incapaz de fazer todos os movimentos confortavelmente ou tem articulação quente/dolorida/inchada?



<sup>1</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>2</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

# Dor nas costas

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

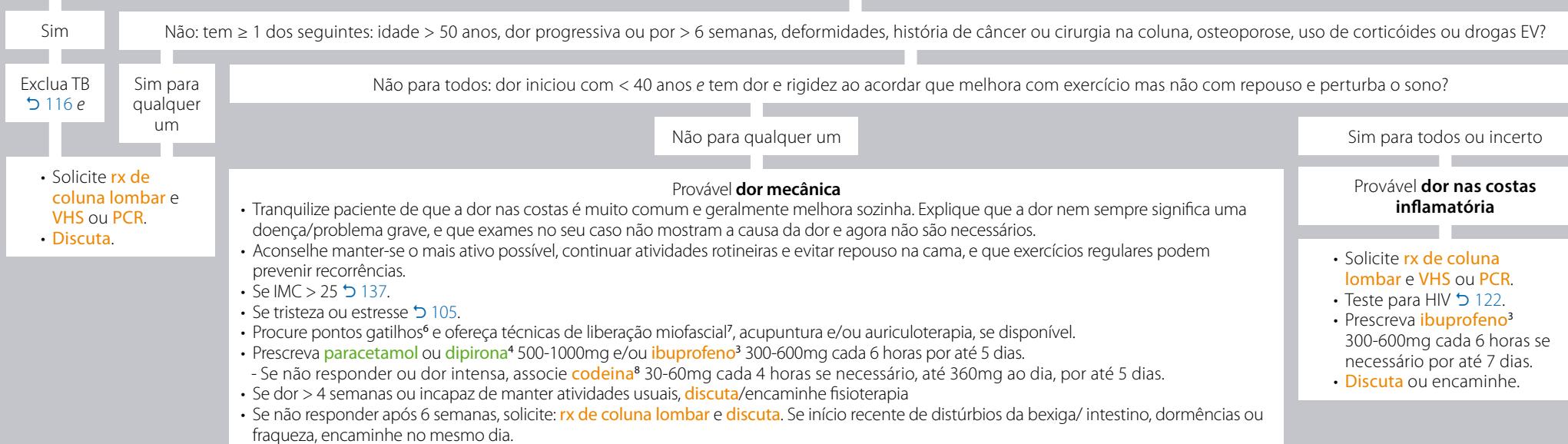
- Distúrbios da bexiga ou do intestino - retenção ou incontinência
- Dormência nas nádegas, períneo ou pernas
- Fraqueza nas pernas ou dificuldade em caminhar
- Trauma importante e recente
- Dor abdominal superior súbita com náusea/vômito: provável **pancreatite**
- Massa abdominal pulsátil: provável **aneurisma da aorta abdominal**
- Se dor no flanco súbita, intensa, com irradiação unilateral para virilha ou testículo: provável **cálculo renal**
- Se dor no flanco/PPL + com sintomas urinários e ≥ 1: vômitos, PAS < 90, FC ≥ 100, gestante, febre, disfunção imune<sup>1</sup>: provável **pielonefrite complicada**

### Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável **aneurisma de aorta abdominal roto**: não aplique fluidos EV mesmo se PAS < 90 (elevar a PA pode piorar a ruptura).
- Se PAS < 90 ou provável **pancreatite**, aplique **cloreto de sódio 0,9% 500mL** EV rápido, repita até PAS > 90, continue 1L cada 4 horas. Pare se falta de ar ou crepitações pulmonares.
- Se **pielonefrite complicada**: aplique **ceftriaxona 1g IM**. Se pielonefrite **complicada/cálculo renal** e dor intensa, aplique **morfina 10mg IM** ou **morfina** diluída 3-10mg EV lento<sup>2</sup>. Pare/evite se PAS < 90.
- Se provável **cálculo renal** e tem febre ou é gestante ou não consegue urinar: encaminhe no mesmo dia.
- Se provável **cálculo renal** e não tem febre e não é gestante e consegue urinar: dê **ibuprofeno<sup>3</sup>** 600mg VO ou aplique **diclofenaco<sup>3</sup>** 75mg IM. Se necessário, repita após 30 minutos. Se náusea/vômito, dê metoclopramida 10mg VO ou EV. Se não melhorar após 1 hora: encaminhe no mesmo dia. Se melhorar, solicite PU, C e TSA e dê **paracetamol** ou **dipirona<sup>4</sup>** 500-1000mg e/ou **ibuprofeno<sup>3</sup>** 300-600mg cada 6 horas se necessário até 7 dias. Se náusea/vômito dê **metoclopramida** 10mg cada 8 horas até 5 dias. Solicite USG, revise resultados de urina e **discuta**.

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

- Se dor no flanco com sintomas urinários, provável **pielonefrite não complicada**: solicite PU, C e TSA<sup>5</sup> e prescreva **ciprofloxacino** 500mg cada 12 horas por 7 dias e **paracetamol** ou **dipirona<sup>4</sup>** 500-1000mg cada 6 horas se dor. **Reavalia** em 2 dias. Se não melhorar: encaminhe no mesmo dia. Revise PU, C e TSA: **troque** antibiótico ou **reavalia** diagnóstico, se necessário.
- Paciente tem qualquer um dos seguintes sinais/sintomas: tosse ≥ 2 semanas, perda de peso, sudorese noturna ou febre?



<sup>1</sup>HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. <sup>2</sup>Dilua 10mg de morfina com 9mL de cloreto de sódio 0,9% e aplique 3mL EV em 3 min (1mL/min) até 10 mL. <sup>3</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispesia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool. <sup>4</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>5</sup>Colete antes e inicie antibiótico logo após coleta. <sup>6</sup>Pontos dolorosos em músculos que se pressionados causam dor local ou irradiada. <sup>7</sup>Aglutamento seco, alongamento com spray, terapias manuais/ massagem, outras. <sup>8</sup>Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo.

# Dor no pescoço

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

- Se rigidez de nuca/meningismo e  $\geq 1$ : Tax  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , dor de cabeça, sonolência/confusão ou rash purpúrico/avermelhado: provável meningite, aplique ceftriaxona<sup>1</sup> 2g IM ou EV.
- Sintomas neurológicos em braços/pernas: fraqueza, dormência, rigidez, alteração na marcha ou dificuldades com a coordenação motora.
- Trauma recente e rx indisponível/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.

### Encaminhe com urgência.

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

Tem  $\geq 1$ : dormência/fraqueza nas extremidades/progressiva, perda de peso/febre inexplicada,  $> 50$  anos e dor nova/não explicada, dor moderada-intensa sem melhora  $> 6$  semanas, alteração urinária/intestinal (nova incontinência, nova constipação/alteração inexplicada do hábito intestinal), história de câncer/TB/cirurgia no pescoço, uso de drogas EV, imunossupressão, osteoporose?

Sim para qualquer um

- Solicite VHS e RNM de coluna cervical ou, se não disponível, TC de coluna cervical. Se nem RNM e nem TC disponíveis, solicite rx de coluna cervical e discuta.

Não para todos

- Prescreva paracetamol ou dipirona<sup>2</sup> 500-1000mg e/ou ibuprofeno<sup>3</sup> 300-600mg cada 6 horas se necessário até 7 dias. Se não responder ou dor intensa, adicione codeína<sup>4</sup> 30-60mg cada 4 horas se necessário até 360mg ao dia. Ofereça acupuntura e/ou auriculoterapia, se disponível.
- Se sem melhora após 5 dias e sem dor no braço, considere encaminhar para fisioterapia.
- Se dor  $> 6$  semanas, solicite rx de coluna cervical e discuta.

# Sintomas nos braços ou mãos

Procure por um problema articular: peça para paciente colocar mãos atrás da cabeça; em seguida, atrás das costas. Fechar mão com força e abri-la. Pressionar palmas das mãos com os cotovelos elevados. Se é incapaz de fazer todos os movimentos confortavelmente ou tem articulação quente/dolorida//inchada, provável problema articular →80.

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

- Dor no braço com dor no peito →51.
- Trauma recente e dor/limitação movimentos: imobilize e encaminhe para rx 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 →148.

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

Dor no ombro

### Provável dor referida

Pergunte sobre dor no pescoço (veja acima), tosse/falta de ar →52, dor abdominal →61, gravidez →167.

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

### Provável síndrome do túnel do carpo.

- Dê prednisona 20mg/dia por até 14 dias. Considere injeção de corticoide, se disponível.
- 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 braço.
- Prescreva ibuprofeno<sup>3</sup> 300-600mg cada 6 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<sup>3</sup> 300-600mg a cada 6 horas por até 10 dias. Considere injeção de corticoide, se disponível.
- Se não melhorar após 6 semanas ou piorar, discuta.

<sup>1</sup>Evite injetar > 1g IM no mesmo local de aplicação. <sup>2</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>3</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere omeprazol 20mg em jejum se HAS, DM,  $\geq 65$  anos, dispépsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool. <sup>4</sup>Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo.

# Sintomas nas pernas

Procure por um problema articular: peça para caminhar. Sentar e levantar com braços cruzados. Se é incapaz de fazer todos os movimentos confortavelmente ou tem articulação quente/dolorida/inchada →80. Se problema também nos pés ↪84.

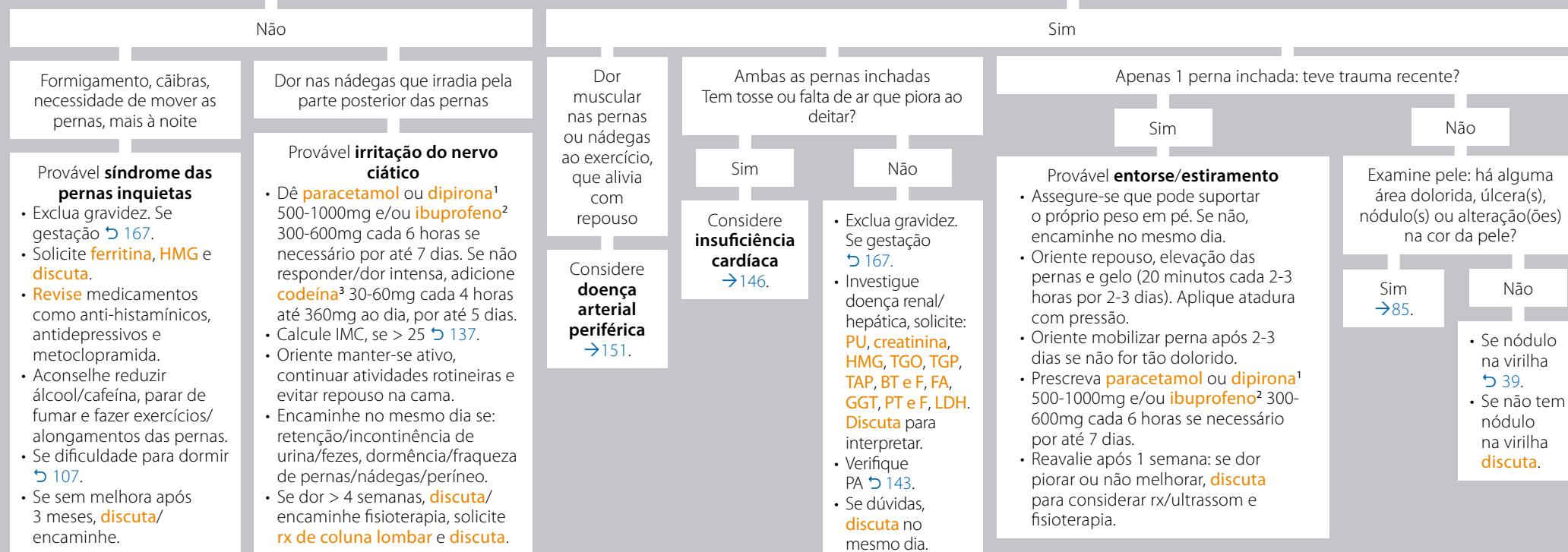
## Atenda com urgência paciente com sintomas nas pernas e um ou mais dos seguintes:

- Incapaz de sustentar o próprio peso em pé após trauma, provável **fratura** ↪30.
- Edema e dor/vermelhidão em uma panturrilha: provável **trombose venosa profunda**, principalmente se IMC > 30, tabagista, imobilização, gestante, em uso de estrogênio, trauma na perna, hospitalização recente, TB, câncer ou história de TVP/embolia pulmonar.
- 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**.

**Encaminhe no mesmo dia.**

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

- **Revise** medicamentos em uso. Se usa simvastatina/estatina e início de fraqueza/dor muscular/câimbras, solicite **CK total** e **discuta** para interpretar.
- Paciente tem edema nas pernas?



<sup>1</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>2</sup>Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere associar **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, diabetes, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, abuso de álcool. <sup>3</sup>Prescreva 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 → 80.

## Atenda com urgência paciente com sintomas nos pés e um ou mais dos seguinte:

- Incapaz de sustentar o próprio peso em pé após trauma, provável **fratura** ↪ 30.
- 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**.

**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)** ↪ 88.

Dor no pé generalizada

Dor em queimação constante, alfinetadas/agulhadas ou dormência dos pés que piora à noite

### Provável neuropatia periférica

- Teste para HIV ↪ 122. Se HIV positivo, ofereça cuidados de rotina ↪ 123.
- Considere rastrear diabetes ↪ 138.
- 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 ↪ 152 e considere prescrever **tiamina** 300mg ao dia.
- Prescreva **paracetamol** 500-1000mg cada 6 horas se necessário e **amitriptilina** 25mg à noite. Se necessário, **aumente** 25mg cada 2 semanas até 75mg à noite.
- Se usa de isoniazida: prescreva **piridoxina** 50mg ao dia, se disponível. Se usa AZT, **discuta**.
- Se unilateral, outros sinais neurológicos, fraqueza, perda de função ou não melhorar com tratamento, **discuta**.

Dor no repouso (pior à noite) ou dor ao exercício com dor muscular nas pernas ou nádegas que alivia com repouso

Considere  
**doença arterial periférica (DAP)** → 151.

Dor no pé localizada

Assegure-se de que os calçados em uso estão adequados

Dor no calcaneo, piora ao iniciar caminhada

### Provável fasceíte plantar

- Oriente repouso, alongamentos<sup>2</sup>, aplicar gelo para aliviar dor e evitar pés descalços.
- Se IMC > 25 ↪ 137.
- Prescreva **ibuprofeno**<sup>3</sup> 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- Ofereça acupuntura/fisioterapia.

Deformidade no pé

Protuberância óssea na base do 1º dedo do pé, pode ter calo, vermelhidão ou úlcera

### Provável joanete

- Oriente analgesia se necessário: prescreva gelo, **paracetamol** 500-1000mg ou **ibuprofeno**<sup>3</sup> 300-600mg cada 6 horas por até 5 dias.
- Se dor intensa, deformidade ou úlcera, **discuta/encaminhe**.

## No 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 ↪ 88, úlceras ↪ 93.
- Deformidade no pé: verifique se tem 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. Considere **DAP** ↪ 151, se ainda não tiver feito.

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

- Insccione 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/emplastos para removê-los
- Evite testar a temperatura da água com os pés ou usar bolsas de água quente ou aquecedores próximos aos pés.

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>Estique perna para trás com calcaneo no chão enquanto empurra com as mãos contra parede e equilibra-se na perna da frente. Repita 10 vezes por 3 vezes no dia. <sup>3</sup>Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere associar **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, diabetes, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteróides, abuso de álcool.

# Sintomas da pele

Se paciente com febre e rash, retire da sala de espera e isole em consultório/local afastado dos demais.

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

- Se início súbito de coceira/rash generalizado ou edema de face/língua e ≥ 1: sibilos, falta de ar, PAS < 90, tontura/desmaio, dor abdominal intensa/vômito persistente com exposição a possível alérgeno<sup>1</sup>, considere **anafilaxia** ↪ 32.
- Rash purpúrico e ≥ 1: rigidez de nuca, confusão mental, Tax ≥ 38°C, dor de cabeça: provável **doença meningocócica**.
- Vesículas disseminadas.
- Se rash difuso que apareceu em 3 meses após início de novo medicamento e ≥ dos seguintes sinais/sintomas, provável **reação medicamentosa grave**:
  - Temperatura ≥ 38°C
  - PAS < 90
  - Icterícia
  - Vômitos / dor abdominal / diarreia
  - Afetando boca, olhos ou genitais
  - Áreas com vesículas, descamação ou exposição de mucosa
- Se rash e febre, também avalie conforme quadro vermelho ↪ 36.



© University of Cape Town



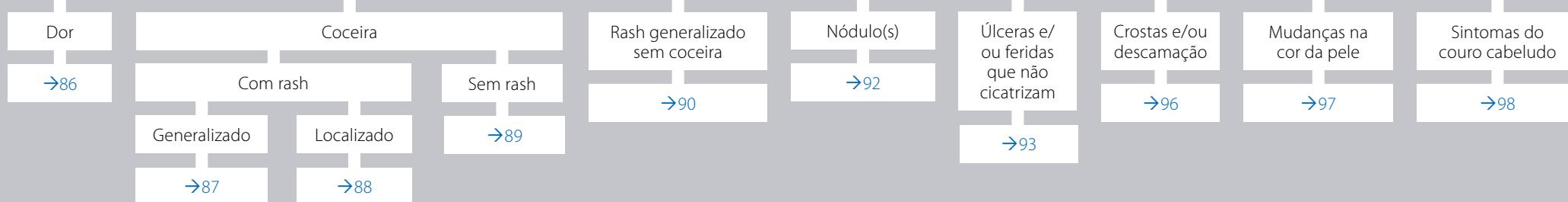
© University of Cape Town

## Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável **doença meningocócica**: aplique **ceftriaxona** 2g IM (evite injetar > 1g IM no mesmo local de aplicação).
- Se provável **reação medicamentosa grave**: pare todo(s) o(s) medicamento(s). Se descamação ou exposição de mucosas, também maneje como queimadura antes de encaminhar ↪ 33.
- Se PAS < 90, aplique **cloreto de sódio 0,9% 500mL EV rápido**, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar piorar ou crepitações pulmonares.

## Abordagem de paciente com sintoma(s) de pele que não necessita de atenção urgente

- Se rash e febre, considere dengue, zika e/ou sarampo ↪ 36.
- Teste para sífilis ↪ 70 e HIV ↪ 122, especialmente se rash é extenso, recorrente ou difícil de tratar.
- Se contato com Mpox ou alta prevalência local e lesão única/múltipla, geralmente com umbilicação central, considere **Mpox** e discuta.
- Maneje de acordo com sintoma(s) da pele:



<sup>1</sup>Alérgeno pode ser: picada de inseto, ingestão de um medicamento ou uma comida nova nas últimas horas.

# Pele dolorida

Verifique se paciente precisa de atenção urgente ↗ 85.

Elevação quente e 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**<sup>1</sup> 500-1000mg cada 6 horas por até 5 dias.
  - Se múltiplas lesões, infecção ao redor extensa, disfunção imune<sup>2</sup> 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 ↗ 122 e diabetes ↗ 138.
    - Oriente lavar-se uma vez do pescoço para baixo com **clorexidina 2 à 4%** solução, se disponível.
    - Oriente aplicar, se disponível, **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 em 48h, **discuta**.
  - Discuta**/encaminhe no mesmo dia se:
    - Temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
    - PAS < 90
    - FC > 100
    - Confusão mental
    - Envolvimento de mão, face, olhos ou couro cabeludo
    - Infecção extensa
    - Vesículas ou pele cinza/preta
    - Disfunção imune<sup>2</sup>
    - Não responder ao tratamento em 2 dias.

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

Borda(s) bem definida(s)



CDC Public Health Image Library

Provável **celulite**

- Prescreva **cefalexina** 500mg cada 6 horas por 5-7 dias.
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**<sup>1</sup> 500-1000mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- Se em pernas, oriente mantê-las elevadas.
- Discuta**/encaminhe no mesmo dia se:
  - Temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
  - PAS < 90
  - FC > 100
  - Confusão mental
  - Envolvimento de mão, face, olhos ou couro cabeludo
  - Infecção extensa
  - Vesículas ou pele cinza/preta
  - Disfunção imune<sup>2</sup>
  - Não responder ao tratamento em 2 dias.

Provável **erisipela**

Vesículas doloridas em faixa de um dos lados do corpo



© University of Cape Town

Provável **herpes zoster**

- Teste para HIV ↗ 122.
- Oriente manter as lesões secas e limpas, e evitar contato de pele com outros até formar crostas.
- Prescreva **aciclovir** 800mg 5 vezes ao dia por 7 dias se:
  - $\leq 3$  dias desde início do rash ou
  - $\leq 1$  semana se disfunção imune<sup>2</sup>
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**<sup>1</sup> 500-1000mg cada 6 horas até 5 dias.
- Se necessário, associe **codeína**<sup>3</sup> 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 (pele vermelha, quente, inchada), dê **cefalexina** 500mg cada 6 horas por 7 dias.
- Discuta**/encaminhe no mesmo dia se:
  - Em olho, orelha, nariz ou  $> 1$  região.
  - Sinais de meningite (dor de cabeça, febre, rigidez de nuca) ou rash em mais de um lado do corpo.

Se contato com Mpox ou alta prevalência local e lesão única ou múltipla, geralmente com umbilicação central, considere **Mpox** e **discuta**.

<sup>1</sup> Não prescreva se alergia prévia. <sup>2</sup>HIV ou diabetes mal controlados, doença em fígado/rim/autoimune ou câncer. <sup>3</sup>Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo.

# Coceira com rash generalizado

Verifique se paciente precisa de atenção urgente ↗ 85.

- Se rash e febre: retire da sala de espera e isole em consultório/local afastado dos demais, considere **dengue, zika e/ou sarampo** (se ainda não tiver feito) ↗ 36.
- Se rash difuso avermelhado, principalmente no trinco, braços e pernas, que apareceu dentro de 3 meses após iniciar novo medicamento: provável **reação medicamentosa** → 91
- Se pápulas/nódulos com coceira e vermelhidão, com ou sem cicatriz escurecida, marcas de arranhões/coçadura, considere **picadas de inseto** ↗ 88.
- Maneje conforme tipo e localização do rash:

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



© BMJ Best Practice

Lesões papulares hiperpigmentadas com coceira em tronco, membros ou face.



© University of Cape Town

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



© University of Cape Town

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



© University of Cape Town

## Provável escabiose

- Trate paciente, parcerias e contatos domiciliares (mesmo sem sintomas):
  - Aplicar **permetrina 5%** do pescoço à sola dos pés (em mãos, entre dedos, sob as unhas: reaplique após lavar mãos). Evite em mucosas e ferimentos. Lavar após 12 horas.
  - Se uso tópico difícil ou múltiplos contatos/parcerias: dê **ivermectina 0,2mg/kg dose única VO**, repita em 7-14 dias. Não prescreva se gestante.
  - Se não melhorar em 7-14 dias, **repita** ou **troque** tratamento.
  - Se coceira, dê **loratadina 10mg** ao dia. Se não melhorar em 7-14 dias, **discuta**/considere associar **dexclorfeniramina 2mg** à noite. Coceira pode durar 3-4 semanas após tratamento.
  - Oriente lavar com água quente<sup>1</sup>/passar/expor ao sol roupas/lençóis. Pode retornar trabalho após tratar.
  - Se crostas amarelas, considere **impetigo** ↗ 96.

## Provável erupção papular prurítica

- Teste para HIV ↗ 122.
- Se lesões interdigitais, axilas ou genitais, trate também escabiose (como ao lado).
- Oriente hidratar pele com creme hidratante disponível 2x/dia e aplicar **dexametasona 0,1%** creme 2x/dia por 7 dias (evite em face). Se pouca resposta ou em face, **discuta**.
- Dê **loratadina 10 mg** ao dia se coceira, até que melhore.
- Oriente que pode demorar para melhorar, hiperpigmentação pode ficar, evitar picadas de insetos, se HIV pode piorar no início da TARV.

## Provável eczema

- Oriente que é uma condição crônica com episódios de exacerbação.
- Oriente evitar desencadeantes como sabonete, detergentes, calor, tecidos que causem coceira.
- Avalie e maneje estresse ↗ 105.
- Oriente hidratar pele 2x/dia.
- Dê **dexametasona 0,1%** creme 2x/dia até 1 mês. Se moderado/grave ou não melhorar, dê, se disponível, **betametasona 0,1%** ou **clobetasol 0,05%** (evite ambos em face/dobra/pele fina/genitais) creme 2x/dia até 14 dias.
- Prescreva **loratadina 10mg** ao dia até melhora da coceira.
- Se secreção, pus ou crostas amarelas, dê **cefalexina 500mg** cada 6 horas por 7 dias.
- Discuta/encaminhe se não melhorar após 2 semanas ou lesão extensa/pústulas dolorosas.

## Provável urticária

Se rash súbito com falta de ar, PA < 90/60 ou desmaio, provável **anafilaxia**<sup>2</sup> → 32.

- Ajude identificar e oriente evitar desencadeantes: comidas (leite, ovos, castanhas, trigo, frutos do mar), medicamentos, picadas/ferroadas de insetos e látex.
- Prescreva **loratadina 10mg** ao dia até melhora do rash.
- Se extensa ou não responder em 24 horas, dê **prednisona 40mg** ao dia por 5 dias.
- Se coceira em olho, considere **conjuntivite alérgica** ↗ 45.
- Se sintomas nasais, considere **rinite alérgica** ↗ 48.
- Se tosse ou sibilo recorrente, considere **asma** ↗ 131.
- Oriente retorno imediato se sintomas de anafilaxia<sup>2</sup>.

Se não melhorar com tratamento, **discuta/encaminhe**.

<sup>1</sup>Se não consegue lavar/lavar com água quente, oriente deixar fechadas em saco plástico por 3 dias. <sup>2</sup>Sintomas de anafilaxia incluem sibilos, falta de ar, tontura/desmaio, dor abdominal intensa/vômito persistente.

# Coceira com rash localizado

Verifique se paciente precisa de atenção urgente ↗ 85.

- Se rash em couro cabeludo ↗ 98.
- Se pequenas pápulas avermelhadas e túneis nos espaços interdigitais, axilas, cintura e genitais, coceira intensa, pior à noite, provável **escabiose** → 87.
- Se placas secas, descamativas e pruriginosas em punho, tornozelo, dobra de cotovelo ou atrás do joelho, provável **eczema** → 87.

Pápulas/nódulos com coceira e vermelhidão, com ou sem cicatriz escurecida, marcas de arranhões/coçadura?

Sim: geralmente agrupadas



© University of Cape Town

## Provável picada de insetos

- Oriente reduz exposição a insetos:
  - Trate animais de estimação, use mosqueteiros, troque roupa de cama, utilize repelentes.
  - Jogue fora focos de água parada ao redor da casa.
  - Aconselhe evitar coçar.
  - Se coceira, dê **loratadina** 10 mg ao dia durante 5 dias.
  - Se crostas amareladas, considere **impetigo** ↗ 96.

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



© University of Cape Town

## Provável psoríase

- Oriente evitar sabonete e hidratar pele 2 vezes ao dia.
- Dê **betametasona 0,1%** creme 2 vezes ao dia por 2-4 semanas. Se não melhorar, dê **clobetasol 0,05%** creme por 2-4 semanas. Se face/dobra/pele fina ou betametasona/clobetasol não disponível, dê ao invés **dexametasona 0,1%** creme 2 vezes ao dia por 2-4 semanas. Se melhorar, reduza para 1-2 vezes por semana até parar.
- Se dúvidas, lesões extensas ou sem resposta após 1 mês: **discuta/encaminhe**.

Não: qual a localização do rash?

Cabeça/face, tronco ou membros

Pergunte onde rash começou e como evoluiu. Avalie distribuição do rash e elevação de bordas. Avalie unhas.

Inicia com lesão oval maior (medalhão) com descamação fina central no tronco. Progride com lesões ovais descamativas menores, distribuídas num padrão de 'árvore de natal'.



© University of Cape Town

## Provável pitiríase rósea

- Tranquilize paciente que rash irá resolver em até 3 meses.
- Oriente hidratar pele 2 x/dia
- Se coceira dê **dexametasona 0,1%** creme 2 vezes ao dia por 2 semanas e **loratadina** 10mg ao dia por 5-7 dias.
- Se dúvidas, **discuta/encaminhe**.

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



© University of Cape Town

## Provável tinea corporis (micose)

- Oriente manter pele limpa/seca e não compartilhar toalhas/roupas, pentes/escovas de cabelo.
- Se no pé, oriente calçados abertos e evitar meias sintéticas.
- Prescreva **miconazol** 20mg/g creme 2x/dia até 1 semana após melhora do rash. Se não melhora/extensa, dê **fluconazol** 150mg/semana por 2-6 semanas.
- Se lesão extensa/recorrente: teste para HIV ↗ 122 e diabetes ↗ 138.
- Se envolve unhas ↗ 100.
- Se não melhorar em 1 mês, **discuta/encaminhe**.

Pé(s)

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 (micose, pé de atleta, frieira)

# Coceira sem rash

Verifique se paciente precisa de atenção urgente ↗ 85.

- Confirme que não há rash, especialmente escabiose, pediculose ou mordidas de outros insetos.
- Se coceira com rash generalizado → 87.
- Se coceira com rash localizado → 88.
- Se coceira apenas ao redor de ânus → 65.

A pele está muito seca?

Sim

Não

Provável **pele seca (xerodermia)**

Paciente iniciou algum medicamento nas semanas antes da coceira iniciar?

Sim

Não

Provável **efeito adverso medicamentoso**

- Continue medicamento apenas se não houver rash e tratamento for necessário
- Prescreva **loratadina** 10mg ao dia por até 5 dias.
- Oriente retorno imediato se rash ou se coceira persistir.

• Se pele/olhos amarelados, provável **icterícia** → 97.

- Se coceira persistir > 2 semanas, solicite **HMG, VHS, creatinina, TGO, TGP, BT e F, FA, glicose, TSH, rx de tórax** e teste para HIV ↗ 122 e hepatite C ↗ 129. Considere realizar/solicitar **biópsia de pele**. **Interprete** resultados e **discuta** se necessário.

Oriente:

- Evitar banhos quentes, lã/tecidos que dão coceira e ficar coçando, pois pode piorar a coceira.
- Usar óleos de banho no lugar de sabonete
- Hidratar pele 2 vezes ao dia.
- Evitar esfregar a pele e evitar lavar mais de uma vez ao dia. Secar suavemente a pele.
- Manter unhas curtas
- Se coceira intensa, prescreva **loratadina** 10mg ao dia por até 5 dias.
- Se paciente tem doença incurável, considere oferecer cuidados paliativos ↗ 176.
- Se não melhorar, **discuta/encaminhe**.

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

# Rash generalizado sem coceira

Verifique se paciente precisa de atenção urgente ↗ 85.

- Se rash e febre: retire da sala de espera e isole em consultório/local afastado dos demais.
- Teste para sífilis ↗ 70 e HIV ↗ 122. Qual o resultado?

Sífilis positivo

Provável **sífilis secundária**

Rash geralmente em palma das mãos e plantas dos pés. Pode ter lesões verrucosas em genitais ou perda de cabelo localizada/desigual.



© CDC Public Health Image Library



© University of Cape Town

Trate para **sífilis recente** ↗ 71.

HIV positivo

Ofereça cuidados de rotina e inicie/reinicie tratamento para HIV ↗ 123.

Sífilis e HIV negativos

Paciente tem história de exposição ao HIV<sup>1</sup> nas últimas 4 semanas?

Sim

- O rash pode ser parte da síndrome antirretroviral aguda.
- Repita teste de HIV em 4 semanas ↗ 122.
- Incentive práticas性uais seguras.

Não

O paciente iniciou anticonvulsivante, antirretrovirais, medicamento para TB/ILTB ou SMZ/TMP nos últimos 3 meses?

Sim: considere rash medicamentoso ↗ 91.

Não

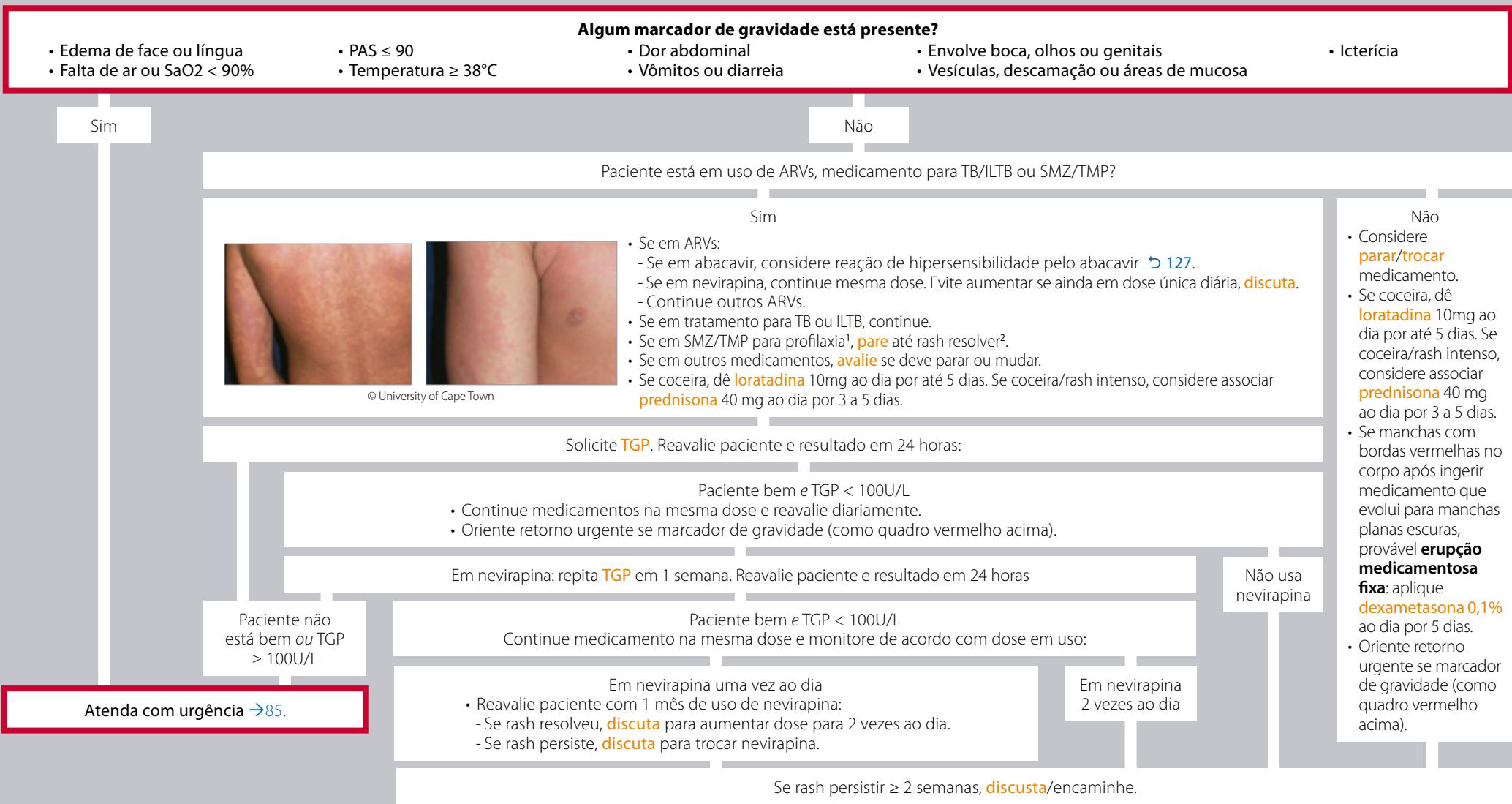
- Se dor/mal-estar, prescreva **paracetamol** ou **dipirona** (evite se alergia prévia) 500-1000mg cada 6 horas se necessário, por até 5 dias.
- Oriente higiene das mãos, etiqueta da tosse/uso de máscara e evitar contato próximo com outros enquanto com sintomas.
- Se está/esteve em área de febre maculosa e história/marca picada de carrapato e febre com dor muscular e dor de cabeça, seguido de rash, provável **febre maculosa** ↗ 37.
- Se rash e febre, considere **dengue**, **zika** e/ou **sarampo** (se ainda não tiver feito) ↗ 36
- Se alta prevalência ou contato com Mpx nos últimos 21 dias e lesão única ou múltipla, geralmente com umbilicação central, considere **Mpx** e discuta.
- Se nenhum dos acima, provável rash viral inespecífico:
  - Paciente pode ter febre, dor de cabeça, linfadenopatia, dores musculares/dores no corpo.
  - Tranquilize de que rash se resolverá por conta própria em até 2 semanas.

**Se rash persistir ≥ 2 semanas ou se diagnóstico for incerto, discuta/encaminhe.**

<sup>1</sup>HIV pode ser transmitido por exposição à secreção vaginal/sêmen (sexo desprotegido), sangue, fluido/tecidos com sangue, fluido pleural/pericárdico/peritoneal/amniótico/sinovial/cérebro-espinhal, leite materno ou mordida humana.

# Rash por medicamentos

- Um rash medicamentoso pode ser causado por qualquer medicamento, geralmente antibióticos, anticonvulsivantes, ARVs, medicamento para TB/ILTB, isoniazida, SMZ/TMP e AINEs (ex: ibuprofeno).
- Suspeite de rash medicamentoso em paciente com rash generalizado que apareceu dentro de 3 meses após início de um novo medicamento.



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

# Nódulos na pele

- É irregular no formato ou cor
- Mudou de tamanho, formato ou cor

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

- É diferente de outros sinais próximos
- Diâmetro > 6mm

- Sangra com facilidade
- Coça

Se nódulo doloroso, firme, vermelho e quente flutuante no centro com liberação/iminente liberação de pus, provável **abscesso/furúnculo** →86.

Pápulas elevadas, arredondadas, com superfície rugosa



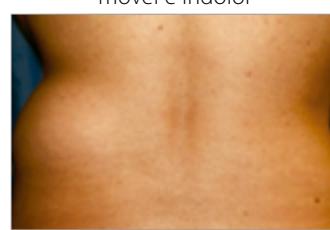
© University of Cape Town

Pequenas elevações da cor da pele com umbilicação central perolácea



© University of Cape Town

Nódulo macio, bem definido, abaixo da pele



© University of Cape Town

Nódulo macio, elástico, móvel e indolor

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



© University of Cape Town

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



© University of Cape Town

### Provável verruga(s)

- Geralmente em mãos, joelhos e cotovelos mas podem ocorrer em qualquer local.
- Verrugas plantares são duras e espessas com ponto(s) preto(s).
- Traquileze 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 gentilmente com lixa de unha entre aplicações.
- **Discuta** se verrugas extensas, sem melhora ou diagnóstico incerto.
- Se verrugas anogenitais →72.

### Provável molusco contagioso

- Teste para HIV ↪ 122.
- Tranquileze que as lesões costumam resolver de forma espontânea (6-12 meses) ou com TARV (se tem HIV).
- Se incômodas ao paciente, remova com **curetagem**, se possível, ou **discuta** outras opções de tratamento.
- **Discuta/encaminhe se:**
  - Disseminadas.
  - Em pálpebras.
  - Sem melhora ou diagnóstico incerto.

Provável lipoma  
Nódulos de crescimento lento, em qualquer parte do corpo (geralmente no tronco e membros superiores)

- Tranquileze que são benignos e não necessitam ser removidos.
- Se gera incômodo/dor ou está aumentando de tamanho (e tem até 5cm) e sem sinais de infecção: **remova**, se possível.
- **Discuta/encaminhe se:**
  - > 5 cm.
  - Firme à palpação ou profundo.
  - Crescimento rápido.
  - Diagnóstico incerto (considere solicitar **USG** e/ou **biopsiar**).

### Provável cisto epidérmico

Geralmente em face e tronco, incomum em membros

- Se a área circundante está vermelha, quente e dolorida, o cisto está infectado:
  - Se flutuante, faça **incisão e drenagem**.
  - Se infecção ao redor extensa, dê **cefalexina** 500mg cada 6 horas por 7 dias.
- **Remova** se recorrente, incômodo ou diagnóstico incerto (considere **biopsiar**).

### Provável acne

Pode envolver tórax, costas e membros superiores

- Oriente lavar a pele com sabão neutro 2 vezes ao dia e evitar manipulação.
- Prescreva, se disponível, **adapaleno 0,1% gel** 1x/noite após lavar pele por 3-6 meses. Não prescreva se gravidez.
- Se avermelhadas e inchadas, dê **doxiciclina** 100mg/dia por 3 meses. Pode interferir com o anticoncepcional, usar preservativos. Não dê se gravidez/amamentando.
- Se deseja contracepção, avalie se pode contraceptivo oral combinado ↪ 165.
- **Discuta/encaminhe** se muito intensa, sem resposta após 6 meses de tratamento ou diagnóstico incerto.

- Se contato com Mpox ou alta prevalência local e lesão única ou múltipla, geralmente com umbilicação central, considere **Mpox** e discuta.

- Se nódulo(s) que não cicatrizam, com/sem linfonomegalia, e história de contato com cão/gato/outro animal há < 6 meses: considere **esporotricose** e discuta.

# Úlceras de pele ou feridas que não cicatrizam: diagnóstico

## Atenda com urgência paciente com úlcera de pele ou ferida que não cicatriza e um dos seguintes:

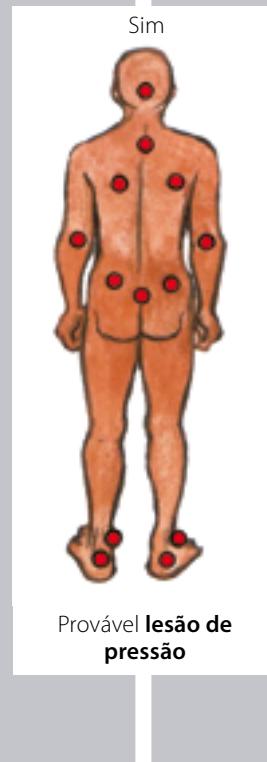
- Infecção (pele ao redor vermelha/quente/iinchada/dolorida) com  $u \geq 1$ : PA  $< 90$ , FC  $> 100$ , Tax  $\geq 38^\circ\text{C}$ , confusão mental, crepitação<sup>1</sup> ou dor intensa.
- Dor súbita e intensa na perna em repouso com qualquer  $\geq 1$ : dormência, fraqueza, palidez, ausência de pulso: provável **isquemia aguda do membro**.

### Maneje e encaminhe com urgência:

- Se PAS  $< 90$ , aplique **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV rápido, repita até PAS  $> 90$ . Pare se falta de ar ou crepitações pulmonares.
- Se dor forte, aplique **morfina 10mg IM** ou **morfina diluída 3-10mg EV lento**<sup>2</sup>. Pare/evite se PAS  $< 90$ .

## Identifique causa de úlcera de pele ou ferida que não cicatriza

- Se úlcera em região genital → 66.
- Paciente está acamado e úlcera(s) em áreas comuns para lesões de pressão (veja abaixo)?



- Não
- Considere outras causas:**
- Pergunte sobre história de trauma, cirurgia, rash, queimadura, câncer e radioterapia. Verifique necessidade de rastrear diabetes → 138.
  - Se tosse  $\geq 2$  semanas, perda de peso, sudorese noturna ou febre  $\geq 2$  semanas, exclua TB → 116.
  - Teste para HIV → 122 e discuta para investigações adicionais.
  - Se está/estiver em uma área de leishmaniose e úlcera indolor com borda elevada e base vermelha em pele ou mucosa de área exposta (como braço, perna, face, lábio, narina) há  $\geq 3$  semanas, considere **leishmaniose** e discuta/encaminhe.
  - Se úlcera(s) que não cicatrizam, com/sem linfonomegalia, e história de contato com cão/gato/outro animal há  $< 6$  meses: considere também **esporotricose** e discuta.
  - Se crescimento rápido/mudança na aparência ou sem uma causa definida, discuta.

Ofereça cuidados de rotina para úlcera/ferida → 94.

<sup>1</sup>Crepitação é um som ou sensação de crepitação, estalo ou ralar sob a pele. <sup>2</sup>Dilua 10mg de morfina com 9mL de cloreto de sódio 0,9% e aplique 3mL EV em 3 min (1mL/min) até 10 mL.

# Úlcera de pele ou ferida que não cicatriza: cuidados de rotina

## Avalie paciente com úlcera de pele ou ferida que não cicatriza

Avalie	Quando avaliar	Observações
Dor	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se dor <math>\geq</math> 4 semanas, discuta opções de tratamento.</li> <li>Se dor nova ou piorando na ferida, avalie para infecção conforme abaixo.</li> <li>Se dor muscular em pernas/nádegas durante exercícios e que alivia em repouso, ou redução/ausência de pulso em pés, provável doença arterial periférica (DAP) ↪ 151.</li> </ul>
Condições Crônicas	Se necessário	Assegure que paciente está recebendo cuidados de rotina para todas suas condições. Se diabetes ↪ 140, hipertensão ↪ 144, DAP ↪ 151, HIV ↪ 123.
Medicamentos	Toda consulta	Revise medicamentos que podem causar atraso na cicatrização como: AINEs (ex: ibuprofeno), prednisona e quimioterapia.
Depressão	Mensalmente	No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 154.
Uso de álcool/drogas	Primeira consulta	No último ano: 1) bebeu $\geq$ 4 doses <sup>1</sup> /por vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer ↪ 152.
Cuidados paliativos	Primeira consulta	Se paciente tem uma doença incurável, ofereça também cuidados paliativos ↪ 176.
IMC <sup>2</sup> e malnutrição	Mensalmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se IMC <math>&lt;</math> 18,5 (se <math>&gt;</math> 65 anos: <math>&lt;</math> 22) ou sinais de deficiência nutricional<sup>3</sup>, discuta com nutricionista.</li> <li>Se IMC <math>&gt;</math> 25 (se <math>&gt;</math> 65 anos: <math>&gt;</math> 27), oriente alimentação saudável e atividade física regular ↪ 23. Se não melhorar ou IMC <math>&gt;</math> 30, discuta com nutricionista.</li> </ul>
RCV	Primeira consulta	Se tem fator de RCV <sup>4</sup> , avalie RCV ↪ 134.
Ferida e pele ao redor	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meça tamanho e profundidade da ferida e registre.           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se <math>&gt;</math> 10 cm, circunferencial, gordura/músculo/tendão/osso visível ou aumento de tamanho/ profundidade, discuta.</li> </ul> </li> <li>Avalie coloração do leito de ferida: é rosa (epitelizado), vermelho (granulação), amarelo (com esfacelo) ou preto (necrótico)?</li> <li>Avalie exsudato: coloração, consistência, volume e odor.</li> <li>Se pele ao redor estiver vermelha/quente/edemaciada, ou se úlcera diabética e aumento de exsudato, pus ou odor fétido, provável infecção:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se PAS <math>&lt;</math> 90, FC <math>&gt;</math> 100, Tax <math>\geq</math> 38°C, confusão mental, crepitacão<sup>5</sup> ou dor intensa, encaminhe com urgência.</li> <li>- Se infecção extensa ou que está piorando apesar de antibióticos, borda de ferida indeterminada, úlcera/ferida que atinge osso, diabetes não controlada ou história de cirurgia com implante artificial (ex: pino, platina ou reposição de articulação), encaminhe no mesmo dia.</li> <li>- Se nenhum dos acima, trate ↪ 95.</li> </ul> </li> </ul>
Irrigação sanguínea para perna	Se úlcera/ferida em perna: toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se pulsos de pés ausentes ou reduzidos, enchimento capilar <math>&gt;</math> 5 segundos, diferença de temperatura entre pés, mudança de coloração da pele, perda de pêlos, pele brilhosa, dormência ou fraqueza, provável redução de irrigação sanguínea: considere DAP ↪ 151.</li> <li>- Se alterações agudas/novas, discuta e considere encaminhar no mesmo dia. Se já conhecidas, discuta para avaliação e manejo.</li> </ul>
Mobilidade	Toda consulta	Se problema de mobilidade, discuta/encaminhe para fisioterapia.
Diabetes	Primeira consulta	Se diabetes não conhecida, rastreie ↪ 138. Se diabetes conhecida, ofereça cuidados de rotina ↪ 140.
Anemia	Primeira consulta	Solicite HMG. Se Hb $<$ 12 (mulher) ou $<$ 13 (homem), provável anemia ↪ 41.
HIV	Primeira consulta	Teste para HIV ↪ 122. Se HIV positivo, ofereça cuidados de rotina e assegure que paciente esteja em uso de TARV ↪ 123.
Cultura e antibiograma	Se necessário	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se infecção e não melhora após 3 dias de antibiótico, solicite cultura e antibiograma.</li> <li>Verifique resultado e troque tratamento se necessário. Se dúvidas, discuta.</li> </ul>

Aconselhe e trate paciente com úlcera de pele ou ferida que não cicatriza → 95.

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>IMC é peso (kg)  $\div$  altura (m)  $\div$  altura (m). <sup>3</sup>Sinais de deficiência nutricional incluem cantos da boca vermelhos/rachados, unhas quebradiças/enrugadas, cabelos secos que caem facilmente, pele muito seca, perda de massa muscular. <sup>4</sup>DM, DRC, tabagismo (atual ou há  $<$  1 ano), IMC  $>$  25, circunferência abdominal  $>$  88 cm (mulher) ou  $>$  102 cm (homem) ou pais/irmãos com DCV precoce (homem  $<$  55 anos ou mulher  $<$  65 anos). <sup>5</sup>Crepitação é um som ou sensação de crepitação, estalo ou ralar sob a pele.

### Oriente paciente com úlcera de pele ou ferida que não cicatriza

- Oriente alimentação saudável ↪ 23 e manter-se o mais ativo possível. Se fuma tabaco, oriente que isso atrasa processo de cura e motive parar ↪ 153.
- Se **lesão por pressão**, oriente mudança de posição cada 1-2h (levantar, evitar arrastar) se paciente não levantar sozinho. Use dispositivos para reduzir pressão: colchão de espuma, almofada de assento.
- Se **úlcera venosa** ou **diabética**, oriente evitar permanecer em pé por longos períodos e elevar membros sempre que possível.
- Se **diabetes** ou **DAP**, oriente sobre cuidados com pés ↪ 84.
- Estimule paciente a aderir ao tratamento e controlar condições crônicas. Se dificuldades de adesão ↪ 18.
- Oriente paciente manter curativo no lugar e não mexer na ferida/curativo. Se instruído a trocar curativo, oriente higienizar mãos antes do procedimento.

### Trate paciente com úlcera de pele ou ferida que não cicatriza

- Se dor piora com trocas de curativo, prescreva **codeína** 30mg uma hora antes de remover curativo.
- Remova cuidadosamente curativo e evite danificar tecido sadio. Se curativo aderido, molhe com **cloreto de sódio 0,9%** e espere 5-10 minutos antes de tentar remoção novamente com cuidado.
- Remova tecido morto da ferida e sua borda. Se áreas extensas de tecido morto ou bordas de feridas indeterminadas, debride. Evite debridar se suprimento sanguíneo reduzido ou ferida oncológica.
- Limpe/umedeça ferida cuidadosamente, remova restos de pele e tecido morto e aplique curativo de acordo com tipo de leito da ferida:



Source: Anne Berzen

- Evite limpar leito de ferida: limpe pele ao redor apenas com **cloreto de sódio 0,9%**.
- Limpe pele ao redor com **clorexidina 2% degermante** ou **solução iodopovidona** e irrigue ferida com **cloreto de sódio 0,9%** morno.
- Aplique gaze com **creme lannette** ou **AGE** ou **óxido de zinco**.
- Se ferida seca, discuta opções.



Source: Vanessa Lomas

- Limpe pele ao redor com **clorexidina 2% degermante** ou **solução iodopovidona** e irrigue ferida com **cloreto de sódio 0,9%** morno.
- Aplique gaze com **AGE** ou outro curativo não aderente.



Source: Vanessa Lomas

- Limpe pele ao redor e irrigue ferida com solução de **cloreto de sódio 0,9%** morno. Considere limpar pele ao redor e ferida com PHMB ou **clorexidina 2% degermante**, se disponível. Se esfacelo permanecer, remova com cuidado com lâmina de bisturi ou tesoura.
- Se exsudato excessivo, aplique **óxido de zinco** ao redor de pele.
- Discuta opções de curativo.



Source: Anne Berzen

- Se disponível, aplique **colagenase** (faça incisões de 1x1 mm com bisturi para melhor penetração). Então, aplique gaze umedecida com **cloreto de sódio 0,9%** morno.
- Avalie e faça debridamento, se necessário.



Bordas normais

Bordas não determinadas

Source: Francois Coetze

Source: Anne Berzen

- Limpe pele ao redor e irrigue ferida com solução de **cloreto de sódio 0,9%** morno. Considere limpar pele ao redor e ferida com PHMB ou **clorexidina 2% degermante**, se disponível. Se esfacelo permanecer, remova com cuidado com lâmina de bisturi ou tesoura.
- Discuta opções de curativo antibacteriano.
- Se exsudato em excesso, discuta opções de tratamento/uso de antibiótico oral.

- Se usando de curativo não aderente, cubra com bandagem. Evite compressão se reduzir fluxo sanguíneo para membro ou se ITB < 0,9.
- Se **úlcera venosa**, discuta para considerar **bota de unna** ou outras opções.
  - Se sinais de isquemia (pulsos ausentes/reduzidos, enchimento capilar > 5s, temperatura, cor ou pelos alterados nos pés, pele brilhante ou ITB < 0,9), evite compressão (bota de Unna) e discuta opções.
  - Se dormência, formigamento ou dor intensa, oriente paciente remover qualquer curativo compressivo/bota de unna e procurar atendimento imediatamente.
- Se dor prescreva **paracetamol** ou **dipirona**<sup>1</sup> cada 6 horas se necessário. Se dor intensa, associe **codeína**<sup>2</sup> 30mg cada 4 horas até 360mg/dia, por até 5 dias.
- Se **infecção**, prescreva **amoxicilina<sup>3</sup>/clavulanato** (500/125 mg) cada 8 horas por 7 dias ou 10 dias se úlcera diabética. Se infecção em lesão por pressão acometendo região sacral ou perineal, associe **SMZ/TMP** 400/80mg 4 comprimidos (1.600/320mg) cada 12 horas por 7-10 dias. Se não melhorar após 2-3 dias, discuta e solicite cultura e antibiograma. Se piorar, encaminhe no mesmo dia.

### Reavalie paciente com úlcera de pele ou ferida que não cicatriza

Se **ferida infectada**: troque curativo diariamente. Se **ferida com esfacelo ou necrose**: troque cada 1-2 dias, dependendo do volume de exsudato. Se **tecido epitelizado ou de granulação**: troque semanalmente.

**Se causa incerta, úlceras recorrente ou não melhora após 1 mês, discuta/encaminhe.**

<sup>1</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>2</sup>Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo. <sup>3</sup>Se alergia à penicilina, prescreva **cefalexina** 500mg cada 6 horas ou discuta alternativas.

# Crosta ou descamação

Verifique se paciente precisa de atenção urgente ↗ 85.

Predominam crostas ou descamação?

## Crosta

Vesículas que secam e formam crostas amarelada geralmente ao redor da boca ou nariz. Pode ser complicação de picadas de inseto, escabiose ou trauma de pele.

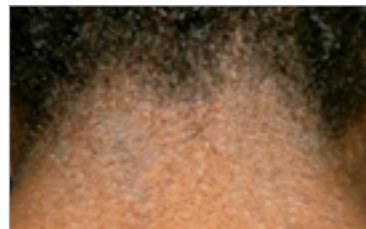


© University of Cape Town

### Provável impetigo

- Impetigo é contagioso: oriente evitar contato próximo com outros, compartilhar toalhas e manter unhas aparadas.
- Oriente lavar lesões com água e sabão 2 vezes ao dia.
- Prescreva **mupirocina 2%** creme nas lesões e narinas 3 vezes ao dia por 7 dias. Se mupirocina não disponível, considere **neomicina 5mg/g +bacitracina 250UI/g**.
- Se extenso ou sem resposta ao tratamento, associe **cefalexina** 500mg cada 6 horas por 7 dias.
- **Discuta** se:
  - Temperatura ≥ 38°C
  - Sem resposta ao antibiótico
  - Edema de face ou membros.

Manchas vermelhas/rosadas com descamação fina e oleosa. Geralmente no couro cabeludo, entre sobrancelhas, nas dobras do nariz, atrás das orelhas, nas axilas, virilha, sob os seios.



Source: University of Cape Town

### Provável dermatite seborreica

- Se extensa, teste para HIV ↗ 122.
- Se no couro cabeludo ↗ 98.
- Prescreva, se disponível, **cetoconazol 2%** xampu 2 vezes ao dia por 2-4 semanas: massagear local, enxaguar depois de 5 minutos. Associe **dexametasona 0,1%** creme 2 vezes ao dia até máximo de 2 semanas.
- Se extensa ou sem melhora, considere associar **fluconazol** 150mg 1 comprimido por semana por 4 semanas.
- Se não responder em 3 meses, **discuta/encaminhe**.

## Descamação

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 sabonete e hidratar pele 2 vezes ao dia.
- Dê **betametasona 0,1%** creme 2 vezes ao dia por 2-4 semanas. Se não melhorar, dê **clobetasol 0,05%** creme por 2-4 semanas.
- Se face/dobra/pele fina ou betametasona/clobetasol não disponível, dê ao invés **dexametasona 0,1%** creme 2 vezes ao dia por 2-4 semanas.
- Se melhorar, reduza para 1-2 vezes por semana até parar.
- Se dúvidas, lesões extensas ou sem resposta ao tratamento após 1 mês: **discuta/encaminhe**.

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



© University of Cape Town

### Provável eczema

- Oriente que é uma condição crônica com episódios de exacerbação.
- Oriente evitar desencadeantes como sabonete, detergentes, calor, tecidos que causem coceira.
- Avalie e maneje estresse ↗ 105.
- Oriente hidratar a pele 2 vezes ao dia e imediatamente após o banho.
- Dê **dexametasona 0,1%** creme 2 vezes ao dia até 1 mês. Se moderado/grave ou não melhorar, dê, se disponível, **betametasona 0,1%** ou **clobetasol 0,05%** creme 2 vezes ao dia até 14 dias (evite ambos em face/dobra/pele fina/ genitais).
- Prescreva **loratadina** 10mg ao dia até melhora da coceira.
- Se secreção, pus ou crostas amarelas, dê **cefalexina** 500mg cada 6 horas por 7 dias.
- **Discuta/encaminhe** se sem melhora após 2 semanas ou lesão extensa/pústulas dolorosas.

# Mudanças na cor da pele

Pele amarelada, escura, clara ou sem cor?			
Pele amarelada (icterícia)	Porções escurecidas	Porções claras	Sem cor
Em que parte do corpo?			
<b>Pele amarelada (icterícia)</b>	<b>Porções escurecidas</b>	<b>Porções claras</b>	<b>Sem cor</b>
<b>Encaminhe com urgência se um ou mais dos seguintes:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Temperatura <math>\geq 38^\circ\text{C}</math></li> <li>Hb &lt; 12 (mulher) ou &lt; 13 (homem)</li> <li>PAS &lt; 90</li> <li>Dor abdominal intensa</li> <li>Sonolência ou confusão mental</li> <li>Hematomas ou sangramento fácil</li> <li>Gestação</li> <li>Dependência ao álcool ↪ 152 ou ingesta excessiva recente (<math>\geq 4</math> doses<sup>1</sup>/sessão)</li> <li>Usa algum medicamento<sup>2</sup> ou droga ilícita</li> </ul>			
<b>Abordagem ao paciente com icterícia que não necessita de atenção urgente</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicite TGO, TGP, FA, GGT, BT e F, HMG, TAP, anti-HAV IgM e USG abdome superior.</li> <li>Teste para hepatite B ↪ 128 e C ↪ 129.</li> <li><b>Discuta</b> para interpretar resultados.</li> <li>Oriente retornar imediatamente se piorar.</li> <li>Reavalie paciente e resultados em 2 dias.</li> </ul>			
<b>Provável estase venosa</b>	<b>Provável melasma</b>	<b>Provável tinea versicolor</b>	<b>Provável albinismo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incentive exercícios.</li> <li>Oriente elevar pernas quando possível e evitar longos períodos em pé.</li> <li>Oriente uso de meia compressiva do pé ao joelho.</li> <li>Avalie RCV ↪ 134.</li> <li>Oriente cuidados com os pés ↪ 84.</li> <li>Se úlcera → 93.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hormônios e luz solar pioram o melasma:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Oriente usar protetor solar diariamente e evitar exposição à luz solar.</li> <li>Evite contraceptivo oral e ofereça contracepção alternativa ↪ 165.</li> </ul> </li> <li>Oriente que:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Se gestante pode levar 1 ano após gravidez para resolver.</li> <li>Tratamento é difícil e pode nunca resolver completamente.</li> <li>Se não responder ou incomodar paciente, <b>discuta</b> /encaminhe.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescreva, se disponível, <b>cetoconazol 2%</b> xampu em locais afetados. Deixar 5 minutos e enxaguar. Repetir 1 vez ao dia por 2 semanas.</li> <li>Oriente que cor pode levar meses para voltar ao normal.</li> <li>Se descamação persistente/ recorrente, dê <b>fluconazol 300mg 1x/semana</b> por 2 semanas.</li> <li>Recidiva é comum e pode precisar tratamento frequentemente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oriente usar protetor solar todo dia e evitar luz solar.</li> <li>Encaminhe para oftalmologista.</li> <li>Se novas lesões, especialmente em áreas expostas, <b>discuta</b> / encaminhe para excluir câncer de pele.</li> </ul>
<b>Se diagnóstico incerto, <b>discuta</b>/encaminhe.</b>			

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>Se em uso de atazanavir e sem outros sintomas não é necessário encaminhar com urgência → 127.

# Sintomas do couro cabeludo

## Abordagem do paciente com sintomas do couro cabeludo:

- Se perda de cabelo sem rash/coceira → 99.
- Tem rash ou apenas coceira?

### Coceira sem rash

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

#### Provável pediculose (piolho)

- Prescreva **permetrina 1%<sup>1</sup>** 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, se disponível, **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).

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 com coceira.

- Se extenso, teste para HIV → 122.
- Prescreva, se disponível, **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, dê **dexametasona 0,1%** creme 2 vezes ao dia até melhora ou até 4 semanas.
- Se não responder em 3 meses, **discuta/encaminhe**.

### Rash com ou sem coceira

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



© University of Cape Town

Pápulas, pústulas ou nódulos vermelhos ao redor folículos capilares



© BMJ Best Practice

#### 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. Se melhorando, **reduza** para 1x/dia. **Pare** assim que melhorar.
- Se pus ou crostas amareladas, trate infecção:
  - Prescreva **cefalexina** 500mg cada 6 horas por 7 dias.
- Se não responder em 1 semana, **discuta/encaminhe**.

#### 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 → 122.

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

<sup>1</sup>Dilua 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 → 98.
- Há folículos pilosos visíveis na área de queda de cabelo?

Sim: a queda de cabelo é localizada ou generalizada?

Localizada

Generalizada

Não

Provável  
alopecia cicatricial

**Discuta.**

- Teste para sífilis ↪ 70.
- 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.
- Tranquilize que o cabelo voltará a crescer após cessar a tração.
- Se não melhorar em 3 meses, **discuta**.

Sim



© University of Cape Town

### Provável alopecia areata

- Dê **clobetasol 0,5mg/g** creme ou, se não disponível, **dexametasona 0,1%** 2x ao dia por 3 meses.
- Solicite **TSH** e **interprete**.
- Oriente que pode levar até 2 anos para cabelo crescer novamente.
- Discuta** se lesão extensa ou recorrente ou sem melhora.

Sim

Não



© University of Cape Town

### Provável calvície feminina

- Solicite **TSH**, **HMG**, **ferritina** e **interprete**.
- Se sinais de hiperandrogenismo<sup>1</sup>, solicite também **testosterona total**, **androstenediona** e **interprete**.
- Oriente o uso de penteados que escondam a queda de cabelo.
- Discuta**/encaminhe se causando sofrimento importante.

- Se homem e redução gradual na região fronto-temporal/vértice, considere **alopecia androgênica**.
- Se impulso recorrente e incontrolável de arrancar o cabelo, considere **tricotilomania** e **discuta**.
- Discuta** se:

- Sífilis positivo e sem melhora após 3 meses do tratamento da sífilis.
- Causa incerta
- Sem melhora após 12 meses do tratamento/resolução da causa.

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

<sup>1</sup>Crescimento anormal de pelos em face ou corpo, irregularidade menstrual, acne intensa ou infertilidade.

# Sintomas da unha

- Se unhas longas e sujas e paciente descuidado, avalie problemas de saúde mental e abuso/negligência: discuta possibilidades de manejo.
- Maneje de acordo com o tipo do problema na(s) unha(s):

Unha desfigurada, com leito inchado e perda de cutícula



© University of Cape Town

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



© BMJ Best Practice

Unhas desfiguradas esbranquiçadas/amarelas



© University of Cape Town

Descoloração ou cor azulada/marrom/preta da unha



CDC Public Health Image Library

## Provável paroníquia crônica

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

- Oriente 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 2 vezes ao dia por 4 semanas.
- Se não responder, **discuta**.

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

- Oriente evitar traumatizar a unha.
- Se houver pus, incisão e drene.
- Oriente banhos em salmora morna por 20 minutos, 2 vezes ao dia.
- Prescreva **mupiroicina 2%** creme na área afetada 2 vezes ao dia após a salmora por 5-10 dias. Se mupiroicina não disponível, considere **neomicina 5mg/g +bacitracina 250UI/g**.
- Se dor intensa, pus, infecção além das pregas ungueais ou temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , prescreva **cefalexina** 500mg cada 6 horas por 7 dias.
- Se não melhorar com tratamento, **discuta/encaminhe**.

## Provável infecção fúngica (onicomicose)

- Teste para HIV ↗ 122 e avalie necessidade de rastrear DM ↗ 138.
- Onicomicose é difícil de tratar.
- Trate se:
  - Celulite prévia no membro afetado
  - Diabetes
  - Unha dolorida
  - Preocupações estéticas
- Solicite 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).
- Se não melhorar com tratamento, **discuta/encaminhe**.

Sim

Não

## Provável hematoma

- Trate se trauma há < 2 dias e dor:
- Limpe a unha com **iodopovidone** ou **clorexidina 2% degervante**.
- 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.

- Psorfase pode descolorir as unhas. Se psorfase na pele ↗ 88.
- Revise** medicamentos que podem descolorir as unhas como: cloroquina, fluconazol, lamivudina, fenitoína e zidovudina.
- 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 extende-se às pregas ungueais
  - Faixa na unha que é:
    - > 4mm de largura
    - Ficando mais escura ou maior
    - Tem bordas mal definidas
    - Unha está danificada.

Trauma recente na unha?

# Autoagressão ou suicídio

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

Paciente tentou autoagressão ou suicídio?

Sim

Não

- Primeiro avalie e maneje vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência → 27.
- Se overdose/envenenamento, contate o Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001).
- Se overdose por opioides (codeína/morfina) e frequência respiratória < 12 ou exposição ao monóxido de carbono: aplique oxigênio via cânula nasal (1-2L/min) e, se disponível, aplique naloxona 0,4mg EV. Repita cada 2-3 minutos, aumente em 0,4mg cada vez até FR >12, máximo de 10mg.

- Não deixe paciente sozinho(a). Remova qualquer meios de autoagressão (armas, facas, medicamentos, objetos pontiagudos).
- Se agressivo/violento, garanta segurança: avalie paciente acompanhado de outro profissional, use segurança/polícia, se necessário. Faça sedação somente se necessário → 103.
- 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, **defina se paciente precisa de internação**:

Risco iminente de autoagressão ou suicídio é alto

Sim

Paciente tem suporte familiar/social que possa garantir segurança permanente, inclusive remover acesso a meios letais (como armas, medicamentos, venenos, cordas)?

Não

Sim

- Considere internação, encaminhe com urgência. Se dúvidas, discuta.
- Se doença mental grave e oposição à internação, discuta com especialista para considerar internação involuntária.

Não

Sim

Sim: paciente consegue aderir ao plano de segurança<sup>2</sup> para manejo da ideação suicida?

- Discuta com serviço de referência em saúde mental para decidir se encaminha para internação ou se mantém paciente sob vigilância de suporte familiar/social e com plano de segurança<sup>2</sup>.
  - Se decidir por não internar, discuta opções de manejo.

<sup>1</sup>Avalie com as seguintes perguntas: "Você tem algum plano de acabar com sua vida? Tem ideia de como fazer? Tem medicamentos, arma, veneno, outros meios? Esses meios estão facilmente disponíveis? Você já decidiu quando planeja acabar com sua vida? Quando está planejando fazer?". <sup>2</sup>Um plano de segurança contém estratégias para lidar com os pensamentos e comportamentos suicidas.

### Avalie paciente cujo risco iminente de autoagressão/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 ↗ 154.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses <sup>1</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↗ 152.
Outro transtorno mental	Toda consulta	Se alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, discuta com psiquiatra no mesmo dia.
Estressores	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avalie e maneje o estresse ↗ 105.</li> <li>• Ajude identificar estressores psicosociais. Pergunte sobre traumas, violência sexual ↗ 106, problemas familiares/relacionamento, dificuldades financeiras, luto, doenças crônicas.</li> </ul>
Condições crônicas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se dor crônica, avalie e maneje dor ↗ 79 e condição de base.</li> <li>• Se paciente tem uma doença terminal, considere oferecer também cuidados paliativos ↗ 176.</li> </ul>

### Aconselhe paciente cujo risco iminente de autoagressão/suicídio é baixo

#### Ofereça suporte emocional

- Explore com paciente razões e meios de ficar vivo.
- Foque nos pontos fortes encorajando a falar sobre como problemas anteriores foram resolvidos sem recorrer ao suicídio.
- converse sobre sentimentos de ambivalência entre viver e morrer, fortaleça o desejo de viver.

#### Açione suporte psicosocial

- Mobilize família, amigos e rede de suporte a monitorarem paciente enquanto risco persistir e retornar se qualquer preocupação.
- Aconselhe paciente e cuidadores a restringir acesso a meios de autoagressão (substâncias tóxicas, medicamentos, armas) enquanto risco persistir.
- Ofereça recursos de apoio da rede e da comunidade ↗ 188.

#### Plano de segurança

- Elabore um plano de segurança<sup>2</sup> usando uma abordagem colaborativa com paciente e documente formalmente
- Esse plano pertence ao paciente mas idealmente registre uma cópia no prontuário e disponibilize a pessoas da rede de apoio do paciente.
- Revise o plano regularmente no seguimento do acompanhamento

### Aconselhe cuidadores/familiares de paciente cujo risco iminente de autoagressão/suicídio é baixo

- Informe que perguntar sobre suicídio pode frequentemente ajudar a pessoa a sentir-se aliviada, menos ansiosa e melhor compreendida.
- Informe cuidadores que mesmo que se sintam frustrados, devem evitar hostilidade e críticas à pessoa em risco de autoagressão/suicídio.
- Ofereça suporte emocional a cuidadores e familiares, se necessário.

- Reavalie paciente pelo menos semanalmente por 2 meses. Se sem risco iminente de autoagressão/suicídio, então reavalie mensalmente.
- Se tentativas de suicídio ou pensamentos de autoagressão/suicídio recorrentes, reavalie risco de suicídio ↗ 101 e discuta/encaminhe para profissional de saúde mental.

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>Um plano de segurança contém estratégias para lidar com os pensamentos e comportamentos suicidas.

# Paciente agressivo/descontrolado

- Comportamento raivoso
- Discurso alto e agressivo

## Manejo:

- Garanta segurança sua/paciente/outros: peça que segurança esteja presente, chame polícia se necessário. Eles devem desarmar 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 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 ↪ 104.
- Considere internação involuntária se transtorno mental e recusa tratamento e perigo para si/outros, própria reputação/interesses financeiros: discuta com psiquiatra no mesmo dia.

Se necessário, faça sedação do paciente agressivo/descontrolado:  
Tente evitar medicamentos IM ou EV, principalmente se > 65 anos. O paciente aceita medicamentos orais?

Sim

Não

- Dê **diazepam** 5-10mg oral ou **haloperidol** 2,5-5mg (2,5mg se > 65 anos) oral.
- Avalie resposta após 30 minutos:

Paciente calmo

Paciente ainda agressivo/descontrolado após 30 minutos

Paciente recusa medicamento oral

Causa desconhecida

Abstinência álcool/drogas

Intoxicação droga estimulante

Intoxicação alcoólica

Psicose

Aplique **diazepam** 5-10mg EV lento (evite uso IM) com/sem  
**prometazina** 25mg (evite se > 65 anos) IM profundo.

Aplique **haloperidol** 2-5mg (2mg se > 65 anos) IM com/sem  
**prometazina** 25mg (evite se > 65 anos) IM profundo.

Avalie resposta após 30 minutos:

Paciente calmo

Resposta parcial  
Repita mesma dose ou aplique  
**prometazina** (se não usada).

- Se usou diazepam, aplique **haloperidol** 2-5mg (2mg se > 65 anos) IM e **prometazina** 25mg IM.
- Se usou haloperidol, aplique **diazepam** 5-10mg EV lento (evite uso IM) ou aplique prometazina (se não usada).

- Monitore e register temperatura, PA, FR, FC e nível de consciência cada 15 minutos na primeira hora e cada 30 minutos até que paciente esteja alerta e caminhando.
- Se foi usado haloperidol e espasmos musculares doloridos, provável **reação distônica aguda**, aplique **biperideno** 2mg IM. Repita cada 30 minutos, até espasmos pararem, até 4 doses em 24 horas. Se biperideno não disponível, dê **prometazina** 25-50mg IM (dose máxima ao dia de 50mg; evite se > 65 anos).
- Uma vez que o paciente se acalmar, reavale a condição de base e maneje ↪ 104.

Discuta no mesmo dia com psiquiatra para avaliar necessidade de internação do paciente agressivo com transtorno mental.

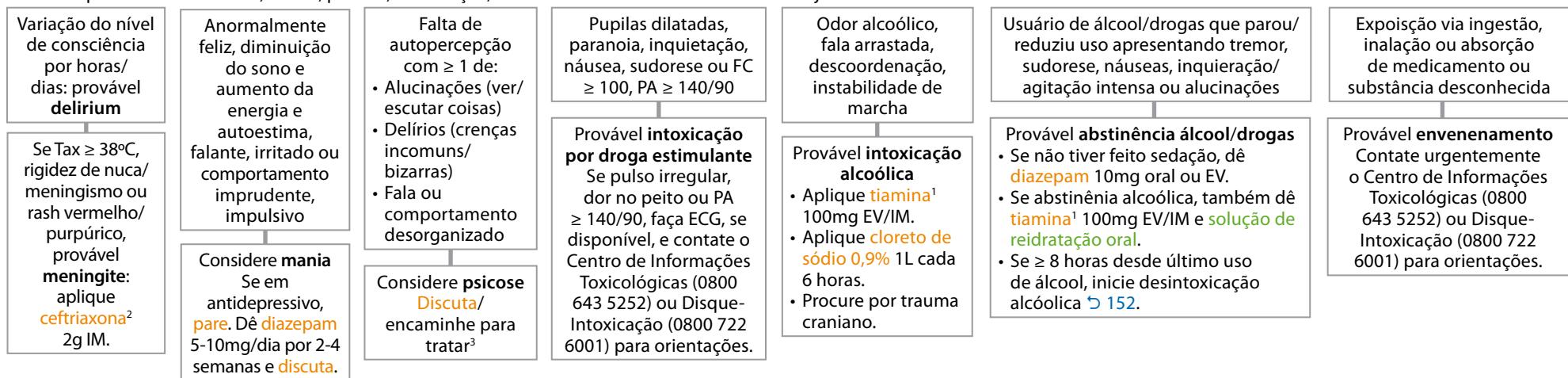
# Pensamentos ou comportamentos atípicos

## Atenda com urgência 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 ↪ 103. Faça sedação somente se absolutamente necessário.
- Se início súbito de fraqueza/dormência assimétrica da face (com mínimo/nenhum envolvimento da testa), braço/perna; dificuldade na fala/alteração visual: considere derrame ou AIT → 148.
- Se acabou de ter uma convulsão → 31.
- Se trauma craniano recente → 30.
- Se falta de ar ou frequência respiratória > 30 e SaO<sub>2</sub> < 90%, aplique oxigênio via cânula nasal (1-6L/min) para meta 90-96% (se DPOC, 88-92%; se gestante, 92-95%).  
- Se 6L/min e fora do alvo/sem melhora da falta de ar, use máscara com reservatório e aumente até 15L/min.
- Verifique glicose: se < 55 ou ≥ 200 ↪ 29 ou se diabetes e < 70 ↪ 140.
- Se sede, boca seca, turgor da pele diminuído, olhos fundos, débito urinário diminuído: dê solução de reidratação oral. Se incapaz de ingerir ou PAS ≤ 90: aplique cloreto de sódio 0,9% 250mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou novas crepitacões pulmonares.
- Se pensamento ou plano atual de autoagresão/suicídio ↪ 101.
- Considere internação involuntária se sinais de transtorno mental e recusa tratamento/internação e perigo para si/outros, reputação/finanças: 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 ↪ 158.
- Paciente diabético e hipoglicemia, que não usa glibenclamida ou insulina: se sintomas resolveram com glicose oral/EV, não necessita encaminhar, ofereça cuidados de rotina para diabetes ↪ 140.
- Paciente com alcoolismo conhecido que de maneira geral está bem: se sintomas resolveram uma vez que paciente ficou sóbrio, não necessita encaminhar ↪ 152.

### 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 → 160.
- Se diagnóstico incerto: discuta ou encaminhe para investigações adicionais.

<sup>1</sup>De acordo com apresentação disponível, aplique vitamina B1+B6+B12 (100mg + 100mg + 5000mcg) solução injetável 2mL IM. <sup>2</sup>Evite injetar > 1g IM no mesmo local de aplicação. <sup>3</sup>Dê risperidona 1mg/dia, se disponível, ou haloperidol 2,5-5 mg/dia, reavale em 1 semana.

# Tristeza, estresse ou nervosismo

**Atenda com urgência paciente triste, estressado ou com nervosismo com pensamentos ou comportamento suicida ↪ 101.**

**Avalie paciente triste, estressado ou com nervosismo. Se depressão conhecida, ofereça ao invés cuidados de rotina para depressão →155.**

Avalie	Observações
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 <b>transtorno de ansiedade generalizado</b> ↪ 155.</li> <li>Se ansiedade é induzida por situação/objeto específico (<b>fobia</b>) ou medo súbito repetitivo com sintoma físico e sem causa aparente (<b>pânico</b>), <b>discuta/encaminhe</b>.</li> </ul>
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 ↪ 154.
Uso álcool/drogas	No ultimo ano: 1) bebeu ≥ 4 doses <sup>1</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.
Demência	Se por ao menos 6 meses ≥ 1 de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menos capaz para atividade diária/laboral/social: considere <b>demência</b> ↪ 160.
Trauma/abuso	Se trauma, abuso ou outra situação de violência ↪ 106.
Estressores	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajude identificar estressores psicossociais. Pergunte sobre problemas familiares/relacionamento, dificuldades financeiras, luto, doenças crônicas, discriminação por cor/raça, gênero ou orientação sexual.</li> <li>Se paciente tem uma doença incurável, ofereça também cuidados paliativos ↪ 176.</li> <li>Se idoso, pergunte sobre solidão e, se disponível, encaminhe para grupos/clubes/associações para idosos.</li> </ul>
Saúde reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se gravidez, ofereça cuidados de rotina ↪ 169. Se parto recente, ofereça cuidados de puerpério ↪ 173.</li> <li>Se &gt; 40 anos pergunte sobre sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir ↪ 107 e problemas sexuais ↪ 77.</li> </ul>
Medicamento	<b>Revise</b> medicamentos: corticoides, propranolol, metoclopramida teofilina, pílula combinada e efavirenz. Considere contraceptivos alternativos, se necessário ↪ 165.

## Aconselhe paciente triste, estressado ou com nervosismo

- 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 ↪ 107.



**Incentive paciente a tirar um tempo para relaxar:**  
Passe tempo com amigos/familares que o apoiam.



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 ↪ 188.

- Se estressores identificados, discuta possíveis soluções. Comunique-se efetivamente ↪ 16. 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, saudade, raiva, 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 paciente em 1 mês. Se não melhorar, **discuta**.**

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

# Paciente em situação de violência

## Atenda com urgência paciente em situação de violência e um ou mais dos seguintes:

- Ferimentos necessitando de atenção urgente ↪ 30
- Pensamentos ou comportamento suicida ↪ 101
- Estupro ou violência sexual recente

### Maneje estupro/violência sexual recente:

- Previna hepatite B: verifique status vacinal e se vacinação incompleta/desconhecida, prescreva **vacina contra HBV**. Se ≤ 14 dias desde estupro, também prescreva **IGHAHB<sup>1</sup>**.
- 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 e **penicilina benzatina** 2,4MUI IM (se história de alergia à penicilina/silicone nos locais de aplicação ↪ 71)<sup>2</sup> em dose única. Se corrimento vaginal com odor fétido ou teste KOH positivo, também prescreva **metronidazol<sup>3</sup>** 2g dose única.
- Faça teste de gravidez. Se gestante ↪ 167. Se não está grávida e não usa contracepção confiável e ≤ 5 dias desde estupro, ofereça concepção de emergência:
  - Prescreva **levonorgestrel** 1,5mg dose única. Se IMC ≥ 30 ou usa efavirenz, rifampicina, fenitoína, fenobarbital ou carbamazepina (se usa outros medicamentos verifique interação ↪ 189), ofereça ao invés **DIU de cobre** ou aumente dose de **levonorgestrel** para 3mg em dose única.
  - Se vomitar < 2 horas após tomada, repita dose e prescreva **metoclopramida** 10mg oral ou EV 30 minutos ou ofereça ao invés **DIU de cobre**.
- Se ≤ 72 horas desde estupro, ofereça encaminhamento para serviço de referência (faça contato prévio ↪ 189/carta de referência). Evite exame físico que comprometa coleta de evidência criminal.
  - Prescreva PEP para HIV ↪ 108
- Se > 72 horas desde estupro: siga procedimentos de proteção social (veja protocolos locais).
- Se ≤ 45 anos e não vacinado/vacinação incompleta para HPV, prescreva **vacina contra HPV** (3 doses: 0, 1-2 e 6 meses).
- Notifique e também avalie e aconselhe paciente como abaixo.

## Avalie paciente em situação de violência

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Maneje sintomas conforme página do sintoma.
Contracepção	Toda consulta	Avalie necessidade de contracepção ↪ 165. Se gestante ↪ 167.
Saúde mental	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avalie e maneje o estresse ↪ 105.</li> <li>• No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 154.</li> <li>• No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses<sup>4</sup>/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.</li> <li>• Se ≥ 3 dos seguintes por &gt; 1 mês: 1) Pesadelos ou pensamentos/flashbacks involuntários 2) Evita certas situações/pessoas 3) Constantemente defensivo, vigilante ou assustado 4) Entrapado ou separado das pessoas, atividades ou lugares: considere <b>transtorno de estresse pós-traumático</b>, discuta.</li> </ul>
HIV	1 <sup>a</sup> visita. Se negativo, repita 4 semanas, 3 meses	Teste para HIV ↪ 122. Se em uso de PEP para HIV ↪ 109.
Sífilis	1 <sup>a</sup> visita. Se negativo, repita 4 semanas, 3 meses	Se não tem história de sífilis, faça teste rápido. Se história de sífilis ou teste rápido não disponível, solicite VDRL/RPR. Interprete resultado ↪ 70.
Hepatite B	1 <sup>a</sup> visita. Se negativo, repita 6 meses	Se tem registro de anti-HBs ≥ 10 UI/mL, considere imune. Se não, teste para HBV ↪ 128 e repita em 6 meses
Hepatite C	1 <sup>a</sup> visita. Se negativo, repita 3 e 6 meses	Teste para hepatite C ↪ 129.

## Aconselhe paciente em situação de violência

- converse com paciente em local reservado. Registre claramente a história nas palavras do(a) 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 socal, recurso de apoio ↪ 188.
- Incentive paciente a denunciar caso à polícia. Respeite decisão do(a) paciente se decidir não denunciar (veja protocolos locais).
- Oriente paciente a usar preservativos por 3 meses e, se amamentando, parar amamentação até resultados dos exames forem confirmados.

**Reavalie paciente em 4 semanas, 3 e 6 meses. Monitore para assiduidade às consultas. Mantenha todas informações confidenciais.**

<sup>1</sup>Imunoglobulina anti-hepatite B. <sup>2</sup>Trate como sífilis recente e então solicite VDRL ou RPR (não treponêmico), colete antes/no dia que aplica/inicia tratamento e avalie resultado para decidir se trata para sífilis tardia ↪ 70. <sup>3</sup>Evitar álcool até 48 horas após metronidazol. <sup>4</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

# Dificuldade para dormir

## Avalie paciente com dificuldade para dormir

- Confirme que 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 pernas inquietas, **discuta** para avaliação.
- Se paciente tem algum dos seguintes: FC  $\geq 100$ , palpitação, tremor, aumento de apetite com perda de peso, intolerância ao calor ou aumento tireoideano, solicite **TSH** e **interprete**.
- Se paciente tem uma doença crônica, ofereça cuidados de rotina.
- Se roncos intensos, para de respirar durante sono, considere **apneia obstrutiva** e **discuta**. Se IMC  $> 25 \rightarrow 137$ . Se paciente fuma, oriente parar **153**. Se usa álcool, oriente evitar antes de dormir.

### Revise medicamentos

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

### Avalie uso de álcool/drogas

- No último ano: 1) bebeu  $\geq 4$  doses<sup>1</sup>/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um **152**.

### Faça avaliação de saúde mental

- Se estresse ou nervosismo **105**
- 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 **154**.
- Se pensamentos ou comportamentos atípicos **104**.
- 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** **160**.

### Pergunte sobre sintomas de menopausa

- Se pessoa com útero/vagina  $> 40$  anos pergunte sobre sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor e problemas sexuais. Se presentes **175**.

## Aconselhe paciente com dificuldade para dormir

- Incentive 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 telas, relógios, TV. 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.

**Se problemas com atividades diárias, sonolência diurna, irritabilidade, ansiedade ou dor de cabeça, sem melhora com 1 mês de higiene do sono: discuta.**

<sup>1</sup>Uma 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 (PEP)

## Atenda com urgência paciente exposto a fluidos infecciosos:

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

Sim: houve contato sexual, acidente perfurocortante, respingos nos olhos, boca, nariz ou pele não íntegra?

Sim

Não

- Se pele não íntegra, limpe a área com água e sabão. Prescreva reforço da **vacina dT** se última dose há > 5 anos<sup>1</sup>.
- Se respingos nos olhos, boca ou nariz: enxague imediatamente boca/nariz ou lave o olho cuidadosamente com água ou **cloreto de sódio 0,9%**.

## PASSO 2: avalie necessidade de profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV, exposição ocorreu há ≤ 72 horas?

Sim: qual status de HIV do paciente?

Não

Paciente HIV positivo prévio  
HIV positivo

Paciente previamente HIV negativo ou desconhecido: faça teste rápido de HIV ↗ 122.

HIV negativo ou resultados discordantes (dois ciclos de TR1 mais TR2 discordantes)

Paciente recusa teste ou TR HIV não disponível

Não dê PEP para HIV.  
Teste para HIV ↗ 122.

Não prescreva PEP para HIV, ofereça cuidados de rotina para HIV ↗ 123.

- Prescreva profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV<sup>2</sup> apenas se ≤ 72 horas desde a exposição:**
- Prescreva **tenofovir/lamivudina (TDF/3TC)** 300/300mg e **dolutegravir (DTG)** 50mg ao dia por 28 dias.
  - Verifique interação medicamentosa ↗ 189. Se usa antiácido, cálcio, ou ferro, oriente usar DTG 2h antes ou 6h após.
  - Se usa rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital, **dobre dose de DTG** para DTG 50mg cada 12 horas.
  - Se TFGe conhecida < 50%: dê, ao invés, **zidovudina/lamivudina (AZT/3TC)** 300/150mg cada 12 horas e **DTG** 50mg ao dia por 28 dias.
  - Se fonte HIV positivo em TARV e CV indetectável: fonte não transmite HIV, PEP não é necessária, decida com paciente sobre PEP.
  - Se testes rápidos de HIV discordantes ou não realizado: solicite HIV laboratorial, revise resultado em até 3 dias.

## PASSO 3: teste paciente/fonte para HBV<sup>4</sup> ↗ 128, HCV ↗ 129 e se exposição sexual, para sífilis ↗ 70 e previna gravidez ↗ 165.

Se violência sexual ↗ 106.

## PASSO 4: se teste rápido HBV/HbsAg negativo, avalie necessidade de imunização para Hepatite B, paciente recebeu 3 doses da vacina contra hepatite B?

Sim: solicite anti-HBs<sup>5</sup> (revise resultado em até 48h-72h) ou verifique se tem resultado prévio

Não/não sabe: complete 3 dose da **vacina contra HBV**

## PASSO 5: continue para aconselhar, revisar resultados dos exames e avaliar necessidade de profilaxia pós-exposição (PEP) para hepatite B → 109.

<sup>1</sup>Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/encaminhe para **soro/imunoglobulina antitetânica**. <sup>2</sup>Se fonte disponível, faça teste rápido HIV ↗ 122. Se fonte HIV positivo/resultados discordantes ou HIV negativo mas em risco de infecção pelo HIV (sexo desprotegido/acidente perfurocortante há < 30 dias), prescreva PEP para paciente. Se fonte HIV negativo e nega sexo desprotegido/acidente perfurocortante há < 30 dias, não prescreva PEP para paciente (sigue para passo 3). <sup>3</sup>Se TFGe desconhecida e tem HAS/DM não controlado ou histórico de DRC, prescreva TDF/3TC + DTG, considere solicitar creatinina e **discuta**. <sup>4</sup>Se paciente já tem registro de anti-HBs ≥ 10 considere paciente imune contra HBV (não é necessário testar para HBV, nem repetir anti-HBs, PEP para HBV não está indicada). Se paciente HBV positivo, mantenha PEP (se prescrita/em uso) e **discuta/encaminhe** antes de parar. <sup>5</sup>Se resultado prévio de anti-HBs não disponível e fonte com hepatite B aguda, não aguarde resultado de anti-HBs e encaminhe para receber **IGHAHB** (imunoglobulina anti- hepatite B) imediatamente.

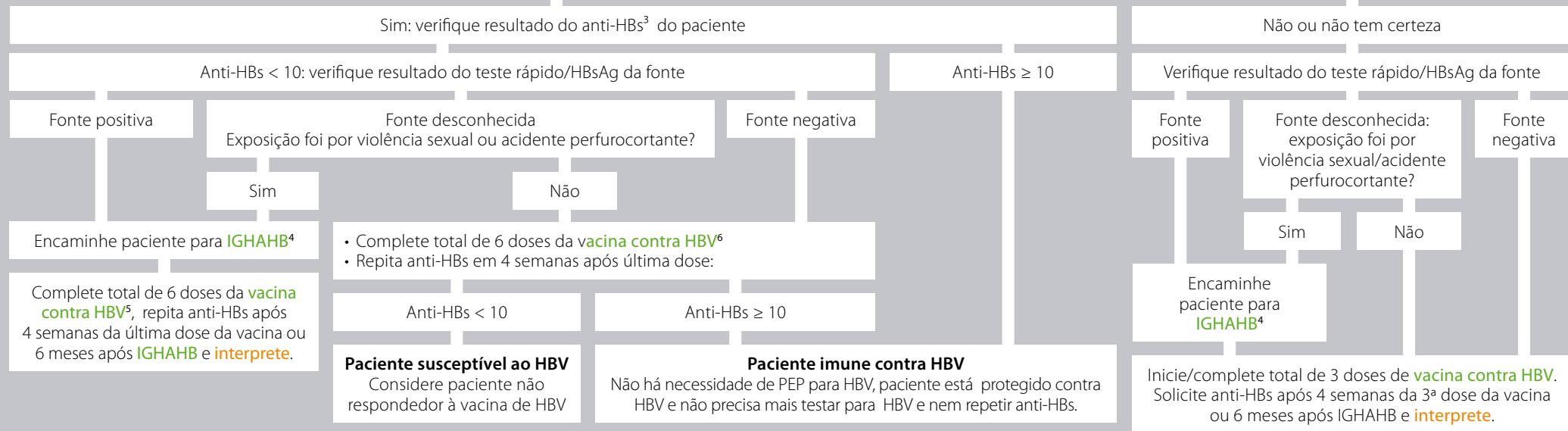
# Reavalia paciente em profilaxia pós-exposição (PEP)

## Aconselhe e reavale paciente em 2 semanas, 4-6 semanas, 3 meses e 6 meses

- Oriente que efeitos adversos (náuseas, dor abdominal, flatulência) costumam ser leves e não deve parar PEP. Se piora ou outros sintomas, retornar para avaliar.
- 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 relação anal ou por 7 dias após última relação vaginal receptiva. Ofereça PrEP após completar PEP ↪ 110.

Avalie	Quando avaliar	Observações
Adesão, efeito adverso	2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalie adesão e pergunte sobre efeitos adversos ↪ 127. Se presentes, não pare PEP e considere medicamentos sintomáticos.</li> <li>Se sintomas de maior intensidade ou não esperados, discuta e considere solicitar exames complementares (TGP, creatinina, outros).</li> </ul>
HIV	1ª consulta, 4-6 semanas e 3 meses	Teste para HIV (considere fornecer/orientar que faça autoteste de HIV, se disponível) ↪ 122. Se positivo, ofereça cuidados ↪ 123.
Hepatite B	1ª consulta: se anti-HBs < 10/desconhecido <sup>1</sup>	Teste para hepatite B ↪ 128. Se negativo, avalie PEP para HBV como abaixo. Se positivo, não pare PEP e discuta/encaminhe.
Hepatite C	1ª consulta, 4-6 semanas e 6 meses	Teste para hepatite C ↪ 129. Se já teve HCV (anti-HCV prévio reagente), discuta e considere solicitar RNA-HCV.
Sífilis (se exposição sexual)	1ª consulta e 4-6 semanas	Teste para sífilis ↪ 70.
CT/NG (rastreio de clamídia e gonococo) <sup>2</sup>	Se disponível: 4-6 semanas	Se CT e NG detectáveis ou NG detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: dê dose única de ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g via oral. Se apenas CT detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias com dose única de azitromicina 1g via oral.
Resultados da fonte (se realizados)	-	Interprete resultados do teste de hepatite B ↪ 128, hepatite C ↪ 129 e sífilis ↪ 70.

**Avalie necessidade de PEP para hepatite B em paciente com teste rápido/HBsAg não reagente:** paciente recebeu 3 doses da vacina contra hepatite B?



<sup>1</sup>Se paciente tem registro de anti-HBs ≥ 10, paciente é **imune contra HBV** (não é necessário testar para HBV, nem repetir anti-HBs, PEP para HBV não está indicada). <sup>2</sup>Solicite CT/NG por PCR de acordo com prática sexual: vaginal receptivo (vagina), anal receptivo (ânus), oral ativo (orofaringe) e/ou vaginal/anal insertivo (urina). <sup>3</sup>Se resultado prévio de anti-HBs não disponível e **frente com hepatite B aguda**, não aguarde resultado de anti-HBs e encaminhe para receber IGHAHB (imunoglobulina anti-hepatite B) imediatamente.

<sup>4</sup>Imunoglobulina humana anti-hepatite B: aplicar 0,06mL/Kg, em extremidade diferente da que recebeu vacina contra HBV, preferencialmente em até 48h ou em até 7 dias após exposição percutânea ou em até 14 dias após exposição sexual. <sup>5</sup>Se paciente tem registro de 2 ciclos de vacinas contra HBV (6 doses), omita a vacina e encaminhe para 2ª dose de IGHAHB após 1 mês da 1ª dose. <sup>6</sup>Se paciente tem registro de 2 ciclos de vacinas contra HBV (6 doses), omita novas doses, considere **não respondedor** e suscetível ao HBV e não repita anti-HBs.

# PrEP: Profilaxia pré-exposição ao HIV

- A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) é o uso de medicamentos antirretrovirais para reduzir o risco de infecção pelo HIV por pessoas não infectadas e que tenham risco aumentado de adquirir a infecção.
- Se sexo desprotegido (anal ou vaginal) ou acidente perfurocortante há ≤ 72 horas: **avalie indicação de PEP** ↪ 108 (se em uso/indicação de PEP agende retorno após terminar PEP para avaliar PrEP).

**Avalie indicação de PrEP.** Paciente tem ≥ 1 dos seguintes fatores de risco para infecção pelo HIV:

- Uso irregular de preservativos
- ISTs ou uso de PEP no último ano

- Troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia
- Pratica *chemsex* (sexo sob influência de drogas - álcool, metanfetaminas, GHB, MDMA, cocaína, poppers)

- Tem parceria(s) sexual(is) que vive(m) com HIV<sup>1</sup>

Sim para um ou mais

Não para todos

## Considere alto risco de infecção para HIV

Paciente tem indicação de PrEP: ofereça PrEP, oriente e avalie como abaixo.

## Considere baixo risco de infecção para HIV

- Oriente reconhecer práticas sexuais de risco: IST/PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativos, uso arriscado de álcool/drogas. Aconselhe evitar sexo desprotegido e oriente prevenção combinada<sup>2</sup>.
- Avalie necessidade de testar para HIV ↪ 122, HBV ↪ 128, HCV ↪ 129 e sífilis ↪ 70.

## Oriente e avalie pessoa com indicação de PrEP

- Explique que a PrEP é um medicamento que protege uma pessoa HIV negativa de contrair HIV.
- Oriente que a PrEP protege só contra o HIV. Aconselhe que a PrEP deve ser usada junto com outros métodos de prevenção combinada<sup>2</sup> para prevenir outras ISTs.
- Explique que para usar PrEP é preciso testar regularmente para HIV: antes de iniciar a PrEP, após 1 mês e depois a cada 3-4 meses.
- Se gestante ou amamentando, explique que a PrEP é segura para mãe e bebê.

Paciente está motivado(a) e preparado(a) para iniciar PrEP, aderir ao uso do medicamento e retornar para visitas de monitoramento (um retorno em 1 mês e retornos pelo menos cada 3-4 meses)?

Sim: teste para HIV ↪ 122. Maneje resultado:

Não

HIV negativo: paciente refere sexo anal/vaginal desprotegido ou acidente perfurocortante nas últimas 4 semanas?

Não

Sim

Tem/teve ≥ 1 dos seguintes sinais/sintomas não explicados por outra condição clínica conhecida: febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor no corpo, dor de garganta, rash/manchas vermelhas ou sudorese/mal-estar?

Não

Sim: considere possibilidade de **infecção aguda pelo HIV**

- Não prescreva PrEP.
- Se sintomas atuais, maneje conforme página do sintoma.
- Solicite carga viral de HIV<sup>3</sup> e discuta, ou repita teste de HIV após 4 semanas da última exposição sexual desprotegida/ acidente perfurocortante.

- Se peso < 35Kg, história de fratura patológica, diagnóstico de osteoporose, doença renal com TFGe < 60, discuta antes de indicar/iniciar PrEP.
- Se *nenhum dos acima, inicie PrEP* → 111, garanta que realize teste de HIV 30 dias após iniciar PrEP e oriente retornar se sinais/sintomas de infecção aguda pelo HIV.

- HIV positivo
- Não prescreva PrEP.
- Ofereça cuidados de rotina para HIV (inicie TARV no mesmo dia ou em até 7 dias) → 123.

- Aconselhe evitar sexo desprotegido e oriente prevenção combinada<sup>2</sup>.
- Avalie necessidade de testar para HIV ↪ 122, HBV ↪ 128, HCV ↪ 129 e sífilis ↪ 70.
- Oriente retornar se motivado(a) e preparado(a) para iniciar PrEP.

<sup>1</sup>Se parceria que vive com HIV está em tratamento regular há > de 6 meses e carga viral indetectável, ela não transmite HIV por via sexual, porém paciente tem autonomia para decidir se quer usar PrEP. <sup>2</sup>Usar preservativos/gel lubrificante (forneça e oriente uso), testar regularmente para HIV/ISTs (paciente/parcerias), saber quando usar PEP e onde encontrar, tratar IST sem demora (paciente/parcerias), usar luvas se *fisting*, evitar compartilhar brinquedos性uais e higienizar mãos, genitália, períneo, região anal e vibradores/plugs anais/vaginais antes e após relações sexuais. <sup>3</sup>Se CV detectável (qualquer valor) e teste de HIV não reage, discuta antes de confirmar a infecção pelo HIV.

# Profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP): cuidados de rotina

**Avalie paciente iniciando/reiniciando PrEP, 20-25 dias após iniciar e então cada 3-4 meses**

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas de infecção aguda pelo HIV <sup>1</sup>	Se necessário	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se iniciando/reiniciando PrEP ou perdeu proteção ↪ 112 e sexo (anal ou vaginal) desprotegido &lt; 30 dias, avalie sintomas de infecção aguda pelo HIV<sup>1</sup> nas últimas 4 semanas.</li> <li>- Se presentes, não inicie/reinicie PrEP, teste para HIV ↪ 122 e, se negativo, solicite carga viral de HIV e <b>discuta</b><sup>2</sup> ou repita teste de HIV após 4 semanas.</li> </ul>
Sintomas de ISTs	Toda consulta	Pergunte sobre corrimento, rash, coceira, nódulo(s), úlcera(s), vesícula(s) na região dos genitais (pênis, vagina, ânus). Se presentes ↪ 66.
Medicamentos	Toda consulta	Verifique medicamentos em uso (prescritos, isentos de prescrição, plantas) para possível interação com PrEP e nefrototoxicidade ↪ 189.
Adesão	Toda consulta	Pergunte sobre padrão de uso da PrEP e doses perdidas nos últimos 30 dias ↪ 111. Se má adesão, ofereça apoio para aumentar adesão ↪ 18.
Efeitos adversos	Toda consulta	Pergunte sobre efeitos adversos da PrEP ↪ 113. Reforce orientação que geralmente resolvem em algumas semanas. Se dúvidas, <b>discuta</b> .
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses <sup>3</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.
Contracepção	Toda consulta	Avalie necessidades de contracepção ↪ 165 e planos de gravidez. Se planos, prescreva ácido fólico ↪ 25. Se gestante, ofereça cuidado pré-natal ↪ 169.
Teste rápido de HIV	Se iniciando ou reiniciando PrEP, após 1 mês e cada 3-4 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teste para HIV ↪ 122. Se em atendimento remoto, pode usar resultado de autoteste de HIV.</li> <li>Se negativo: continue/inicie PrEP.</li> <li>Se positivo (se autoteste positivo, precisa confirmar ↪ 122): pare/não inicie PrEP. Ofereça cuidados de rotina e inicie TARV (em até 7 dias) ↪ 123.</li> <li>- Se uso de PrEP durante ou após período da infecção, solicite <b>genotipagem pré-tratamento</b>, colete e inicie TARV logo após, e encaminhe/<b>discuta</b> com prioridade.</li> </ul>
Sífilis <sup>4</sup>	1 <sup>a</sup> consulta, cada 3-4 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se não tem história de sífilis, faça teste rápido. Se história de sífilis ou teste rápido não disponível, solicite VDRL/RPR. Interprete ↪ 70.</li> <li>- Se diagnóstico de sífilis, trate paciente e parceria dos últimos 90 dias ↪ 71.</li> </ul>
Hepatite C <sup>4</sup>	1 <sup>a</sup> consulta, cada 3-4 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teste para hepatite C ↪ 129. Se hepatite C, não pare/mantenha PrEP e trate ↪ 130.</li> <li>- Se já teve hepatite C e tratou: solicite TGP cada 6 meses (se TGP alterado, solicite RNA-HCV) e RNA-HCV anual. Interprete resultado do RNA-HCV ↪ 129.</li> </ul>
Hepatite B (HBsAg) <sup>4</sup>	Se anti-HBs < 10 <sup>5</sup> ou desconhecido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teste para HBV ↪ 128: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se HBsAg não reagente, repita teste cada 12 meses<sup>5</sup>.</li> <li>- Se HBsAg reagente, não pare PrEP, indique uso diário/consistente para evitar reativações de infecção pela hepatite B e encaminhe/<b>discuta</b> para tratar.</li> </ul> </li> </ul>
Anti-HBs	Se ≥ 3 doses de vacina HBV e sem registro de anti-hbs ≥ 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se &lt; 3 doses da vacina contra HBV/sem registro, complete um total de 3 doses e solicite anti-HBs<sup>6</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se anti-HBs ≥ 10 coletado após ≥ 3 doses, não é necessário repetir: considere paciente imune contra HBV.</li> <li>- Se anti-HBs &lt; 10, prescreva mais uma dose da vacina e repita anti-HBs<sup>6</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mantém anti-HBs &lt; 10, complete um total de 6 doses e repita anti-HBs<sup>6</sup>:</li> <li>- Se anti-HBs &lt; 10, considere suscetível ao HBV (não respondedor) não aplique mais doses.</li> <li>- Se anti-HBs ≥ 10, não é necessário repetir: considere paciente imune contra HBV.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Anti-HAV IgG ou Anti-HAV total	Se pratica sexo anal-oral: 1 <sup>a</sup> consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se não reagente, oriente vacinação (se disponível). Se completou vacinação, não é necessário repetir exame de anti-HAV IgG ou total para comprovar imunidade.</li> <li>- Se vacinação não disponível, reforce medidas de prevenção como usar luvas se <i>fisting</i>, evitar compartilhar brinquedos sexuais e higienizar mãos, genitália, períneo, região anal e vibradores/plugs anais/vaginais antes e após relações sexuais.</li> <li>• Se reagente, considere paciente imune contra hepatite A.</li> </ul>
CT/NG (rastreio de clamídia e gonococo) <sup>7</sup>	Se disponível: 1 <sup>a</sup> consulta, cada 6-8 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se CT e NG detectáveis ou NG detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: dê dose única de <b>ceftriaxona</b> 500mg IM e <b>azitromicina</b> 1g via oral.</li> <li>• Se somente CT detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: prescreva dose única de <b>azitromicina</b> 1g via oral.</li> </ul>

**Continue avaliando paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP → 112.**

<sup>1</sup>Febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor no corpo, dor de garganta, rash/manchas vermelhas ou sudorese/mal-estar que não possam ser explicados por outra condição clínica conhecida. <sup>2</sup>Se CV detectável (qualquer valor) e teste de HIV não reagente, **discuta** antes de confirmar a infecção pelo HIV. <sup>3</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>4</sup>Se tem testes realizados há < 15-20 dias, não é necessário repetir. <sup>5</sup>Se anti-HBs > 10, paciente é imune contra HBV e não é necessário testar. <sup>6</sup>Colete anti-HBs preferencialmente 1-2 meses (até 6 meses) após última dose prescrita da vacina contra HBV. <sup>7</sup>Solicite CT/NG por PCR de acordo com prática sexual: vaginal receptivo (vagina), anal receptivo (ânus), oral ativo (orofaringe) e/ou vaginal/anal insertivo (urina).

### Continue avaliando paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP

Avalie	Quando avaliar	Observações
Creatinina (calcule TFGe <sup>1</sup> , prefira calculadora CKD-EPI2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se entre 30-50 anos: 1ª consulta e anual</li> <li>Se &gt; 50 anos ou tem risco para redução da função renal (independente da idade): 1ª consulta e cada 6-8 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considere que paciente tem risco para redução da função renal se DM, HAS, DRC, história/registo de TFGe &lt; 60 ou uso crônico de medicamento nefrotóxico.</li> <li><b>Se &lt; 30 anos e não tem risco para redução da função renal: não é necessário solicitar e nem monitorar creatinina.</b></li> <li><b>Não aguarde resultado da creatinina para iniciar PrEP.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se tem DM/HAS não controlada ou história/registo de TFGe &lt; 60, considere aguardar resultado da creatinina (TFGe) antes de iniciar PrEP.</li> <li>- Se TFGe ≥ 60, continue PrEP.</li> </ul> </li> <li>Se TFGe &lt; 60, confirme com nova creatinina, verifique/pare AINEs e creatina (pode causar falso-aumento no valor da creatinina).           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se paciente tem grande volume de massa muscular ou alta ingesta de proteína animal, calcule/compare TFGe com Cockcroft-Gault<sup>1</sup>, discuta para interpretar resultados e considerar investigação complementar antes de parar PrEP.</li> <li>- Se TFGe &lt; 60 confirmada, pare PrEP e repita creatinina após 2 meses:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se TFGe ≥ 60 repetida após 2 meses, pode reiniciar PrEP.</li> <li>- Se mantiver TFGe &lt; 60, não reinicie PrEP e discuta para investigações adicionais.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

### Aconselhe paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP

- Enfatize que PrEP só é eficaz contra HIV, não previne outras ISTs. Para prevenir outras ISTs deve usar preservativos, gel lubrificante (forneca e oriente uso), outros métodos de **prevenção combinada**:
  - Testar regularmente para HIV/ISTs (paciente/parcerias)
  - Saber quando usar PEP e onde encontrar
  - Tratar IST sem demora (paciente/parcerias)
  - Usar luvas se fisting
  - Evitar compartilhar brinquedos性uais e higienizar mãos, genitália, períneo, região anal e vibradores/plugs anais/vaginais antes e após relações sexuais.
- Reforce que PrEP pode ser usada se gestante ou amamentando, e que é segura para mãe e bebê. Oriente que PrEP não interfere na eficácia de contraceptivos hormonais ou hormônios para pessoas trans.
- Explique que PrEP pode ser usada com álcool/outras drogas e que é nesses momentos que há maior chance de não usar o preservativo e a PrEP vai proteger contra o HIV.
- Orienta evitar uso excessivo de AINEs, pois associados a PrEP aumentam risco de dano renal. Se usar outro medicamento, informar profissional de saúde para avaliar interação medicamentosa ↗189.
- Orienta que efeitos adversos ↗113 são leves, melhoram em semanas e não deve parar a PrEP. Se necessário, pode usar medicamentos sintomáticos.
- Orienta que PrEP só é eficaz se usada corretamente ↗113: use lembretes (alarme, aplicativo de celular), tenha comprimidos suficientes se for viajar ou dormir fora.

### Trate paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP

- Se ≤ 45 anos e sem vacina contra HPV/com esquema incompleto, prescreva **vacina contra HPV** (3 doses: 0, 2 e 6 meses). Se gestante, prescreva somente após parto.
- Decida qual modalidade de PrEP paciente deseja e pode usar**, pergunte sobre uso de hormônios com estradiol e órgão genital de nascimento:

Nasceu com pênis e não usa hormônio com estradiol

Nasceu com vagina ou usa hormônio com estradiol

Avalie rotina sexual, teste de HBV e desejo de PrEP sob demanda: sexo ≤ 1 dia/semana e consegue planejar sexo ao menos 2 horas antes e teste de HBV não reagente e deseja PrEP sob demanda?

Sim para todos

Não para qualquer um

Pode usar **PrEP sob demanda** (2-1-1) → 113.

Deve usar **PrEP diária** → 113.

<sup>1</sup>Para cálculo, acesse: <https://sbn.org.br/medicos/utilidades/calculadoras-nefrologicas/>.

### Prescreva PrEP

- Se iniciando ou reiniciando PrEP, prescreva 30 comprimidos. Se já em uso, prescreva comprimidos suficientes para 3-4 meses (mesmo se usa sob demanda, pois pode decidir/alternar com uso diário).
- Oriente retirar PrEP no mesmo dia da consulta ou em até 7 dias da data do teste de HIV.
- **Paciente tem até 7 dias após data de realização do teste de HIV (preenchida no formulário de dispensação) para retirar a PrEP.** Após esse prazo ou se não tiver o resultado e data do teste preenchido no formulário, teste de HIV deverá ser repetido.
- Prescreva PrEP de acordo com a modalidade escolhida, explique para paciente como iniciar, como parar a PrEP com segurança e quais seus efeitos adversos esperados:

Medicamento	Como iniciar e usar PrEP	Como parar PrEP com segurança	Efeitos adversos
<b>Tenofovir/ Emtricitabina</b> 300 mg/ 200mg • Tomar com ou sem comida.	PrEP diária	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se nasceu com pênis e não usa hormônio com estradiol: iniciar com 2 comprimidos no primeiro dia, proteção completa após 2 horas, e seguir com 1 comprimido ao dia.</li> <li>- Se esquecimento, tomar ao lembrar e retomar uso no horário habitual.</li> <li>- Se <math>\geq 4</math> dias sem PrEP ou &lt; 4 comprimidos/semana, proteção é perdida.</li> <li>• Se sexo desprotegido, avalie para PEP ↪ 108.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar 1 comprimido ao dia por pelo menos 2 dias seguidos após última relação sexual.</li> <li>- Se teste de HBV positivo, encaminhe/ <b>discuta</b> antes de parar.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se nasceu com vagina ou usa hormônio com estradiol: iniciar com 2 comprimidos no primeiro dia e seguir com 1 comprimido ao dia, proteção completa só após 7 dias.</li> <li>- Se esquecimento, tomar ao lembrar e retomar uso no horário habitual.</li> <li>- Se <math>\geq 2</math> dias sem PrEP ou &lt; 6 comprimidos/semana, proteção é perdida.</li> <li>• Se sexo desprotegido, avalie para PEP ↪ 108.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar 1 comprimido ao dia por pelo menos 7 dias seguidos após última relação sexual.</li> <li>- Se teste de HBV positivo, encaminhe/ <b>discuta</b> antes de parar.</li> </ul>
	PrEP sob demanda (2-1-1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar 2 comprimidos de 2h à 24h antes do sexo seguido de 1 comprimido ao dia por pelo menos 2 dias seguidos após última relação sexual.</li> <li>- Se esquecimento por &gt; 24 horas, proteção é perdida:</li> <li>• Se sexo desprotegido, avalie para PEP ↪ 108.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar 1 comprimido ao dia por pelo menos 2 dias seguidos após última relação sexual.</li> <li>- Se teste HBV positivo, <i>não use</i> PrEP sob demanda, recomende PrEP diária.</li> </ul>

- Se sexo desprotegido (anal ou vaginal) antes da PrEP começar a fazer efeito (proteção completa) ou após perder a proteção, avalie indicação de PEP ↪ 108.
- PrEP pode ser iniciada e parada de acordo com desejo/motivação ou mudança de contexto vida/risco. Após parar PrEP, teste para HIV ↪ 122, reforce uso de preservativos/gel e prevenção combinada.
- Ofereça até 5 autotestes para paciente/partneras/pares/amigos/familiares, entregue ou sinalize no formulário de prescrição para retirar junto com PrEP na farmácia.

**Reavalia paciente iniciando/reiniciando PrEP em 20-25 dias e cada 3-4 meses.**

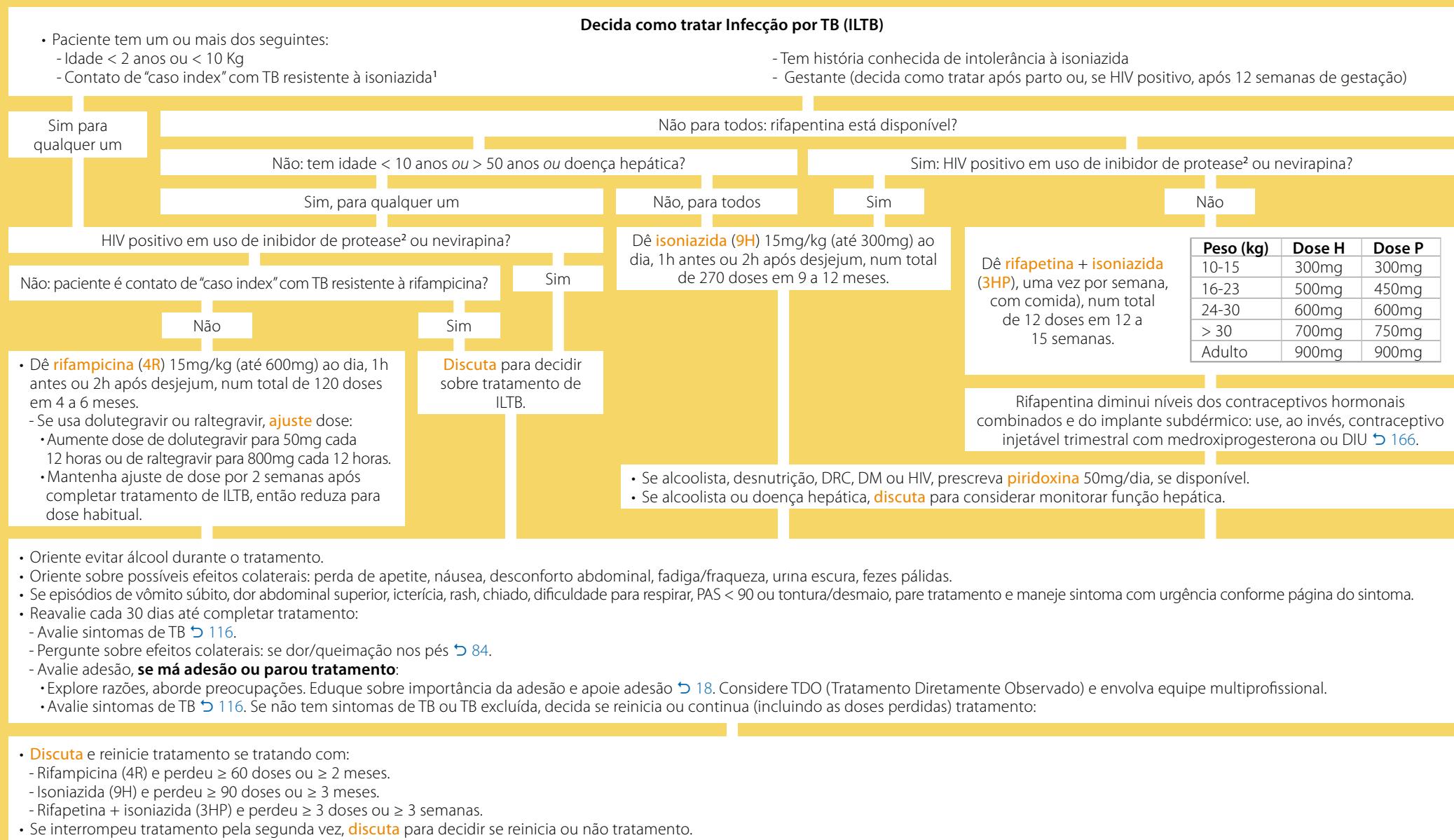
# Avalie paciente que é contato de TB para Infecção por TB (ILTB)

- Considere paciente como contato de TB se teve contato próximo (em casa, escola ou trabalho) na maior parte do dia, por dias frequentes ou  $\geq 1$  noite com caso de TB pulmonar ou laríngea ou com criança com TB independente da forma clínica ("caso index") nos últimos 3 meses antes do "caso index" iniciar tratamento para TB.
- "Infecção por TB" é diferente de "Doença por TB". Infecção por TB refere-se às bactérias da TB que entraram no corpo, mas ainda não deixam o corpo doente – frequentemente chamada de Infecção latente por TB (ILTB).



<sup>1</sup>Se IGRA indeterminado, considere para manejo no algoritmo como resultado positivo. Se dúvidas, discuta.

# Trate Infecção por TB (ILTB)



<sup>1</sup>Se paciente é contato de ‘caso index’ com TB resistente a ≥ 2 drogas, discuta para decidir sobre tratamento de ILTB. <sup>2</sup>Como atazanavir, darunavir, ritonavir.

# Tuberculose (TB): diagnóstico

- Investigue TB se tosse ≥ 2 semanas ou qualquer um dos seguintes: perda de peso, sudorese noturna, febre ≥ 2 semanas, dor no peito ao respirar, escarro sanguinolento.
- Se HIV, profissional de saúde, situação de rua, privação de liberdade/institucionalização atual/recente, contato TB resistente, indígena, imigrante e *tosse de qualquer duração sem outra causa provável*, investigue TB.

## Atenda com urgência paciente com suspeita de TB e um ou mais dos seguintes:

- FR ≥ 30 ou SaO<sub>2</sub> < 90%
- Falta de ar em repouso, ao falar ou com sinais de esforço (tiragens intercostais, batimento asa do nariz)
- Rigidez de nuca/meningismo
- Sonolência/confusão mental/agitação
- Incapaz de andar sem apoio
- Tosse com sangue vivo
- Vômitos persistentes
- Tax > 39°C
- Nova fraqueza em braço/perna

### Maneje e encaminhe com urgência:

- Se SaO<sub>2</sub> < 90% ou FR ≥ 30 ou cianose ou falta de ar ou desconforto respiratório: aplique **oxigênio** via cânula nasal 1-6L/min para meta de 90-96% (se DPOC, 88-92%; se gestante, 92-95%).  
- Se em 6L/min e fora do alvo/sem melhora da falta de ar, use máscara com reservatório e aumente até 15L/min.
- Se FR ≥ 30 ou SaO<sub>2</sub> < 90% ou falta de ar ou confusão mental e temperatura ≥ 38°C e remoção demorar > 2 horas: aplique **ceftriaxona** 1g IM para possível **pneumonia bacteriana grave**.
- Colete escarro para diagnosticar TB. Se HIV positivo com FR ≥ 30, SaO<sub>2</sub> < 90%, FC ≥ 120, Tax > 39°C ou incapaz de andar sem apoio, solicite TB-LAM (se disponível). Monitore resultados.

## Inicie investigação de TB em paciente que não necessita de atenção urgente

### Teste escarro e solicite rx de tórax

- Envie 1 amostra (2-5 mL) de escarro para TRM-TB<sup>1</sup>.  
- Se HIV, profissional de saúde, situação de rua, privação de liberdade/institucionalização atual/recente, contato TB resistente, indígena, imigrante: solicite também cultura e TS<sup>2</sup>.
- Se já teve TB, também solicite baciloscopia<sup>3</sup>, cultura e TS<sup>2</sup> preferencialmente na mesma amostra de escarro ou envie mais uma amostra (2-5 mL) da manhã do dia seguinte (ao acordar).
- Se não consegue escarrar: tente coleta na manhã do dia seguinte (ao acordar) ou induza/encaminhe para induzir com **solução salina hipertônica** 3%<sup>4</sup> por 15 minutos. Se não conseguir, interprete rx de tórax →117.
- Verifique resultado do TRM-TB<sup>1</sup> em até 2-3 dias. Se positivo, maneje como abaixo. Se negativo →117.

### Teste sangue

Teste para HIV (faça teste rápido) → 122.

**Se HIV positivo e sintomas de TB ou CD4 ≤ 100 (independente de sintomas), também colete/realize teste rápido urinário TB-LAM (se disponível)**

- Se positivo, **diagnostique TB** e **discuta/encaminhe** para tratar →118.
- Se negativo, maneje de acordo com resultados do TRM-TB<sup>1</sup>/baciloscopia, cultura e rx de tórax.

## TRM-TB<sup>1</sup> positivo/MTB (*Mycobacterium tuberculosis*) detectado: paciente já teve TB?

Não

Sim: verifique resultado da baciloscopia e da sensibilidade à rifampicina do TRM-TB<sup>3</sup>

Sensibilidade à rifampicina ou não realizada<sup>5</sup>

Baciloscopia positiva

Baciloscopia negativa

**Diagnostique TB sensível:** notifique e inicie tratamento no mesmo dia →118.

Resistência à rifampicina

Sensibilidade à rifampicina ou não realizada<sup>5</sup>

Se febre ou tosse com escarro, trate **pneumonia**

→ 52.

**Diagnostique TB resistente:** confirme com nova amostra para TRM-TB<sup>1</sup> notifique, **discuta/encaminhe** para tratar em até 7 dias.

**Diagnostique TB sensível:** notifique e inicie tratamento no mesmo dia →118.

## MTB detectado traços

- Se HIV positivo, **diagnostique TB sensível:** notifique, inicie tratamento no mesmo dia →118 e revise cultura e TS<sup>2</sup>.
- Se HIV negativo, envie nova amostra para TRM-TB<sup>1</sup> e também cultura e TS<sup>2</sup>: **interprete**.  
- Se febre/tosse com escarro, trate **pneumonia** → 52.

**Interprete rx de tórax e revise resultado de cultura e TS do escarro** (se ainda não solicitado/não aguardando resultado, solicite nova amostra de escarro para cultura e TS) →117.

<sup>1</sup>Teste rápido molecular para tuberculose e avaliação de resistência a rifampicina. <sup>2</sup>Teste de Sensibilidade a drogas contra TB. <sup>3</sup>Se já teve TB e está investigando nova infecção ou reingresso após abandono, use baciloscopia/cultura para diagnosticar TB, e resultado da resistência à rifampicina do TRM-TB (o TRM-TB pode detectar bacilos mortos ou inviáveis e não é usado nos casos de retratamento - reingresso após abandono e recidivas). <sup>4</sup>Adicione 0,5mL de **cloreto de sódio 20%** a 5mL de **cloreto de sódio 0,9%**. <sup>5</sup>Envie nova amostra para TRM-TB e revise resultado em até 2-3 dias. Se não foi possível determinar sensibilidade à rifampicina, maneje como TB sensível e revise resultado da cultura e TS.

**TRM-TB negativo/MTB (*Mycobacterium tuberculosis*) não detectado<sup>1</sup>: paciente já teve TB?**

Não  
Se mantém sintomas de TB: se ainda não solicitado, envie nova amostra para cultura e TS<sup>2</sup>.

Baciloscopy negativa

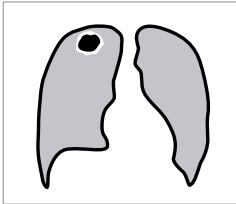
Sim: verifique resultado da baciloscopy

Baciloscopy positiva

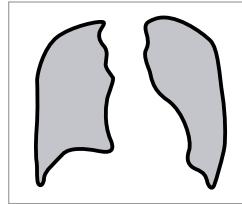
Se febre ou tosse com escarro, trate **pneumonia** ↪ 52.

**Diagnóstico TB sensível:** notifique e inicie tratamento no mesmo dia → 118.

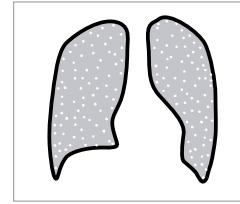
**Interprete rx de tórax e, se solicitado, revise resultado de cultura e TS<sup>2</sup> do escarro** como abaixo.



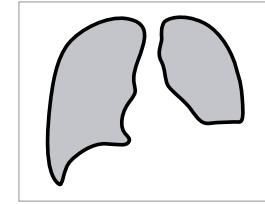
Cavitação de lobo superior



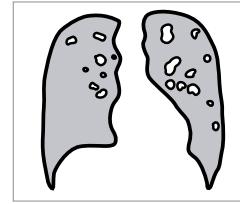
Linfadenopatia Intratorácica



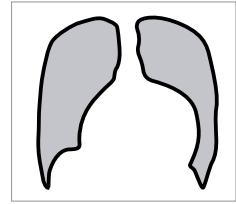
TB Miliar



Derrame pleural



Qualquer opacificação pulmonar e HIV positivo



Derrame pericárdico:  
encaminhe no mesmo dia.

**Interprete o rx de tórax:**

Rx de tórax como acima

Rx de tórax normal ou diferente do acima ou incerto

- Compare com rx prévio, se disponível.
- Se ainda sem diagnóstico de TB, **considere rx sugestivo de TB**:
  - Se derrame pleural: **discuta**/encaminhe no mesmo dia para investigar.
  - Se sintomas de TB e nunca teve TB: **discuta**/encaminhe e considere iniciar tratamento para TB → 118.
  - Se é contado de TB resistente: **discuta**/encaminhe para investigar/tratar.
  - Se não tem sintomas de TB: **discuta**/encaminhe para investigar.
  - Revise resultado da cultura e TS<sup>2</sup> (vide abaixo), se solicitado.
- Se já tem diagnóstico de TB por TRM-TB ou baciloscopy: mantenha cuidados de rotina ↪ 118.

- Se sintomas de TB e ainda sem diagnóstico de TB:
  - Investigue causas de tosse ↪ 52, febre ↪ 36 ou perda de peso ↪ 35.
  - Revise resultado da cultura e TS<sup>2</sup> (vide abaixo), se solicitado.
  - **Investigue** TB extra-pulmonar e **discuta**/encaminhe: se dor/aumento de volume abdominal ou diarreia, solicite **USG abdominal**. Se dor de cabeça, considere **TC de crânio/puncao lombar**. Se dor lombar, solicite **rx de coluna lombar**. Se linfonodo ≥ 2cm, considere solicitar **aspiracao para citologia e microscopia**.
- Se já tem diagnóstico de TB por TRM-TB ou baciloscopy e:
  - Rx normal, mantenha cuidados de rotina ↪ 118.
  - Rx diferente do acima ou incerto, **discuta**.

**Revise o resultado da cultura de escarro e TS<sup>2</sup>:**

Cultura positiva (*Mycobacterium tuberculosis* confirmado)

Sensibilidade aos fármacos

**Diagnóstico TB sensível**  
Se ainda não tiver feito:  
notifique, inicie tratamento no mesmo dia → 118.

Cultura negativa ou pendente ou não realizada

- Se ainda sem diagnóstico de TB apesar de investigação inicial (TRM-TB, baciloscopy e rx de tórax):
  - Se sintomas persistentes e outras causas descartadas, **discuta**/encaminhe para considerar iniciar tratamento para TB baseado em diagnóstico clínico → 118 ou solicitar **TC de tórax**.
  - Se melhora dos sintomas, oriente retornar se novos sintomas.

Cultura positiva para **micobacteriose não tuberculosa (MNT)**

**Discuta**/encaminhe com prioridade para tratar.

<sup>1</sup>Se não realizou TRM-TB por amostra insuficiente, envie nova amostra para TRM-TB e revise resultado em até 2-3 dias. <sup>2</sup>Teste de Sensibilidade a drogas contra TB.

# TB Sensível (TB-S): cuidados de rotina

**Avalie 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"> <li>Verifique se tem sinais ou sintomas que necessitam de atenção urgente (vide quadro vermelho) ↪ 116.</li> <li>Espere melhora gradual durante o tratamento para TB. <b>Se os sintomas piorarem ou não melhorarem: discuta.</b></li> </ul>
Contatos próximos	No diagnóstico	Avalie todas as pessoas que tiveram contato próximo (no domicílio, escola ou trabalho) com paciente para Infecção por TB (ILTB) ↪ 114 e doença por TB.
Planejamento familiar	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalie necessidade de contracepção, evite gravidez durante o tratamento ↪ 165.</li> <li>Rifampicina diminui níveis do COC<sup>1</sup> e implante subdérmico<sup>2</sup>: use, ao invés, contraceptivo injetável trimestral com medroxiprogesterona ou DIU ↪ 166.</li> </ul>
Adesão	Todas as consultas	Se dificuldade de adesão ↪ 18, e considere/faça tratamento diretamente observado (TDO). Maneje paciente que interrompeu o tratamento para TB ↪ 121.
Efeitos adversos	Todas as consultas	Pergunte sobre efeitos adversos do tratamento ↪ 120.
Uso de álcool/drogas	No diagnóstico; se má adesão	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses <sup>3</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.
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 ↪ 154.
Peso e IMC	Todas as consultas	Se IMC < 18,5: <b>discuta</b> . Espere aumento de peso ao tratar, ajuste dose ↪ 119. Se perda de peso: verifique adesão, resultado TS <sup>3</sup> e <b>discuta</b> .
Rx de tórax	No diagnóstico, ao final do tratamento e se necessário	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicite no diagnóstico e ao completar tratamento. Também repita:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se 2 meses de tratamento se TB pulmonar diagnosticada sem exame bacteriológico positivo ou não consegue escarrar para realizar baciloscopy de controle<sup>4</sup>.</li> <li>- Em qualquer momento se piora dos sintomas/tosse com sangue (solicite/faça no mesmo dia).</li> </ul> </li> <li>Interprete ↪ 117 e <b>discuta</b>. Se disponível, compare rx repetido com anterior/do diagnóstico.</li> </ul>
TRM-TB <sup>5</sup>	No diagnóstico e se necessário	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se nunca teve TB, solicite/use TRM-TB<sup>5</sup> para diagnosticar TB e avaliar resistência à rifampicina: se TRM-TB<sup>5</sup> positivo/traços ↪ 116; se negativo ↪ 117.</li> <li>Se já teve ou está tratando TB, solicite/use TRM-TB<sup>5</sup> para: avaliar resistência à rifampicina<sup>6</sup> no diagnóstico ↪ 116 ou se interrompeu tratamento &gt; 1 mês (reingresso após abandono) ↪ 121 ou se baciloscopy positiva após 8 semanas tratando ↪ 121.</li> </ul>
Baciloscopy <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No diagnóstico: se já teve TB</li> <li>Se tratando TB: mensal</li> <li>Se necessário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se já teve TB ou se interrompeu tratamento &gt; 1 mês (reingresso após abandono), solicite/use baciloscopy para diagnosticar TB e solicite/use resultado do TRM-TB<sup>5</sup> para avaliar resistência à rifampicina.           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interprete junto e a partir do resultado do TRM-TB<sup>5</sup>: se positivo/traços ↪ 116; se negativo ↪ 117. Ou se reingresso após abandono ↪ 121.</li> </ul> </li> <li>Se tratando TB, solicite/use baciloscopy para monitorar tratamento:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baciloscopy de 8 semanas: se negativa, mude para a fase de manutenção ↪ 119; se positiva ↪ 121.</li> <li>- Baciloscopys do 3º ou 4º ou 5º mês <i>mais uma</i> do 5º ou 6º mês de tratamento: use para decidir resultado do tratamento (vide abaixo).</li> </ul> </li> </ul>
Cultura e Teste de Sensibilidade (TS)	Se necessário	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicite/use cultura e TS<sup>3</sup> para complementar diagnóstico/diagnosticar TB e/ou verificar resistência às drogas de TB nas seguintes situações:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- No diagnóstico e paciente com condição de maior vulnerabilidade<sup>7</sup> ou se baciloscopy positiva ou TRM-TB<sup>5</sup> positivo/traços ou se TRM-TB negativo mas mantém sintomas/suspeita de TB. Interprete ↪ 117.</li> <li>- Se tratando TB e paciente com baciloscopy positiva após 8 semanas de tratamento ou se interrompeu tratamento &gt; 1 mês (reingresso após abandono) ↪ 121.</li> </ul> </li> </ul>
Resultado do tratamento	Ao completar tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se baciloscopys do 3º ou 4º ou 5º mês <i>mais uma</i> do 5º ou 6º mês forem negativas, pare tratamento, registre e notifique como <b>cura</b>.</li> <li>Se baciloscopys do 4º ou 6º mês forem positivas, repita: se repetida positiva, notifique <b>falência de tratamento</b> e <b>discuta</b>; se negativa, <b>discuta</b>.</li> <li>Se TB pulmonar diagnosticada sem exame bacteriológico ou não consegue escarrar<sup>4</sup>: use rx de tórax para decidir resultado do tratamento (vide acima).</li> <li>Se TB extrapulmonar e paciente melhor/sem sintomas, <b>discuta</b> para decidir resultado do tratamento. Se mantém sintomas, <b>discuta/encaminhe</b>.</li> </ul>
Teste rápido de HIV	No diagnóstico	Se HIV positivo, <b>discuta/encaminhe</b> para iniciar/reiniciar/manter TARV, ofereça cuidados de rotina ↪ 123 e, se necessário, ajuste TARV ↪ 119.

**Aconselhe e trate paciente com TB → 119.**

<sup>1</sup>COC: contraceptivo oral combinado. <sup>2</sup>Se já está usando implante subdérmico, oriente método não-hormonal adicional (DIU ou preservativos) por até 4 semanas após completar tratamento de TB. <sup>3</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilado, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>4</sup>Teste de sensibilidade a drogas contra tuberculose. <sup>5</sup>Faça todo possível para obter o escarro. Se não consegue escarrar, induza/encaminhe para induzir com solução salina hipertônica 3% (adicone 0,5mL de cloreto de sódio 20% a 5mL de cloreto de sódio 0,9%) por 15 minutos. <sup>6</sup>Teste rápido molecular para tuberculose e avaliação de resistência à rifampicina. <sup>7</sup>Nesses casos, para diagnosticar TB use baciloscopy/ cultura. <sup>7</sup>HIV, profissional de saúde, situação de rua, privação de liberdade/institucionalização atual/recente, contato TB resistente, indígena, imigrante.

### Aconselhe paciente com TB

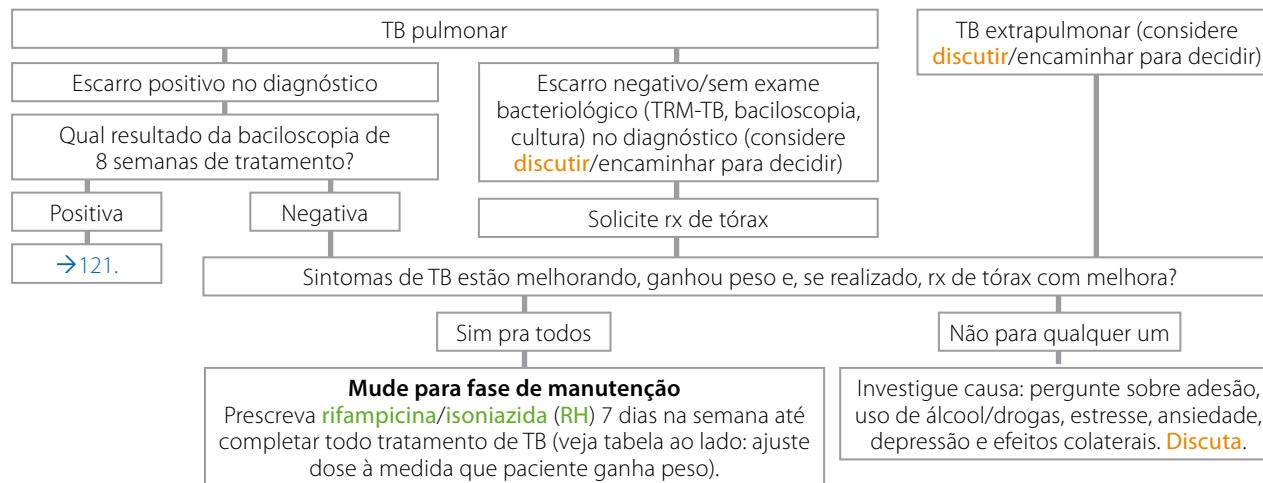
- Aconselhe/eduque sobre TB e importância da adesão para garantir o sucesso do tratamento e evitar desenvolvimento de resistências.
- Se necessário, encaminhe paciente para acompanhamento com agente comunitário de saúde ou equipe multiprofissional de apoio.
- Dê suporte ao paciente com má adesão ↪ 18. Se interrompeu tratamento ↪ 121. Considere/faça TDO (tratamento diretamente observado).
- Eduque sobre como evitar a transmissão de TB para outras pessoas: manter ventilação adequada/janelas abertas, use máscara cirúrgica nas primeiras 2 semanas de tratamento (ou até bacilosкопia negativa) sempre que tiver contato com outras pessoas, ao tossir/espirrar proteger com cotovelo, não com mãos. Higienize mãos regularmente.
- Oriente que pode retornar ao trabalho em duas semanas se melhora clínica ou logo que bacilosкопia estiver negativa. Afaste do trabalho/escola por 2 semanas e prolongue afastamento se necessário.
- Oriente que uso arriscado de álcool/drogas interferem na recuperação e adesão ↪ 152.
- Estimule paciente tabagista a parar de fumar ↪ 153. Apoie paciente para mudança ↪ 17.
- Eduque paciente sobre efeitos adversos do tratamento ↪ 120 e oriente relatar prontamente se ocorrerem.

### Trate paciente com TB

#### • Se iniciando tratamento:

- Prescreva **rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol (RHZE)** 7 dias na semana por 8 semanas (veja tabela ao lado: ajuste dose à medida que paciente ganha peso).
- Se HIV positivo ou gestante: associe **piridoxina** 50mg ao dia, se disponível, até completar todo tratamento de TB.
- Se HIV positivo, **discuta**/encaminhe e verifique necessidade de ajuste de TARV: ↪ 127:
  - Se usa dolutegravir (DTG) ou raltegravir (RAL): **dobre** dose (DTG 50mg ou RAL 800mg cada 12 horas) até 15 dias após tratar TB.
  - Se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: **discuta**/encaminhe para considerar troca de TARV ou troca de rifampicina por rifabutina.
  - Se usa nevirapina: **discuta**/encaminhe para considerar alternativas.

#### • Após 8 semanas de RHZE (fase intensiva), decida se troca para RH (fase de manutenção):



#### • Decida a duração do tratamento:

- Se TB pulmonar, prescreva fase de manutenção (RH) por 4 meses (total de 6 meses de tratamento). Se extrapulmonar, também **discuta**/encaminhe.
- Se TB meningoencefálica ou osteoarticular, **discuta**/encaminhe e prescreva fase de manutenção (RH) por 10 meses (total de 12 meses de tratamento).

Se em tratamento, investigue e maneje os efeitos adversos do tratamento de TB-S ↪ 120.

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

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

Icterícia	Maioria das drogas	<b>Suspenda</b> todas os medicamentos e <b>discuta/encaminhe no mesmo dia.</b>
Náuseas, vômitos, dor abdominal	Maioria das drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicite TGP e revise resultado em 24h:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se TGP <math>\geq</math> 100 U/L, <b>suspenda</b> todas os medicamentos e <b>discuta/encaminhe no mesmo dia.</b></li> <li>- Se TGP 50-99 U/L, <b>discuta</b> para avaliar causas e considerar interromper tratamento e repetir TG em 7 dias.</li> </ul> </li> <li>• Se náuseas/vômitos/epigastralgia: oriente tomar medicamentos à noite ou 2 horas após desjejum. Prescreva <b>metoclopramida</b> 10mg 30 minutos antes de tomar os medicamentos. <b>Discuta</b> outras opções de medicamentos sintomáticos.</li> </ul>
Rash/coceira	Maioria das drogas	<b>Avalie e maneje</b> ↗ 85.
Alterações visuais	Etambutol	<b>Suspenda</b> etambutol e <b>discuta/encaminhe no mesmo dia.</b>

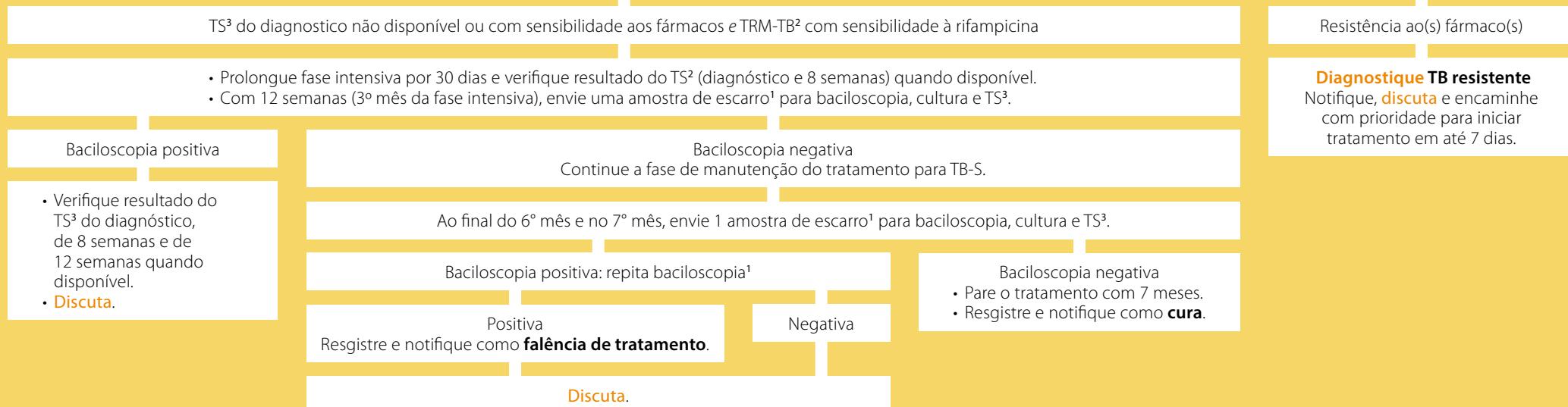
Náusea/perda de apetite	Rifampicina	Tomar tratamento junto com desjejum ou à noite. Prescreva <b>metoclopramida</b> 10mg cada 8 horas por até 5 dias. Se vômitos e dor abdominal, <b>discuta</b> e considere solicitar TGP
Dor articular	Isoniazida, Pirazinamida	Prescreva <b>ibuprofeno</b> <sup>1</sup> 300mg a cada 6 horas por até 5 dias.
Suor/urina avermelhada	Rifampicina	Tranquilize paciente.
Queimação nos pés	Isoniazida	Provável <b>neuropatia periférica</b> : prescreva <b>piridoxina</b> 50mg ao dia, se disponível. Se não melhorar com piridoxina 50mg, <b>discuta</b> para considerar ajustar dose ou outros tratamentos.

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

<sup>1</sup>Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação. Considere associar **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, diabetes, insuficiência cardíaca,  $\geq$  65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

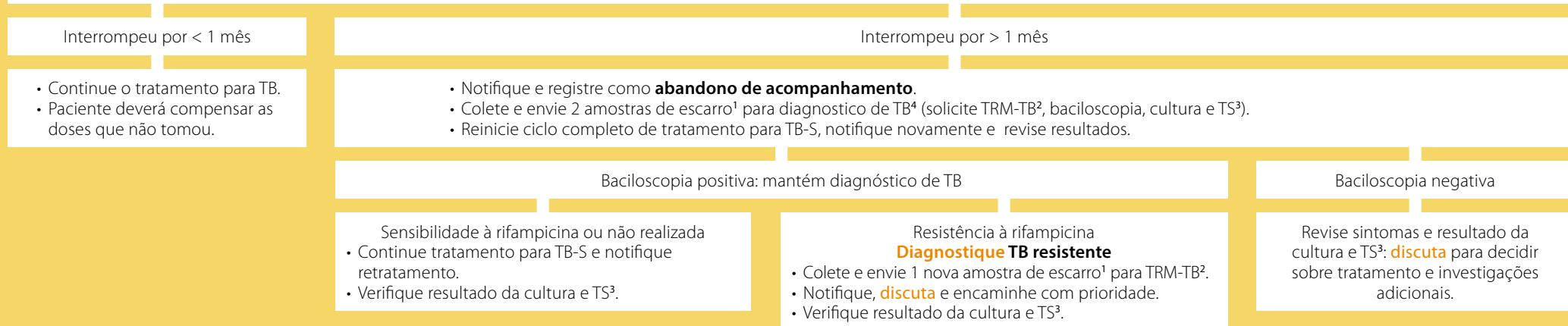
### Manejo o paciente com bacilosкопia positiva com 8 semanas de tratamento:

- Procure por explicações para o resultado: pergunte sobre adesão, uso de álcool/drogas ↪ 152, estresse ↪ 105 e efeitos adversos. Intensifique o suporte para adesão, considere/faça TDO e eduje o paciente sobre os riscos da má adesão ↪ 119.
- Colete e envie 1 amostra de escarro<sup>1</sup> para TRM-TB<sup>2</sup> para avaliar resistência à rifampicina. Verifique resultado do TS<sup>3</sup> do diagnóstico e de 8 semanas quando disponível:



### Manejo 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 ↪ 152, estresse ↪ 105 e efeitos adversos.
- Intensifique o suporte para adesão, considere/faça TDO e eduje o paciente sobre os riscos da má adesão ↪ 119.
- Maneje a interrupção do tratamento de acordo com a duração da interrupção:



<sup>1</sup>Faça todo possível para obter o escarro. Se não consegue escarrar, induza/encaminhe para induzir com **solução salina hipertônica** 3% (adicione 0,5mL de **cloreto de sódio 20%** a 5mL de **cloreto de sódio 0,9%**) por 15 minutos. <sup>2</sup>Teste rápido molecular para tuberculose e avaliação de resistência à rifampicina. <sup>3</sup>Teste de Sensibilidade a drogas contra a tuberculose. <sup>4</sup>Use baciloscopy/cultura para verificar se mantém diagnóstico de TB e TRM-TB para avaliar resistência à rifampicina.

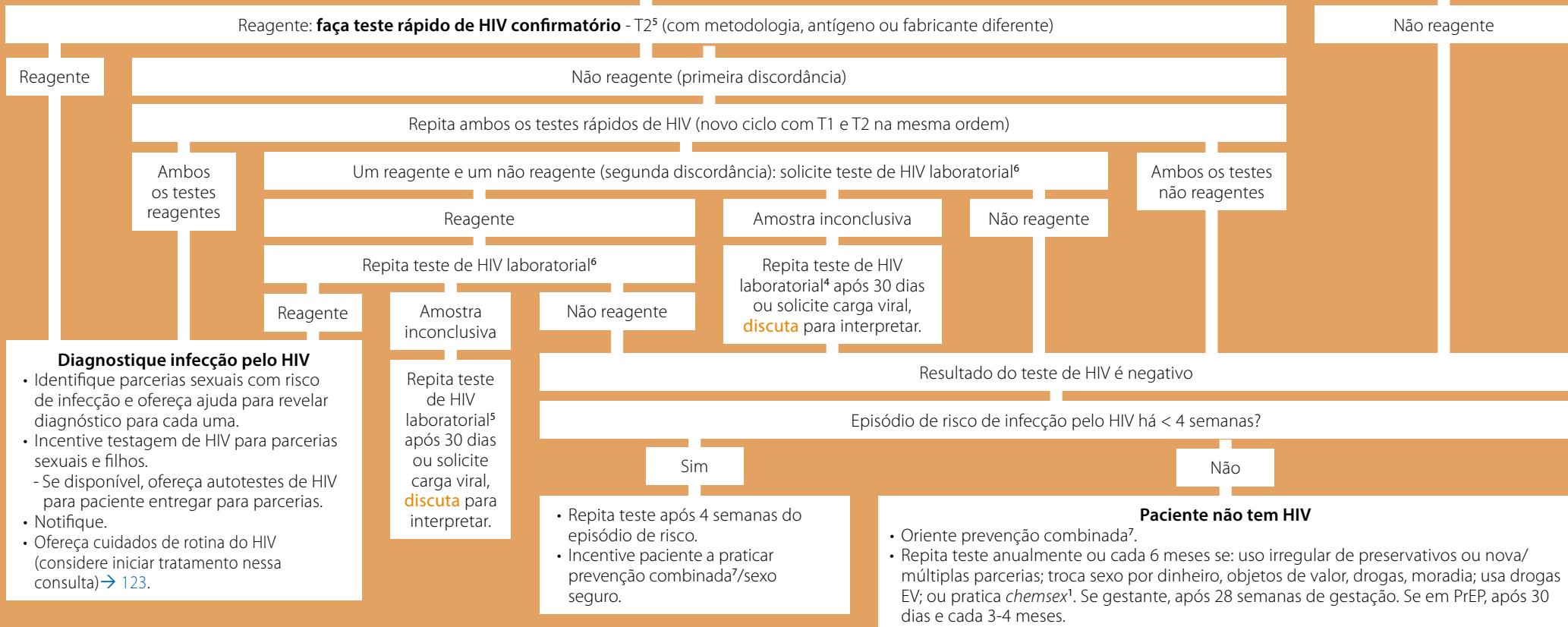
# HIV: diagnóstico

- Último teste há > 1 ano
- Tem uma ou mais dos seguintes fatores de risco para HIV e último teste há > 6 meses:
  - Uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias sexuais ou usa drogas EV
  - Troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia
  - Pratica chemsex<sup>1</sup> e diminui/perde julgamento sobre práticas性uais e uso de preservativos

## Teste para HIV se:

- Diagnóstico de tuberculose, hepatites virais, ou suspeita de HIV/aids (ex: linfadenopatia, perda de peso, outros)
- Uso de PrEP (antes de iniciar/reiniciar, após 30 dias e cada 3-4 meses)
- Planejando engravidar, gestante (1<sup>a</sup> consulta, 14-26 e > 28 semanas) ou puérpera<sup>2</sup> se teste não realizado na gestação
- Episódio de risco de infecção pelo HIV: sexo desprotegido/IST, acidente/exposição percutânea ou compartilhou instrumento para drogas EV

Encoraje paciente/partneras testar para HIV, oriente sobre HIV<sup>3</sup>, obtenha consentimento verbal informado e então teste<sup>4</sup>: faça primeiro teste rápido de HIV - T1



<sup>1</sup>Sexo sob influência de drogas (álcool, metanfetaminas, GHB, MDMA, cocaína, poppers) para aumentar/facilitar experiências sexuais. <sup>2</sup>Se residente em Porto Alegre, teste para HIV cada 3 meses enquanto amamentar. <sup>3</sup>Métodos de transmissão do HIV, fatores de risco, tratamento e benefícios de conhecer o status de HIV. <sup>4</sup>Sempre que possível faça teste rápido. Se optar por teste laboratorial, amostra será testada por duas metodologias distintas e se a primeira amostra for reagente nas duas metodologias, solicite uma segunda amostra e somente confirme diagnóstico de HIV se segunda amostra também reagente. Se dúvidas, discuta. <sup>5</sup>Se paciente tem autoteste reagente, a infecção pelo HIV também deve ser confirmada com T1 e T2. <sup>6</sup>Amostra será testada por duas metodologias distintas. <sup>7</sup>Forneça e oriente uso de preservativo/gel lubrificante, oriente teste regular de ISTs e o que é e onde buscar PEP/PrEP.

# HIV: cuidados de rotina

## Avalie paciente com HIV

Avalie	Quando avaliar	Observações		
Sintomas	Toda consulta	Maneje sintomas conforme página do sintoma. Se sintomas genitais ou parceria sexual teve IST nos últimos 3 meses <a href="#">66</a> .		
Tuberculose ativa (TB)	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se tosse (independente da duração e sem outra causa provável), perda de peso, sudorese noturna ou febre, exclua TB <a href="#">116</a>.</li> <li>Se TB e iniciando/reiniciando TARV, inicie tratamento de TB e inicie TARV em até 7 dias <a href="#">126</a> e <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade.</li> <li>Se TB e em TARV, <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade, trate TB (verifique interações medicamentosas <a href="#">188</a>) e ajuste TARV <a href="#">127</a>.</li> </ul>		
Adesão	Toda consulta	Verifique assiduidade nas consultas e histórico de dispensação TARV <sup>1</sup> . Se má adesão/absenteísmo, ofereça apoio para aumentar adesão <a href="#">18</a> .		
Efeitos adversos	Toda consulta	Pergunte sobre efeitos adversos da TARV <a href="#">127</a> e, se em uso, também da isoniazida para ILTB <a href="#">125</a> , SMZ-TMP <a href="#">125</a> e azitromicina <a href="#">125</a> .		
Saúde mental	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um <a href="#">154</a>.</li> <li>No último ano: 1) bebeu <math>\geq 4</math> doses<sup>2</sup>/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um <a href="#">152</a>.</li> <li>Se por ao menos 6 meses <math>\geq 1</math> de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menos capaz para atividade diária/laboral/social: considere <b>demência</b> <a href="#">160</a>.</li> </ul>		
Saúde sexual	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pergunte sobre fatores de risco para IST (IST último ano, nova/múltiplas parcerias sexuais, uso irregular de preservativo). Se problemas性uais <a href="#">77</a>.</li> <li>Se CV detectável, oriente PrEP para parcerias sexuais <a href="#">110</a>.</li> </ul>		
Planejamento familiar	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oriente contracepção <a href="#">165</a> (verifique interações medicamentosas <a href="#">188</a> antes de prescrever). Se risco de gravidez, teste para gravidez. Se gestante <a href="#">167</a>.</li> <li>Se planeja engravidar próximos meses, não pare TARV, prescreva <b>ácido fólico</b> <a href="#">25</a> e oriente esperar até CV indetectável.</li> </ul>		
Transmissão vertical	Se gestante ou amamentando	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se não usa TARV, inicie/reinicie imediatamente <a href="#">126</a> e <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade infectologista e se gestante, também para pré-natal especializado.</li> <li>Se usa TARV, não pare e <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade. Se amamentando, suspenda/contraindique amamentação, oriente fórmula e garanta acompanhamento do bebê.</li> </ul>		
Osteoporose	Se $\geq 40$ anos	Rastreie cada 3 anos com FRAX® ( <a href="http://abrasso.org.br/frax-brasil/">abrasso.org.br/frax-brasil/</a> ) <sup>3</sup> , <b>interprete</b> e avalie se necessita densitometria/tratamento.		
Condições crônicas e RCV	No diagnóstico e conforme RCV	<ul style="list-style-type: none"> <li>HIV é fator de RCV. Se DCV<sup>4</sup> ou <math>\geq 30</math> anos, solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos. Avalie RCV <a href="#">134</a>.</li> <li>Reavale RCV conforme resultado: se &lt; 10%, em 5 anos; 10-20%, em 1 ano; <math>\geq 20\%</math>, em 6 meses.</li> </ul>		
Peso (IMC)	Toda consulta	Se IMC < 18,5, <b>discuta</b> /encaminhe para nutricionista. Se perda de peso $\geq 5\%$ em 4 semanas <a href="#">35</a> . Se usa DTG, monitore peso e reforce estilo de vida saudável. Se IMC > 25 <a href="#">137</a> .		
Boca e pele	Toda consulta	Se lesões orais <a href="#">49</a> , e <b>discuta</b> /encaminhe dentista. Se lesões em pele <a href="#">85</a> .		
Estágio clínico	Toda consulta	Avalie como na tabela. Se estágio 3 ou 4: dê SMZ/TMP <a href="#">126</a> , inicie/reinicie TARV <a href="#">126</a> , <b>discuta</b> e decida se encaminha com prioridade ou no mesmo dia.		
<b>Se 1 ou mais, considere estágio 3 (aids avançada):</b>		<b>Se 1 ou mais, considere estágio 4 (aids avançada):</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TB pulmonar atual/outra infecção bacteriana grave</li> <li>• Candidíase oral/vaginal persistente/recorrente</li> <li>• Perda de peso (<math>\geq 10\%</math>) inexplicada último ano</li> <li>• Herpes zoster &gt; 2 episódios/dermátomos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leucoplasia pilosa oral</li> <li>• Febre ou diarreia há <math>&gt; 30</math> dias</li> <li>• HB &lt; 8 ou neutrófilos &lt; 500 ou plaquetas &lt; 50.000</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TB extrapulmonar ou pneumocistose ou <math>\geq</math> duas PNM grave</li> <li>• Perda de peso inexplicada mais febre ou diarreia há <math>&gt; 30</math> dias</li> <li>• Herpes genital ou em boca há <math>&gt; 1</math> mês; ou infecção por CMV</li> <li>• Sarcoma de Kaposi ou linfoma ou câncer ou demência do HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Candidíase esofágica</li> <li>• Toxoplasmose</li> <li>• Doença criptocócica</li> <li>• Diarreia (cryptosp./isosp. belli)</li> </ul>
Rx de tórax	No diagnóstico	<b>Interprete</b> e exclua TB <a href="#">116</a> (se sem suspeita clínica de TB, não precisa aguardar rx de tórax para iniciar TARV). Se dúvidas, <b>discuta</b> /encaminhe.		
IGRA ou, se IGRA não disponível, PPD	Se CD4 > 350 e sem sintomas de TB e nunca teve TB ou ILTB <sup>5</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se PPD <math>\geq 5</math>mm (positivo) ou IGRA positivo ou indeterminado<sup>6</sup>: <b>reavale</b> rx de tórax recente para <b>excluir</b> TB ativa. Se não tem TB ativa, trate ILTB<sup>5</sup> <a href="#">115</a>.</li> <li>Se tem PPD ou IGRA prévio positivo documentado e não tratou ILTB<sup>5</sup> ou TB, trate ILTB<sup>5</sup> <a href="#">115</a>.</li> <li>Se PPD &lt; 5mm (negativo) ou IGRA negativo: PPD é negativo, repita PPD ou IGRA anualmente.</li> </ul>		
Genotipagem pré-tratamento	Se necessário	Solicite se <b>nunca usou</b> TARV e um dos seguintes: uso de PrEP durante/após infecção, gestação atual, TB ativa ou infecção por parceria com CV detectável em uso atual/prévio de TARV (risco de resistência transmitida). <b>Não aguarde resultado para iniciar TARV.</b> <b>Discuta</b> para interpretar.		
Citopatológico	Se necessário	Se tem útero/vagina: rastreie no diagnóstico, repita em 6 meses, então anual se CD4 > 200 ou cada 6 meses se CD4 < 200 <a href="#">73</a> .		

Continue avaliando paciente com HIV →124.

<sup>1</sup>Acesse <https://laudo.aids.gov.br/>. <sup>2</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>3</sup>Não é necessário solicitar densitometria/preencher o valor densidade óssea para calcular, selecione "sim" para osteoporose secundária (HIV e tratamento são fatores de risco). <sup>4</sup>IAM, AVC, AIT, angina ou doença arterial periférica. <sup>5</sup>Infecção por tuberculose <sup>6</sup>Se IGRA indeterminado, considere como positivo ou **discuta** para repetir.

**Continue avaliando paciente com HIV:** realize/solicite os testes/exames laboratoriais conforme tabela.

No diagnóstico	Reiniciando ou alterando TARV	2 meses pós-TARV	6 meses pós-TARV	1 ano pós-TARV	Cada 6 meses	Anualmente
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sífilis ↪ 70.</li> <li>HBsAg, anti-HBc total, anti-HBs, anti-HCV, anti-HAV IgG</li> <li>CT/NG<sup>1</sup></li> <li>CD4, carga viral</li> <li>Creatinina (TGe), PU, TGO, TGP, BT e F, HMG</li> <li>Se ≥ 30 anos ou DCV<sup>2</sup>: CT, HDL, TG. Rastreie DM ↪ 138.</li> <li>Se CD4 &lt; 100 ou sintomas TB: TB-LAM<sup>3</sup> ↪ 116.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se últimos há &gt; 6 meses:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- CD4, carga viral,</li> <li>- TGO, TGP, BT e F</li> <li>- <b>Se TDF:</b> creatinina, PU</li> <li>- <b>Se AZT:</b> HMG</li> <li>- <b>Se IPs ou EFV:</b> CT, HDL, TGC</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carga viral</li> <li><b>Se TDF:</b> creatinina, PU</li> <li><b>Se AZT:</b> HMG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CD4, carga viral</li> <li>TGO, TGP, BT e F</li> <li>HMG</li> <li><b>Se TDF:</b> creatinina, PU</li> <li>CT, HDL, TGC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CD4, carga viral</li> <li>TGO, TGP, BT e F</li> <li>HMG</li> <li><b>Se AZT:</b> HMG</li> <li><b>Se TDF:</b> creatinina, PU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sífilis ↪ 70.</li> <li>Carga viral</li> <li>TGO, TGP, BT e F</li> <li><b>Se AZT:</b> HMG</li> <li><b>Se TDF:</b> creatinina, PU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rastreio de HCV ↪ 129.</li> <li>Se fator de risco<sup>5</sup>: CT/NG<sup>1</sup></li> <li>Se não tem DM, rastreie ↪ 138.</li> <li>HMG</li> </ul>

AZT - zidovudina

EFV - efavirenz

IPs - atazanavir (ATV), darunavir (DRV), lopinavir (LPV), ritonavir

TDF - tenofovir

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sífilis	No diagnóstico, cada 6 meses	Teste para sífilis ↪ 70. Se positivo, avalie sintomas oculares/neurológicos: se presentes, solicite <b>punção lombar</b> <sup>4</sup> para avaliar neurossífilis.
Hepatite A (anti-HAV IgG ou total), B (HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs) e C (anti-HCV)	No diagnóstico, então se necessário	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interprete HBsAg e anti-HBs ↪ 128.</li> <li>- Se HBsAg reagente, <b>discuta</b>/encaminhe. Se HBsAg e anti-HBs não reagentes e anti-HBc total reagente, <b>discuta</b>.</li> <li>- Se HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs não reagentes, prescreva vacina hepatite B ↪ 125.</li> <li>Interprete anti-HCV ↪ 129. Se não tem hepatite C (HCV), rastreie cada 12 meses ↪ 129. Se diagnóstico de HCV, <b>discuta</b>/encaminhe.</li> <li>Se anti-HAV IgG ou total não reagente: prescreva vacina hepatite A ↪ 125. Se reagente: considere imune para hepatite A.</li> </ul>
CT/NG <sup>1</sup>	Se disponível: no diagnóstico e, se fator de risco <sup>5</sup> , cada 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se CT e NG detectáveis ou NG detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: dê dose única de <b>ceftriaxona</b> 500mg IM e <b>azitromicina</b> 1g via oral.</li> <li>Se somente CT detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: prescreva dose única de <b>azitromicina</b> 1g via oral.</li> </ul>
CD4	No diagnóstico ou reiniciando TARV, então dependendo do resultado e condições clínicas do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se CD4 ≤ 200, repita cada 3 meses até dois resultados consecutivos &gt; 200 (com intervalo de 3 meses entre eles): então repita cada 6 meses.</li> <li>- Encaminhe com prioridade e se sem TARV, inicie/reinicie imediatamente e prescreva profilaxias ↪ 125.</li> <li>Se CD4 &gt; 200: repita cada 6 meses. Se CD4 ≤ 350, encaminhe com prioridade e se sem TARV, inicie/reinicie imediatamente. Avalie profilaxia para ILTB ↪ 125.</li> <li>Se em TARV e CV indetectável e dois resultados consecutivos &gt; 350 com 6 meses de intervalo e assintomático: não precisa mais monitorar CD4.</li> </ul>
Carga viral (CV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>No diagnóstico ou reiniciando TARV após interrupção, com 2 meses e 6 meses, então cada 6 meses</li> <li>Gestante: 1ª consulta, 1 mês após iniciar/trocar TARV e ≥ 34 semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se CV indetectável, repita cada 6 meses. Se CV há &gt; 6 meses indetectável e usa efavirenz, <b>discuta</b> e considere troca por dolutegravir (DTG + TDF/3TC).</li> <li>Se CV de 2 meses (1 mês se gestante) é ≥ CV basal: verifique/apoie adesão ↪ 18, não pare TARV e <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade.</li> <li>Se &gt; 6 meses de TARV e CV detectável<sup>6</sup>: verifique/apoie adesão ↪ 18, avalie medicamentos e interações com TARV, não pare TARV e repita CV após 4 semanas:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se CV repetida detectável, <b>suspeite</b> de <b>falha virológica</b><sup>7</sup>, <b>não pare TARV</b>, <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade (para manejo e genotipagem).</li> </ul> </li> <li>Se gestante e CV detectável, <b>discuta</b> e encaminhe com prioridade. Avalie CV ≥ 34 semanas para definir via de parto/profilaxias.</li> </ul>
Creatinina (calcule TGe), 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"> <li>Se TGe basal &lt; 60<sup>8</sup> ou proteinúria, não prescreva tenofovir (TDF) e <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade para iniciar TARV.</li> <li>Se em TARV e TGe &lt; 60<sup>8</sup>, caindo ou proteinúria: pare/não prescreva AINEs, avalie PA ↪ 143 e <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade.</li> <li>- Se TGe ≤ 15% da basal no 2º mês dedolutegravir (DTG), repita creatinina (TGe) após 1-2 meses. Se TGe igual/cair, <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade.</li> </ul>
TGO, TGP, BT e F	<ul style="list-style-type: none"> <li>No diagnóstico, cada 6 meses</li> <li>Se náuseas/vômitos/dor abdominal ou icterícia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se TGO ou TGP basal/em TARV até 5 vezes LSN: revise status de hepatites, medicamentos, uso de álcool e <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade.</li> <li>Se TGO ou TGP em TARV 5-10 vezes LSN, <b>discuta</b>/encaminhe no mesmo dia. Se ≥ 10 vezes LSN, <b>pare</b> TARV e <b>discuta</b>/encaminhe no mesmo dia.</li> <li>Se BT e F basal ou em TARV aumentada: revise hepatites, medicamentos, efeito adverso TARV ↪ 127, uso de álcool e <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade.</li> </ul>
HMG	<ul style="list-style-type: none"> <li>No diagnóstico, 6 meses e anual</li> <li>Se AZT: 2 meses e cada 6 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Hb &lt; 10g/dL ou neutrófilos &lt; 1 000, evite zidovudina (AZT), <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade para iniciar ou alterar TARV.</li> <li>Se outras alterações, <b>discuta</b>.</li> </ul>
CT, HDL e TGC	Se ≥ 30 anos ou com DCV <sup>2</sup> : no diagnóstico e repita conforme RCV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalie/maneje RCV ↪ 134. Interprete resultados e decida quando repetir conforme RCV ↪ 136.</li> <li>Se RCV ≥ 20% ou DCV<sup>2</sup>, <b>discuta</b>/encaminhe se usa ABC, LPV, DRV, ATV, ritonavir ou EFV. Se tem DCV, dê estatina para prevenção 2<sup>a</sup> ↪ 136. Se não tem DCV mas alto RCV, ajude decidir sobre prevenção 1<sup>a</sup> ↪ 136. Se usa LPV, DRV, ATV ou ritonavir: não dê simvastativa, use <b>atorvastatina</b> ou <b>pravastatina</b>.</li> </ul>
Diabetes (DM)	No diagnóstico, anualmente	Se não tem DM conhecida: se em TARV, solicite glicemia jejum; se não, verifique qual teste fazer ↪ 138. Interprete ↪ 139. Se tem DM conhecida ↪ 140.

**Aconselhe e trate paciente com HIV →125.**

<sup>1</sup>Rastreio de clamídia e gonoco: solicite CT/NG por PCR de acordo com prática sexual: vaginal receptivo (vagina), anal receptivo (ânus), oral ativo (orofaringe) e/ou vaginal/anal insertivo (urina). <sup>2</sup>IAM, AVC, AIT, angina ou doença arterial periférica. <sup>3</sup>TB-LAM/LF-LAM: teste rápido urinário de tuberculose. <sup>4</sup>Solicite na punção lombar: citologia, proteínas e imunologia para sífilis. <sup>5</sup>Fatores de risco para CT/NG: IST no último ano, nova ou múltiplas parcerias sexuais, uso irregular de preservativos. <sup>6</sup>Se CV < 50, considere indetectável. Se CV entre 51-200, considere **blip** e repita em 2-3 meses. Se mantiver, **discuta**/encaminhe. <sup>7</sup>Considere falha se CV > 200 confirmada. <sup>8</sup>Se TGe < 60, **discuta** para considerar ajustar dose de outros medicamentos, incluindo SMZ/TMP.

### Aconselhe paciente com HIV

- Ofereça ajuda para revelar status para parceria, amigo ou familiar que apoie. Aconselhe parcerias sexuais e filhos testar para HIV. Se CV detectável, oriente PrEP para parcerias性交. ↪ 110.
- Oriente uso correto/consistente de preservativos com parcerias para prevenir HIV e outras ISTs. Demonstre e forneça preservativos e gel lubrificante. Ofereça autotestes de HIV para entregar para parcerias.
- Explique que o HIV tem tratamento, mas não tem cura e necessita adesão à TARV por toda a vida para prevenir doenças e resistências. Oriente, avalie e maneje efeitos adversos ↪ 126.
- Explique benefícios de iniciar TARV precocemente e oriente que se > 6 meses de TARV, boa adesão e CV indetectável, HIV não é transmitido por via sexual: **indetectável = intransmissível**.
- Se não iniciar/reiniciar TARV, identifique barreiras e reavale em 2 semanas. Reforce importância do tratamento, envolva equipe multiprofissional e aconselhe retorno regular ou imediato se sintomas.
- Se fuma tabaco, motive parar ↪ 153. Apoie para mudança ↪ 17.

### Trate paciente com HIV

- Se não está TARV: inicie preferencialmente no mesmo dia ou em até 7 dias** (prescreva TARV, independente do CD4, mas especialmente se CD4 ≤ 350 ou gestante ou não está bem) ↪ 126.
- Se está em TARV: mantenha tratamento (garanta prescrição para 180 dias).
  - Se usa efavirenz (EFV) e CV < 6 meses indetectável, **discuta** para considerar troca por dolutegravir (DTG).
  - Se CV indetectável > 12 meses (última há 6 meses) e boa adesão e sem falha virológica prévia e HbsAg não reagente e não é gestante, **discuta** para considerar terapia dupla com DTG/3TC.
  - Se falha virológica confirmada, contra-indicação a TARV atual ou efeitos adversos intoleráveis: **discuta/encaminhe** com prioridade para considerar troca da TARV.
  - Se TB, ajuste TARV: se em DTG ou RAL, **dobre** dose (DTG 50mg ou RAL 800mg cada 12 horas) até 15 dias após tratar TB; se usa IPs, **discuta/encaminhe** para ajustar TARV ou tratamento de TB.
- Prescreva vacinas:
  - **Pneumocócica 13-v<sup>1</sup>** (1 dose) e então, após 2 meses prescreva **vacina pneumocócica 23-v<sup>1</sup>** (2 doses: 0 e 5 anos). Se recebeu a 23-v primeiro, prescreva 13-v 3 meses após a 23-v.
  - **Meningocócica ACWY<sup>1</sup>** (2 doses: 0 e 2-3 meses e repita cada 5 anos)<sup>2</sup>, **Haemophilus influenzae tipo b<sup>1</sup>** (2 doses: 0 e 2-3 meses).
  - Se HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs não reagente, **vacina contra HBV<sup>1</sup>** (4 doses dobradas: 0, 1, 2 e 6-12 meses). Se anti-HAV IgG não reagente, **vacina contra hepatite A<sup>1</sup>** (2 doses: 0 e 6-12 meses).
  - Se ≤ 45 anos e não vacinado para HPV, **vacina contra HPV<sup>1</sup>** (3 doses: 0, 2 e 6 meses). **Vacina varicela zoster** (2 doses: 0 e 3 meses, somente se CD4 > 200 há 6 meses).
  - **Vacina contra influenza<sup>1</sup>** anualmente, **vacina contra COVID-19** (verifique recomendações atuais) e verifique necessidade de outras vacinas de rotina ↪ 25.
- Use resultado do CD4 (se não disponível, estágio clínico ↪ 123), rx de tórax, sintomas de TB e história de tratamento de TB ou ILTB para decidir sobre profilaxias:

Profilaxia	Quando prescrever	O que prescrever	Efeitos adversos: oriente retornar	Quando parar
Infecção por tuberculose (ILTB): se início/reinício de TARV, planeje tratar ILTB após 30 dias de TARV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sem sintomas de TB e TB excluída pelo rx de tórax e nunca teve/tratou TB ou ILTB e mais 1:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cicatriz radiológica de TB não tratada.</li> <li>- CD4 &gt; 350 com PPD/IGRA<sup>3</sup> positivo atual ou prévio sem tratamento de ILTB.</li> <li>- CD4 ≤ 350 (não necessita PPD/IGRA).</li> <li>• Se CD4 ≤ 100, solicite TB LAM: se positivo/ indisponível, <b>discuta</b>. Se negativo, trate ILTB.</li> <li>• Se sem sintomas de TB e TB excluída pelo rx de tórax e é contato de TB.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trate Infecção por TB (ILTB) ↪ 115.</li> <li>- Se gestante, trate após 3º mês de gestação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Queimação, alfinetadas/agulhadas ou dormência dos pés (provável neuropatia periférica) ↪ 84.</li> <li>Rash ↪ 85.</li> <li>Hepatite:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se icterícia: encaminhe no mesmo dia.</li> <li>- Se náuseas, vômitos, dor abdominal: solicite TGO, TGP e <b>revise</b> resultados em 24 horas ↪ 124.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se HP, <b>pare</b> após 12 doses de 12-15 semanas. Se perdeu ≥ 3 doses ou 3 semanas, reinicie.</li> <li>Se H, <b>pare</b> após 270 doses de 9-12 meses. Se perdeu ≥ 90 doses ou 3 meses, reinicie.</li> <li>Se R, <b>pare</b> após 120 doses de 4-6 meses. Se perdeu ≥ 60 doses ou 2 meses, reinicie.</li> </ul>
Pneumocistose e toxoplasmose	CD4 < 200 ou estágio clínico 3 ou 4 (aids avançada)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se TFG &gt; 30mL/min:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se CD4 &lt; 100, prescreva <b>SMZ/TMP<sup>4</sup></b> 800/160mg ao dia.</li> <li>- Se CD4 100-200, prescreva <b>SMZ/TMP<sup>4</sup></b> 800/160mg 3 vezes por semana (ex. segunda, quarta e sexta).</li> </ul> </li> <li>Se TFG 15-30mL/min, <b>discuta</b> para ajustar dose de SMZ/TMP<sup>4</sup>.</li> <li>Se TFG &lt; 15mL/min, evite SMZ/TMP e <b>discuta</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Náusea/vômitos ↪ 62. Rash ↪ 85.</li> <li>Hepatite           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se icterícia: encaminhe no mesmo dia.</li> <li>- Se náuseas, vômitos, dor abdominal: solicite TGO, TGP e <b>revise</b> resultados em 24 horas ↪ 124.</li> </ul> </li> </ul>	<b>Pare</b> se CD4 > 200 por 6 meses (dois resultados consecutivos, com intervalo de 3 meses entre eles).
<i>M. avium</i>	CD4 < 50 e paciente não usando TARV	<b>Azitromicina</b> 1.500mg cada 7 dias (ou 500mg 3x/semana)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Náusea/vômitos ↪ 62, diarreia ↪ 63.</li> </ul>	<b>Pare</b> após iniciar TARV

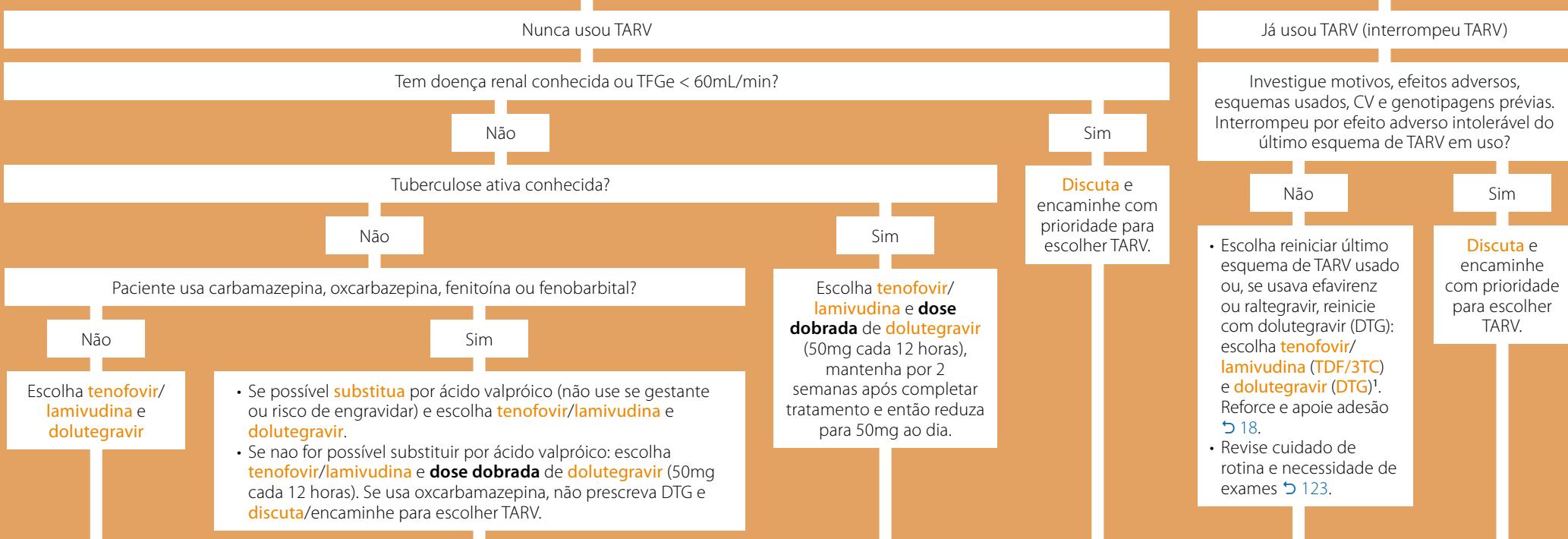
### Reavale paciente com HIV

- Se **iniciando, reiniciando ou modificando TARV**: reavale em 2 semanas, 2 e 6 meses. Se em **TARV e CV indetectável**, reavale cada 6 meses.
- Se carga viral detectável após 6 meses de TARV, 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 em 2 semanas e cada 6 meses. Oriente paciente retornar mais precocemente se não estiver bem ou se decidir iniciar/reiniciar TARV.

<sup>1</sup>Se CD4 < 200, **discuta** e considere adiar vacina até CD4 > 200 para melhor resposta vacinal. <sup>2</sup>Se aplicou a meningocócica C conjugada, aplicar a ACWY > 30 dias após. <sup>3</sup>Se IGRA indeterminado, considere como positivo ou **discuta** para repetir. <sup>4</sup>Se alergia à SMZ/TMP e CD4 100-200, prescreva **dapsone** 100mg ao dia. Se CD4 < 100, **discuta** opções. Se gestante no 1º trimestre (risco de teratogenicidade) ou próximo ao parto (risco de hiperbilirrubinemia/kernicterus neonatal), **discuta**.

# Iniciar/reiniciar TARV no paciente com HIV

## 1. Decida qual esquema de TARV paciente necessita



## 2. Verifique uso de outros medicamentos e altere se necessário:

pergunte sobre uso de medicamentos, fitoterápicos, plantas medicinais e verifique interações medicamentosas ↪ 188.

- Se usa antiácido, cálcio/ferro e iniciando/reiniciando dolutegravir: tomar dolutegravir 2h antes ou 6h após uso do antiácido ou cálcio/ferro.
- Se usa simvastatina e iniciando/reiniciando atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere **atorvastatina** ou **pravastatina** ao invés de simvastatina.
- Se usa omeprazol e iniciando/reiniciando atazanavir/ritonavir: suspenda omeprazol e **discuta** alternativas.

## 3. Decida quando iniciar/reiniciar a TARV e se precisa encaminhar paciente para cuidado compartilhado

### • Inicie TARV imediatamente, no mesmo dia ou no máximo em 7 dias (orienta iniciar após coletar CV e CD4 e, se indicado, genotipagem pré-tratamento - não aguarde resultados para iniciar).

- Se TB ativa: inicie imediatamente tratamento de TB, inicie/reinicie TARV em até 7 dias de tratamento para TB e **discuta/encaminhe** com prioridade.
  - Se TB meningoencefálica, **discuta/encaminhe** com prioridade para iniciar/reiniciar TARV após 4-6 semanas de tratamento para TB e para prescrição de corticoide.
- Se CD4 ≤ 350 ou estágio 3 ou 4 (aids avançada), coinfeção com hepatite B ou C, DCV confirmada ou RCV ≥ 20%: inicie/reinicie TARV imediatamente e **discuta/encaminhe** com prioridade.
- Se CD4 < 200 ou aids avançada: se disponível e sem história de criptococose, solicite LF-CrAg<sup>2</sup>; **exclua** sintomas neurológicos (cefaleia/alteração visual não explicada, alteração mental/comportamental ou de força/equilíbrio), se presentes ou LF-CrAg positivo, **discuta/encaminhe** com prioridade para iniciar/reiniciar TARV.
- Se gestante, inicie/reinicie TARV imediatamente e **discuta/encaminhe** com prioridade.
- Se múltiplas interrupções/risco de novas interrupções, **discuta/encaminhe** com prioridade.
- Se não quer usar TARV: explique riscos, motive uso de TARV (envolva equipe multiprofissional) e mantenha cuidados de rotina cada 6 meses.
- Colete demais exames o quanto antes e não atrasar TARV: avalie/interprete exames basais ↪ 124 em 2 semanas ou assim que resultado disponível e, se necessário, revise TARV (especialmente se TFG < 60).

<sup>1</sup>Se TB atual/outra comorbidade ou uso de medicamentos com interações medicamentosas com a TARV (verifique interações ↪ 188), **discuta** ou encaminhe com prioridade para escolher TARV. <sup>2</sup>Teste rápido (sangue/soro) de criptococose.

#### 4. Inicie/reinicie TARV

- Prescreva 3 medicamentos combinados (1 de cada sessão da tabela) de acordo com esquema de TARV escolhido. Oriente sobre efeitos adversos e como manejá-los.
- Use comprimidos de dose fixa combinada<sup>1</sup>, se disponível, na mesma dose do medicamento individual.
- Se iniciando/reiniciando, faça primeira prescrição para ao menos 60 dias.

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) <sup>1</sup> (preferencial) <ul style="list-style-type: none"> <li>Não prescreva se TFGe &lt; 60</li> </ul>	300mg ao dia	Insuficiência renal (se TFGe < 60: não iniciar, discuta/encaminhe com prioridade).	Náuseas (considere metoclopramida 10mg cada 8 horas por até 5 dias). Diarreia Náuseas Vômitos Diarreia
	Abacavir (ABC) <ul style="list-style-type: none"> <li>Não prescreva se HLA-B*5701 positivo ou RHA.</li> <li>Cuidado se RCV &gt; 20% ou CV &gt; 100.000</li> </ul>	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 <ul style="list-style-type: none"> <li>Acidose lática<sup>2</sup></li> <li>Anemia sintomática (palidez com FR &gt; 30, tontura/desmaio ou dor no peito)</li> </ul>	Diminuição da densidade mineral óssea (se osteoporose conhecida: discuta/encaminhe com prioridade). -
	Zidovudina (AZT) <sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não prescreva se Hb &lt; 10g/dL ou neutrófilos &lt; 1.000céls/mm<sup>3</sup></li> </ul>	• 300mg cada 12 horas • Se TFGe < 10: discuta/encaminhe	- Dor de cabeça, dor muscular e náuseas. Fadiga (se Hb < 10g/dL: discuta/encaminhe)	Perda de gordura na face, membros e nádegas, obesidade central, aumento mamas: discuta.
2	• Lamivudina (3TC) <sup>1</sup> (preferencial) <ul style="list-style-type: none"> <li>Se TFGe &lt; 50: discuta/encaminhe.</li> </ul>	• 300mg ao dia (com TDF) ou • 150mg cada 12 horas (com AZT) ou 300mg ao dia (com ABC)	Incomum	Incomum. Ocasionalmente náuseas. Incomum
3	Dolutegravir (DTG) (preferencial) <ul style="list-style-type: none"> <li>Se usa antiácido, cálcio/ferro: tomar DTG 2h antes ou 6h após uso do antiácido ou cálcio/ferro.</li> </ul>	• 50mg ao dia • Se usa rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital; ou histórico de resistência ao RAL: 50mg cada 12 horas. Mantenha 2 semanas após rifampicina, então reduza.	Incomum	Insônia (tomar de manhã), dor de cabeça, náuseas, diarreia, rash. Aumento de creatinina ou ≤ 15% da TFGe no início do uso sem prejuízo renal: não pare DTG, reavalie TFGe após 1-2 meses
	Efavirenz (EFV) <sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não prescreva se problema psiquiátrico ativo</li> </ul>	600mg ao dia (tomar antes de dormir, 2 horas após jantar)	Rash ↗ 85. Hepatite <sup>3</sup> Psicose	Rash ↗ 85. Dor de cabeça, tontura, problemas de sono/sonhos vívidos, humor deprimido ↗ 154. Perda de gordura na face, membros e nádegas; acúmulo de gordura (obesidade central, aumento mamas): discuta/encaminhe.
	Raltegravir (RAL)	400mg cada 12 horas (se iniciou na gestação, trocar por DTG após parto). Se usa rifampicina: 800mg cada 12 horas. Mantenha 2 semanas após rifampicina, então reduza.	Rash ↗ 85. Em uso de estatina: dor muscular, fraqueza	Dor de cabeça, tontura Náuseas -
	Atazanavir/ ritonavir (ATV/r) <ul style="list-style-type: none"> <li>Não associe com omeprazol</li> </ul>	300mg/100mg ao dia (com comida)	Cálculo renal: discuta/encaminhe Hepatite (icterícia <sup>4</sup> , náuseas, vômitos, dor abdominal <sup>3</sup> ). -	Rash ↗ 85. Dor de cabeça Náuseas, dor abdominal, diarreia -
	Darunavir/ritonavir (DRV/r)	800mg/100mg ao dia (com comida)	Rash ↗ 85.	Náuseas/vômitos -
	Nevirapina (NVP)	200mg ao dia por 2 semanas, depois 200mg cada 12 horas	Rash ↗ 85. Hepatite <sup>3</sup>	Nausea (tomar com comida) -

<sup>1</sup>Doses fixas combinadas disponíveis: TDF/3TC, TDF/3TC/EFV, AZT/3TC. <sup>2</sup>Provável acidose lática se ≥ 2 de: fadiga/fraqueza, dor no corpo, náuseas/vômitos, diarreia, perda de peso, perda de apetite, dor abdominal, falta de ar. <sup>3</sup>Se também tiver icterícia: encaminhe no mesmo dia. Se somente náuseas, vômitos, dor abdominal, sem icterícia: solicite TGO, TGP, revise resultados em 24 horas ↗ 124 e discuta/encaminhe. <sup>4</sup>Atazanavir 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 ↗ 124 e discuta.

# Hepatite B (HBV): diagnóstico

## Teste para hepatite B se não tem registro de anti-HBs > 10 UI/mL coletado após pelo menos 3 doses da vacina contra HBV e:

- Nunca testou (sem registro de teste realizado)
- Episódio de risco de infecção pelo HBV: sexo desprotegido/IST (avalie também PEP para HIV e HBV ↪ 108), contato intradomiciliar com HBV, acidente/exposição percutânea ou compartilhou drogas EV
- Gestante (1º trimestre/1ª consulta) ou puérpera se teste não realizado na gestação

- Uso de PrEP (1ª e cada 12 meses)
- Suspeita de **hepatite aguda** (fadiga, dor abdominal, náusea ou vômitos, perda de apetite, icterícia ↪ 97) ou doença hepática (TGO/TGP elevados) ou sintomas extra-hepáticos de HBV (ex: dor articular)

**Faça teste rápido (se não disponível, solicite HBsAg laboratorial).** Se fez vacina contra HBV há < 4 semanas, teste após 4 semanas para evitar falso positivo.

- Se HIV, DRC, doença hepática, uso de drogas EV, disfunção imune<sup>1</sup>, solicite também anti-HBc total e **discuta** para interpretar.
- Se suspeita de hepatite aguda, também solicite RNA-HCV, anti-HBc total e IgM, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, TGO, TGP, GGT, TAP, BT e F, anti-HAV IgM e IgG, HMG e teste para HCV ↪ 129 e HIV ↪ 122. **Discuta**.

Teste rápido/HBsAg laboratorial não reagente: **paciente não tem HBV**

- Verifique registro de vacina conta HBV:
  - Se < 3 doses/desconhecida, vaccine/complete doses<sup>2</sup>.
  - Se vacinação completa: tem fatores de risco para HBV<sup>3</sup>?

Não

Sim: solicite anti-HBs. Se vacinando, coletar de preferência 30 à 60 dias após última dose<sup>4</sup>.

Anti-HBs < 10 coletado há < 6 meses da última dose

Anti-HBs < 10 coletado há > 6 meses da última dose: aplique 4ª dose e colete anti-HBs após 30 dias

Anti-HBs < 10

Repita esquema completo/complete segundo esquema e colete anti-HBs após 30 dias

Anti-HBs < 10  
**Considere suceptível ao HBV (não respondedor)<sup>5</sup>**

Repita teste de HBV se novo episódio de risco de HBV (sexo desprotegido/IST, contato intradomiciliar com HBV, acidente/exposição percutânea - ex: tattoo, piercieng, ou uso de drogas EV) ou gestante com > 20 semanas. Se usa PrEP, repita cada 12 meses.

Anti-HBs ≥ 10

**Considere imune contra HBV**

Se DRC dialítica, repita anti-HBs cada 12 meses. Se HIV com CD4 persistente < 350, transplantado, câncer ou usa imunossupressor: repita cada 2 anos. Se anti-HBs repetido < 10, aplique reforço da vacina e **discuta**.

- Teste rápido/HBsAg laboratorial reagente: **infecção pelo vírus da Hepatite B<sup>6</sup>**
- Se gestante, **discuta**/encaminhe com prioridade e **avalie indicação de profilaxia com tenofovir**.
  - Teste para HCV ↪ 129, HIV ↪ 122 e sífilis ↪ 70. Solicite anti-HAV IgG. Se não reagente, dê **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/verificar status vacinal e vacinar.
  - Solicite HBV-DNA, HBeAg, anti-HBc total e IgM, anti-HBs, anti-HBe, TAP/INR, BT e F, TGP, HMG, se risco de engravidar, B-HCG e, se morou/esteve na região Amazônica, anti-HDV. Encaminhe/**discuta** para interpretar.

**- Qual resultado do anti-HBc-IgM?**

anti-HBc IgM reagente

anti-HBc IgM não reagente

Considera **infecção aguda ou agudização de infecção crônica<sup>7</sup>**, **discuta**/encaminhe, examine (se icterícia ↪ 97, dor/sensibilidade abdominal, figado aumentado, confusão mental: **discuta** para considerar encaminhar no mesmo dia) e repita teste para HBV após 6 meses:

Não reagente

Reagente

**Clearance viral espontâneo após infecção aguda:** cura funcional

**HBV crônica** (se HBV-DNA indetectável: provável HBsAg falso-positivo, **discuta**)

- Solicite<sup>8</sup> GGT, FA, TAP/INR, BT e F, PT e F, alfafetoproteína, glicemia, creatinina, PU e USG de abdome superior. **Discuta**/encaminhe para considerar tratamento.
- Aconselhe como prevenir transmissão para outras pessoas (usar preservativos, não compartilhar agulhas, escova de dente, instrumentos perfurocortantes - ex: lâminas de barbear, evitar contato com sangue do paciente) e a evitar álcool.

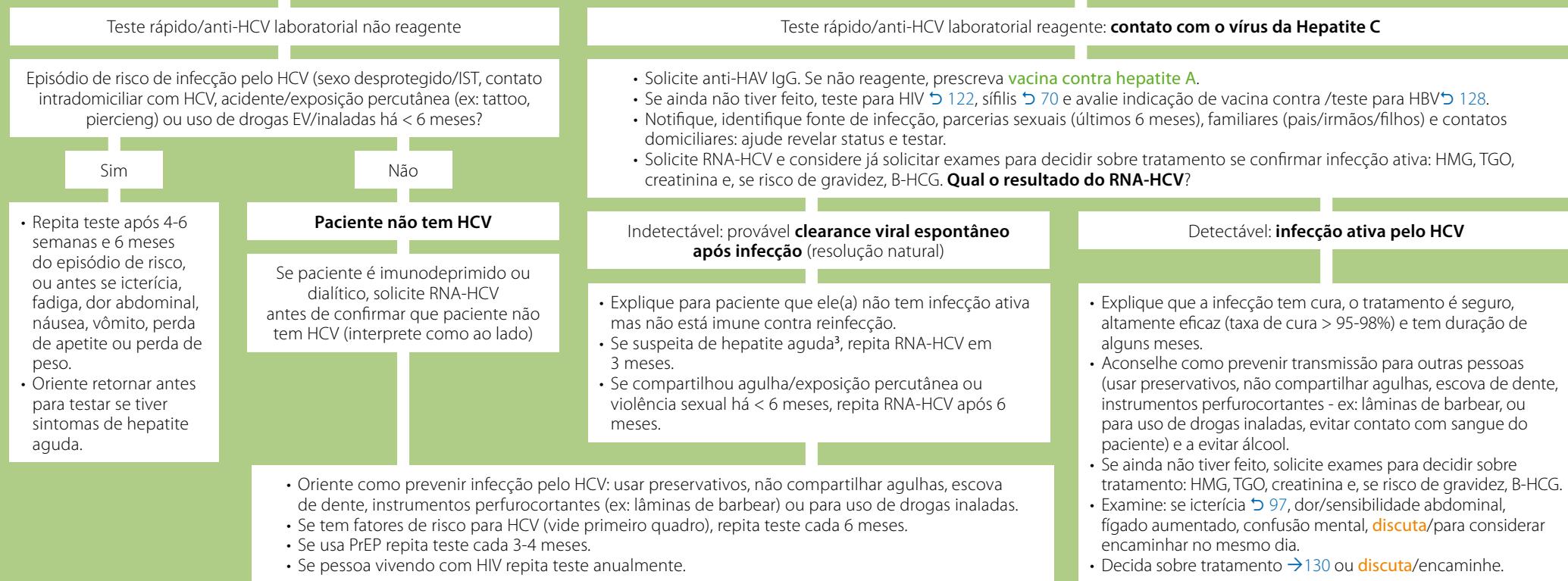
<sup>1</sup>HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. <sup>2</sup>Prescreva 3 doses: 0, 1 e 6 meses. Se dificuldade de vinculação, considere intervalo menor: 0, 1-2 e 4 meses. Se HIV, câncer, disfunção imune ou hemodiálise, prescreva 4 doses dobradas: 0, 1, 2 e 6-12 meses. <sup>3</sup>Tem parceria/contato próximo com HBV; usa/usou PEP/PrEP ou drogas EV; troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia; está em situação de rua ou privação de liberdade; é trabalhador da saúde ou segurança pública; tem HIV ou HCV; é transplantado; tem câncer ou doença renal; está em terapia imunossupressora/quimioterapia; ou foi vacinado na presença de ≥ 1: ≥ 60 anos, IMC ≥ 30, HCV, DM, doença inflamatória intestinal/doença celíaca. <sup>4</sup>Se recebeu IGHABH, colete > 6 meses após aplicação da IGHABH. <sup>5</sup>Solicite HBsAg e anti-HBc total. Se ambos não reage e HIV, câncer, disfunção imune ou hemodiálise: aplique 1 dose dobrada de reforço e repita anti-HBs após 1 ano. Se < 10, reaplique dose dobrada de reforço. Se HBsAg não reage e anti-HBc total reagente, **discuta**. <sup>6</sup>Se em Porto Alegre, encaminhe para continuar avaliação e manejo. <sup>7</sup>Se tem registro prévio de HBsAg reagente ou episódio de risco de infecção há > 6 meses: considere **HBV crônica**. <sup>8</sup>Se coletou os seguintes exame há > 6 meses, repita: HBV-DNA, HBeAg, anti-HBc total e IgM, anti-HBs, anti-HBe, TAP/INR, BT e F, TGP, HMG, se risco de engravidar, B-HCG

# Hepatite C (HCV): diagnóstico

- Teste para hepatite C se:**
- Nunca testou (sem registro de teste realizado)
  - Gestante (1º trimestre/1ª consulta) ou puérpera se teste não realizado na gestação
  - Tem um ou mais dos seguintes fatores de risco para HCV e último teste há > 6 meses:
    - Uso irregular de preservativo ou nova/múltiplas parcerias sexuais
    - Tem parceria/contato próximo com HCV
  - Episódio de risco de infecção pelo HCV: sexo desprotegido/IST<sup>2</sup>, contato intradomiciliar com HCV, acidente/exposição percutânea (ex: tattoo, piercieng) ou uso de drogas EV/inaladas
  - Pessoa vivendo com HIV e último teste há > 1 ano
  - Uso de PrEP (1ª consulta e cada 3-4 meses).
  - Suspeita de **hepatite aguda** (fadiga, dor abdominal, náusea/vômito, perda de apetite, icterícia ↪ 97) ou doença hepática (TGO/TGP elevados), ou sintomas extra-hepáticos de HCV (ex: dor articular).

## Faça teste rápido (se não disponível, solicite anti-HCV laboratorial)

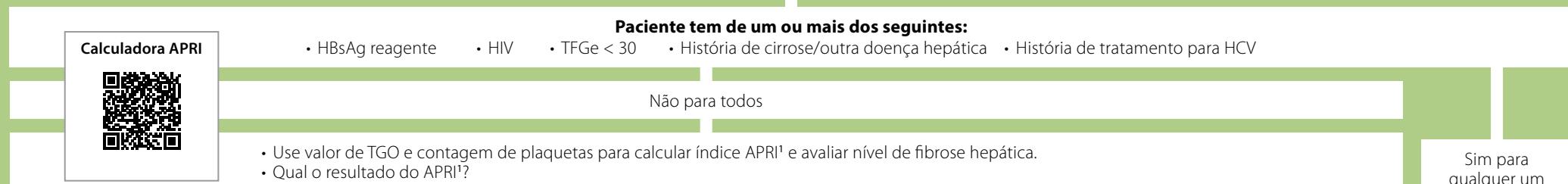
- Se história de hepatite C, solicite ao invés RNA-HCV e interprete como abaixo.
- Se suspeita de hepatite aguda, também solicite RNA-HCV, anti-HBc total e IgM, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, TGO, TGP, GGT, TAP, BT e F, anti-HAV IgM e IgG, HMG e teste para HBV ↪ 128, e HIV ↪ 122. **Discuta.**



<sup>1</sup>Sexo sob influência de drogas - álcool, metanfetaminas, GHB, MDMA, cocaína, poppers). <sup>2</sup>Avalie também necessidade de PEP para HIV e HBV ↪ 108. <sup>3</sup>Suspeita de hepatite aguda ainda sem causa identificada.

# Hepatite C (HCV): tratamento

- Para decidir sobre tratamento: use TGO, creatinina (TFGe), HMG (plaquetas), B-HCG (se risco de gravidez), história de tratamento para HCV, status de HIV e HBV.
- Se B-HCG positivo/gravidez, postergue tratamento para após parto/amamentação e **discuta**/encaminhe. Oriente que HCV não contraíndica amamentação desde que sem lesões mamilares.



- APRI<sup>1</sup> < 1: considere baixa probabilidade de cirrose e **inicie tratamento**
- Prescreva **sofosbuvir (SOF)** 400mg **mais daclatasvir (DCV)** 60mg, 1 comprimido de cada ao dia (com ou sem comida) por 12 semanas.
  - Antes de iniciar uso: verifique interação medicamentosa com medicamentos em uso (ex: rifampicina, rifapentina, ox/carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, amiodarona) incluindo de venda livre e fitoterápicos/plantas medicinais (ex: erva de são-jôão).
  - Se interação medicamentosa, **discuta** para considerar trocar/parar medicamento antes de tratar HCV. Se não é possível, encaminhe para tratar.
  - Solicite **USG** ou, se disponível, **elastografia** para avaliar fibrose hepática, e também **HMG, TGO, TGP, BT e F, PT e F, FA, GGT, TAP/INR** e **glicose. Interprete**: se Hb < 10, BT ≥ 2, glicose < 70 ou INR > 1,5, **discuta**/encaminhe. Se TGP/TGO elevados sem icterícia, ascite ou confusão mental: nenhuma ação necessária.



- Oriente que efeitos adversos são leves (dor de cabeça, cansaço, náuseas, insônia), melhoram sozinhos e não deve parar tratamento. Se sem melhora/piora, retornar.
- Reforce importância da adesão para garantir sucesso do tratamento e evitar resistências.
  - Se ≤ 7 dias sem tratamento, reinicie e continue tratamento.
  - Se entre 7 e 21 dias, reinicie tratamento completo.
  - Se > 21 dias, não reinicie e **discuta**/encaminhe.
- Aconselhe evitar uso de álcool e limitar uso de paracetamol a 2g/dia durante tratamento.
- Se risco de engravidar, explique que deve evitar gravidez durante tratamento e até 6 meses após. Oriente contracepção ↗ 165. Se gravidez, deve parar tratamento.
- Oriente que antes de iniciar medicamento/fitoterápico, deve informar profissional de saúde para verificar interação. Se usa PrEP (tenofovir/emtricitabina), pode manter uso.
- Oriente como prevenir infecção pelo HCV: usar preservativos, não compartilhar agulhas, escova de dente, instrumentos perfurocortantes (ex: lâminas de barbear) ou para uso de drogas inaladas. Cobrir ferimentos e limpar respingos de sangue com alvejante.
- Reavalie paciente após 2-4 semanas, com 3 meses (ao completar tratamento) e após 3 meses do tratamento.
- Solicite RNA-HCV após 3 meses do tratamento. **Qual o resultado do RNA-HCV?**

- APRI<sup>1</sup> ≥ 1
- Encaminhe para tratar.
    - Solicite **USG** ou, se disponível, **elastografia** para avaliar fibrose hepática, e também **HMG, TGO, TGP, BT e F, PT e F, FA, GGT, TAP/INR** e **glicose**.

RNA-HCV não detectável: considere **paciente curado (resposta virológica sustentada)**

- Explique que tratamento não confere imunidade e que continua susceptível à hepatite C.
- Verifique fatores de risco, necessidade/freqüência de teste de HCV (se indicado, solicite RNA-HCV) ↗ 129.
- Se usa álcool/drogas ↗ 152, IMC ≥ 30, DM, **discuta** para considerar monitorar função hepática.

RNA-HCV detectável: **persistência da infecção**

- Encaminhe para tratar.

<sup>1</sup>APRI = [(valor de TGO em UI/L dividido pelo valor do LSN do exame em UI/L) dividido pelo (valor da contagem de plaquetas em 10<sup>9</sup>/L)] x 100. **Se valor de plaquetas em mm<sup>3</sup>, divida por 1.000 para obter resultado em 10<sup>9</sup>/L.** Ou calcule APRI com calculadora online.<sup>2</sup>Verifique interação medicamentosa ↗ 189. <sup>3</sup>Sexo sob influência de drogas (álcool, metanfetaminas, GHB, MDMA, cocaína, poppers) para aumentar/facilitar experiências sexuais.

# Asma e DPOC: diagnóstico

- O paciente com tosse crônica pode ter mais de uma doença. Também considere TB, pneumocistose (PPC), câncer de pulmão, bronquite, insuficiência cardíaca, DRGE e tosse pós-infecciosa ↗ 52.
- Diagnóstique** asma/DPOC com base na história, exame físico e resultado de espirometria. 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 outras alergias
- Sintomas intermitentes com respiração normal entre as crises
- Sintomas pioram à noite, de manhã cedo, com exposição a alérgenos, frio ou estresse
- História pessoal ou familiar (pai/mãe/irmãos) de asma ou doenças atópicas
- Espirometria:
  - VEF1/CVF menor que o valor normal para a idade, sexo e estatura e
  - VEF1 aumenta em  $\geq 12\%$  e  $\geq 200\text{ml}$  após broncodilatador

**Ofereça cuidados de rotina para asma** → 132.

**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 ( $\geq 20$  cigarros/dia) ou exposição ocupacional (poeira, químicos)
- Diagnóstico prévio de TB
- Diagnóstico prévio de DPOC
- Espirometria:
  - VEF1/CVF  $< 0,7$  após broncodilatador

**Ofereça cuidados de rotina para DPOC** → 133.

Se não tiver certeza do diagnóstico, trate como asma ↗ 132 e discuta ou encaminhe.

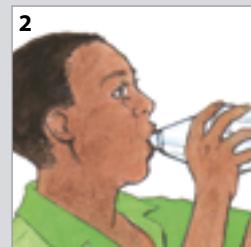
## Usando inaladores e espaçadores

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

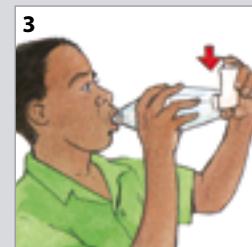
### Como usar o inalador com espaçador<sup>1</sup>



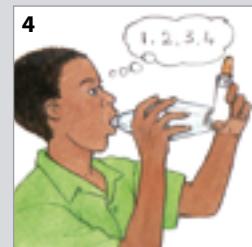
1 Agite o inalador e insira no espaçador.



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



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



- Faça 4 inspirações mantendo o espaçador na boca.
- Repita passos 2, 3 e 4 para cada jato.
- Enxague a boca após usar corticoide inalatório.

<sup>1</sup>Se 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.

# Asma: cuidados de rotina

## Avalie paciente com asma

Avalie	Quando avaliar	Observações
Controle dos sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se piora do sibilos/aperto no peito ou da tosse ou da falta de ar, maneje como <b>exacerbação aguda</b> ↪ 53.</li> <li>Se um ou mais dos seguintes no último mês, asma <b>não está controlada</b>:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tossie, falta de ar, aperto no peito <i>ou</i> sibilos &gt; 2 vezes/semana</li> <li>- Despertares noturnos ou matinais <i>ou</i> limitação de atividades diárias devido sintomas de asma</li> <li>- Uso de salbutamol &gt; 2 dias/semana<sup>1</sup> ou ≥ 1 exacerbações graves</li> </ul> </li> <li>Se <i>nenhum dos acima</i> então a asma está controlada.</li> </ul>
Outros sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maneje sintomas conforme página do sintoma. Investigue rinite ↪ 48 e dispepsia/refluxo ↪ 61.</li> <li>Se usa corticoide inalatório e manchas brancas na bochecha/gengiva/língua/palato, considere <b>candidíase oral</b> ↪ 49.</li> </ul>
Adesão/uso do inalador	Toda consulta	Verifique adesão e se usa inalador e espaçador corretamente ↪ 131. Se má adesão, ofereça apoio para aumentar adesão ↪ 18.
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 ↪ 154.
Espirometria	No diagnóstico, então dependendo do controle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se asma controlada, não é necessário repetir. Se asma não controlada, avalie cada 6 meses.</li> <li>Compare resultados com valores anteriores. Se reduzidos, verifique adesão e considere <b>ajustar</b> tratamento.</li> </ul>

## Aconselhe paciente com asma

- Oriente evitar gatilhos que pioram asma/rinite (ex: animais, poeira, químicos, pólen), AAS, AINEs (ex: ibuprofeno) e beta-bloqueadores (ex: propranolol). Se fuma tabaco ↪ 153, apoie para mudança ↪ 17.
- Certifique-se de que paciente reconhece asma não controlada, entende como usar medicamentos e entregue plano de ação por escrito para piora dos sintomas.
- Corticoides inalatórios (como beclometasona ou budesonida) podem causar candidíase oral: oriente paciente enxaguar boca e fazer gargarejos após cada dose.

## Trate paciente com asma

- Prescreva medicamento de **resgate**: **formoterol/budesonida**<sup>2</sup> inalado 6/200-12/400mcg se necessário. Se não melhorar, repetir cada 20 min e/ou até 3x/dia. Se sem melhora, repetir e procurar atendimento imediatamente. Se asma por exercício, usar antes **formoterol/budesonida**<sup>2</sup> inalado 6/200-12/400mcg.
- Se não disponível, dê **salbutamol** inalado 200-400mcg mais **beclometasona** 250mcg se necessário (se em uso diário de beclometasona, pode usar só salbutamol). Se não melhorar, repetir cada 20 min e/ou até 3x/dia. Se sem melhora, repetir e procurar atendimento imediatamente. Se asma por exercício, usar antes salbutamol 200mcg mais beclometasona 250mcg.
- Se **exacerbação aguda** (recebeu prednisona/hidrocortisona), prescreva **prednisona** 40mg ao dia por 5 dia e se Tax ≥ 38°C com escarro amarelo/esverdeado, também maneje/trate **pneumonia** ↪ 52.
- Se precisou usar prednisona/hidrocortisona > 2 vezes em 6 meses ou exacerbações agudas com tratamento otimizado, **discuta**/encaminhe.
- Se **asma não controlada ou após exacerbação aguda**, prescreva/intensifique tratamento de **controle** (mantenha medicamento de regaste): antes de intensificar verifique adesão, se sabe usar inalador/espasador ↪ 131 e se está evitando fumar/gatilhos<sup>3</sup>.
  - Inicie com **formoterol/budesonida**<sup>2</sup> inalado 6/200mcg cada 12 horas. Se não disponível, dê beclometasona inalada 250mcg cada 12 horas. Se não controlada após 1 mês:
    - Se usa formoterol/budesonida, **aumente** para 12/400mcg cada 12 horas. Se usa beclometasona, troque por **formoterol/budesonida**<sup>2</sup> inalado 6/200mcg cada 12 horas. Se ainda não controlada após 1 mês:
 - **Aumente** formoterol/budesonida inalado para 12/400mcg cada 12 horas ou, se já usa essa dose há 1 mês e não controlada, **discuta** ou encaminhe.
- Se **asma controlada**: continue medicamento na mesma dose. Se controlada e sem exacerbações agudas por ≥ 6 meses, reduza tratamento:
  - Se usa formoterol/budesonida 12/400mcg cada 12 horas, **reduza** para 6/200mcg cada 12 horas.
  - Se usa formoterol/budesonida 6/200mcg ou beclometasona 250-500mcg cada 12 horas, pare uso e mantenha medicamento de resgate como acima (formoterol/budesonida ou salbutamol com beclometasona).
  - Se sintomas piorarem enquanto reduz tratamento, reinicie/aumente novamente medicamento para mesma dose de quando paciente estava com asma controlada.
- Prescreva **vacina contra influenza** anualmente e **vacina para COVID-19**. Se asma moderada/grave<sup>4</sup>, prescreva **vacina pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos).

Se exacerbação aguda, reavalie após 1 semana. Se asma não controlada, cada 1 mês. Se controlada, cada 3-6 meses. **Oriente retornar antes se não estiver melhor ou piorar.**

<sup>1</sup>Não considerar uso para asma induzida por exercícios. <sup>2</sup>Se usa ritonavir, evite com budesonida: **discuta** e considere trocar/reduzir budesonida ou trocar TARV. <sup>3</sup>Alérgenos, AAS, AINEs, beta-bloqueadores. <sup>4</sup>Precisa usar pelo menos formoterol/budesonida 6/200mcg cada 12 horas para controle.

# Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): cuidados de rotina

## Avalie paciente com DPOC

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas de DPOC	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se paciente tem sibilos/aperto no peito e falta de ar em repouso ou ao falar ou FR &gt; 30, manejue como <b>exacerbação aguda</b> ↪ 53.</li> <li>Avalie gravidade: se falta de ar com atividades diárias (trocar de roupa), <b>DPOC é grave</b>. Se incapaz de andar no mesmo ritmo de outros da mesma idade, <b>DPOC é moderada</b>. Se falta de ar quando caminha rápido no plano ou ladeira leve, <b>DPOC é leve</b>.</li> <li>Investigue TB somente se paciente tem outros sintomas de TB como perda de peso, sudorese noturna, escarro sanguinolento ↪ 116.</li> </ul>
Outros sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maneje sintomas conforme página do síntoma. Se usa corticoide inalatório e manchas brancas na boca, considere <b>candidíase oral</b> ↪ 49.</li> <li>Se edema em ambas pernas, considere <b>insuficiência cardíaca/cor pulmonale</b>. Solicite <b>ECG, rx de torax</b> e <b>discuta</b>.</li> </ul>
Adesão/uso do inalador	Toda consulta	Verifique adesão e se usa inalador e espaçador corretamente ↪ 131. Se má adesão, ofereça apoio para aumentar adesão ↪ 18.
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 ↪ 154.
Cuidados paliativos	Toda consulta	Se DPOC grave, mais de 3 hospitalizações/ano por DPOC, insuficiência cardíaca ou em uso de O2, ofereça cuidados paliativos ↪ 176.
RCV	No diagnóstico, conforme risco	Avalie RCV ↪ 134. Se < 10% com fator de risco para DCV ou 10-20% reavalie após 1 ano, se > 20% reavalie após 6 meses.
Rx de tórax	No diagnóstico	Interprete resultado para excluir outras doenças e <b>discuta</b> , se necessário.
Espirometria	No diagnóstico e anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalie gravidade usando VEF1: Se <math>\geq 80\%</math>, DPOC é <b>leve</b>, se <math>\geq 50\%</math> e <math>&lt; 80\%</math>, DPOC é <b>moderada</b>, se <math>&lt; 50\%</math>, DPOC é <b>grave</b> e se <math>&lt; 30\%</math>, é <b>DPOC muito grave</b>.</li> <li>Se VEF1/CVF no diagnóstico <math>\geq 0,7</math> após broncodilatador ou discrepância entre resultado da espirometria e sintomas: <b>discuta</b>.</li> </ul>

## Aconselhe paciente com DPOC

- Se fuma tabaco ↪ 153, apoie para mudança ↪ 17. Parar de fumar é o principal tratamento para manejo da DPOC.
- Incentive paciente fazer caminhadas diárias e aumentar atividades cotidianas como jardinagem, cuidados com a casa e utilizar escadas em vez de elevadores.
- Corticoides inalatórios (como beclometasona ou budesonida) podem causar candidíase oral: oriente paciente enxaguar boca e fazer gargarejos após cada dose.

## Trate paciente com DPOC

- Prescreva **vacina contra influenza** anualmente e **vacina para COVID-19**. Prescreva **vacina pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos).
- Prescreva **salbutamol** inalado 200mcg (2 jatos) se necessário, até 4 vezes ao dia ou **brometo de ipratrópio** 0,25mg/mL 20-40 gotas via nebulizador se necessário até 4 vezes ao dia.
- Antes de ajustar tratamento assegure-se que está aderente e sabe usar inalador/espaçador ↪ 131.
- Se **DPOC moderada/grave ou não controlada** com salbutamol ou ipratrópico, decida qual tratamento adicionar:
  - Se < 2 exacerbações no último ano: adicione **formoterol** inalado 12mcg, 1 jato cada 12 horas.
  - Se ≥ 2 exacerbações no último ano ou exacerbação com hospitalização no último ano ou DPOC grave ou sem melhora com formoterol ou piora da espirometria: adicione (ou troque formoterol por) **formoterol/budesonida**<sup>1</sup> 12/400mcg cada 12 horas. Se já em uso e sem melhora após 3 meses, solicite espirometria e **discuta**/encaminhe para avaliar outros tratamentos (como anticolinérgicos).
- Se **exacerbação aguda** nesta consulta:
  - Se recebeu prednisona ou hidrocortisona, prescreva **prednisona** 40mg ao dia por 5 dias.
  - Se exacerbação com ≥ 2 dos seguintes: mudança na cor do escarro para amarelo/verde ou aumento de volume/viscosidade ou aumento da falta de ar, prescreva **amoxicilina**<sup>2</sup> 500mg cada 8 horas por 5 dias.
    - Se DPOC grave, ≥ 2 exacerbações/ano ou 1 com hospitalização/ano ou usou antibiótico há < 3 meses, dê ao invés **amoxicilina/clavulanato**<sup>3</sup> (500mg/125mg) cada 8 horas por 5 dias.
    - Se VEF1 < 30%, bronquiectasias, uso crônico de corticoide ou usou amoxicilina/clavulanato ou quinolona há < 3 meses, dê ao invés, se disponível, **levofloxacina** 500 mg ao dia por 5-7 ou **discuta** alternativas. Solicite cultura e teste de sensibilidade, se disponível, e **interprete** resultado.
  - Reavalie em 3 dias: se sem melhora, **discuta**.

**Se exacerbação recente, ajuste de tratamento, sente-se pior/não tão bem como antes, reavalie cada 1 mês. Se não, cada 6 meses.**

<sup>1</sup>Se usa ritonavir, evite budesonida e **discuta** alternativas. <sup>2</sup>Se alergia à penicilina, prescreva **azitromicina** 500mg ao dia por 3 dias. <sup>3</sup>Se alergia à penicilina, **discuta** alternativas ou prescreva, se disponível, **levofloxacina** 500 mg ao dia por 5-7 dias.

# Risco Cardiovascular (RCV): avaliação

## Risco Cardiovascular (RCV) é a chance de sofrer um AVC ou IAM nos próximos 10 anos (ou 30 anos)

**Passo 1**

### Identifique se paciente tem condição de alto RCV ou Doença Cardiovascular (DCV) confirmada

- Se uma ou mais das seguintes situações, já considere paciente como de **alto RCV** (RCV 20%), investigue se tem fatores de RCV (passo 2) e maneje → 136 (não é necessário calcular o RCV):
  - **DCV confirmada** (IAM, AVC ou AIT prévio, angina ou doença arterial periférica).
  - Condição de alto RCV:
    - Diagnóstico confirmado de **hipercolesterolemia familiar**, discuta/encaminhe.
    - Registro de LDL ≥ **190 confirmado** (mesmo sem diagnóstico confirmado de hipercolesterolemia familiar).
    - Diagnóstico conhecido de **diabetes e idade > 40 anos**.
  - Se tem ou teve dor no peito, especialmente ao esforço e com alívio ao repouso, investigue **doença cardíaca isquêmica** ↗ 149.
  - Se tem ou teve dor na perna, especialmente ao caminhar e com alívio ao repouso, investigue **doença arterial periférica** ↗ 151.
  - Se início súbito de fraqueza/dormência assimétrica da face (com mínimo/nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **AVC/AIT** ↗ 148.

**Passo 2**

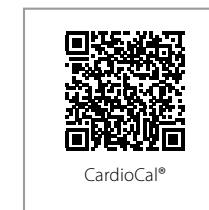
### Investigue se paciente tem fatores de RCV:

- Pergunte se é **fumante**: considere paciente que parou de fumar no último ano como fumante para avaliar RCV.
- Pergunte sobre **história familiar**: ter um dos pais ou irmãos com morte por DCV/DCV prematura (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos) ou com hipercolesterolemia familiar é fator de RCV.
- Calcule **Índice de Massa Corporal (IMC)**: peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m). IMC > 25 (se > 65 anos: > 27) é fator de RCV.
- 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 RCV.
- Verifique diagnóstico de **hipertensão**: verifique PA. Se PA ≥ 140/90 e não tem hipertensão conhecida ↗ 143.
- Verifique diagnóstico de **diabetes**: se não tem diabetes conhecida, verifique necessidade de rastrear, **diabetes** ↗ 138 (se não há necessidade de rastrear, considere como não diabético).
- Verifique **outros fatores que podem aumentar o RCV**: HIV (teste para HIV ↗ 122), transtorno mental grave (esquizofrenia, TAB grave, outras psicoses), uso de antipsicóticos atípicos (como risperidona, quetiapina, olanzapina, clozapina)/corticoide, doença renal crônica conhecida (TFGe < 60), sinais clínicos de colesterol alto<sup>1</sup>

**Passo 3**

### Decida se paciente que não tem DCV confirmada ou outra condição de alto RCV precisa calcular o RCV (use idade e fatores de RCV para decidir):

- Se tem entre 40-75 anos, solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos e **calcule RCV**:
  - Use colesterol total, status de tabagismo, status de diabetes, idade, sexo, PA sistólica (PAS) para calcular RCV nos gráficos da próxima página ↗ 135 ou pelo aplicativo CardioCal® (use QR code ao lado).
- Se tem entre 30-39 anos e ≥ 1 fator de RCV (vide acima), solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos e **calcule RCV**:
  - Use colesterol total, HDL, status de tabagismo, status de diabetes, idade, sexo, PA sistólica (PAS) para calcular RCV usando calculadora Framingham de risco global em 30 anos<sup>2</sup> (use QR code ao lado).
- Se tem entre 30-39 anos e **nenhum** fator de RCV: não é necessário calcular e nem manejar RCV, reavalie RCV em 5 anos.
- Se tem < 30 anos ou > 75 anos, com ou sem fator de RCV: não é necessário calcular o RCV, reavalie RCV em 5 anos.
  - Se tem fatores de RCV: **maneje o RCV** → 136.



Framingham risco global em 30 anos

**Passo 4**

### Explique para paciente que acabou de calcular RCV qual é o seu risco de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 anos (ou 30 anos, se usando calculadora Framingham de risco global em 30 anos):

- Oriente que é uma estimativa, não pode prever o que vai acontecer com cada pessoa.
- Se RCV < 10%, sua chance de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 ou 30 anos é baixa (menor que 1 em 10).
- Se RCV entre 10-20%, sua chance de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 ou 30 anos é entre 1 em 10 e 1 em 5.
- Se RCV ≥ 20% (alto RCV), sua chance de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 ou 30 anos é mais de 1 em 5.

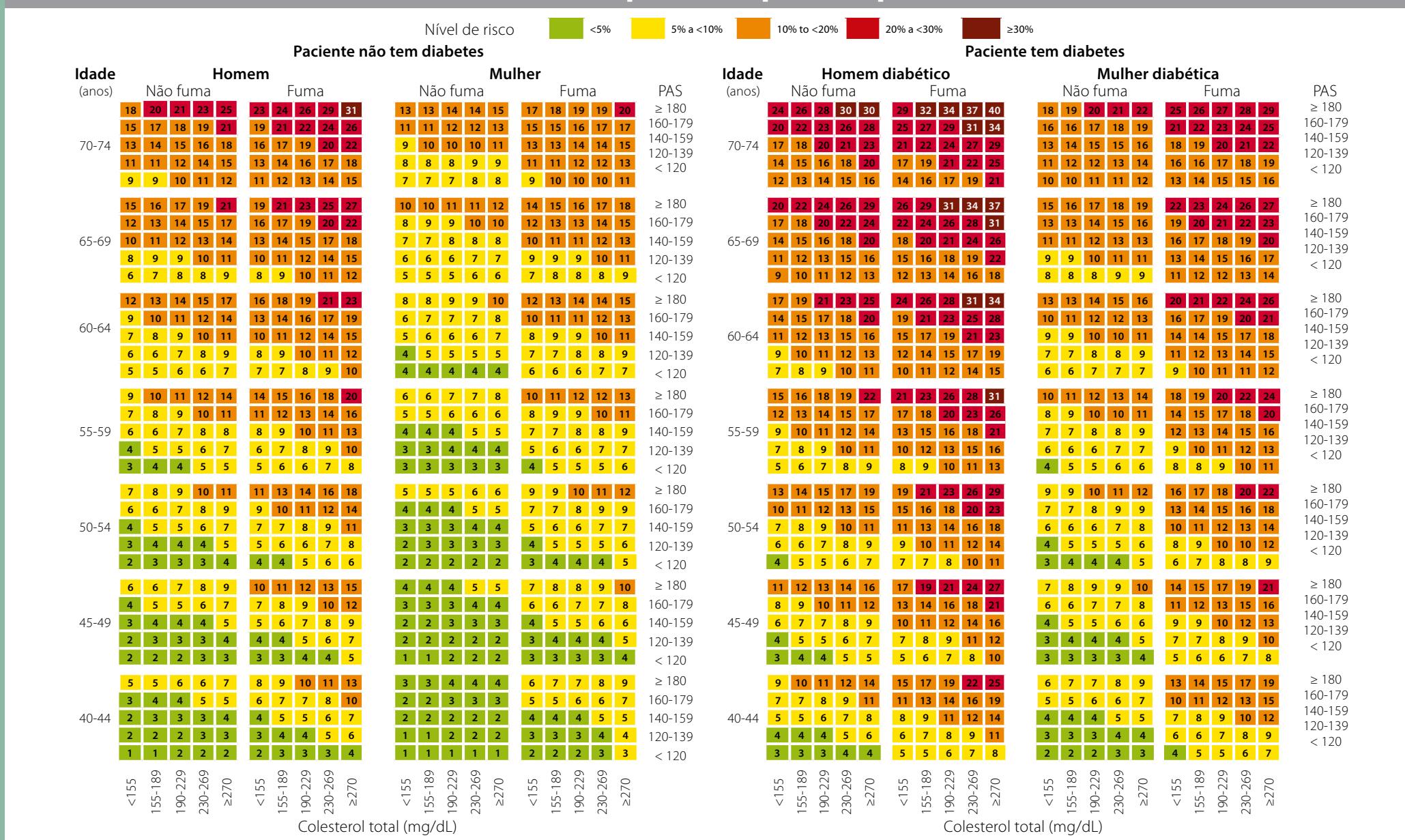
**Passo 5**

### Use valor do RCV do(a) paciente para decidir sobre manejo/tratamento e quando reavaliar o RCV:

- Se RCV < 10% sem fatores de RCV, não é necessário manejar o RCV: reavalie RCV em 5 anos.
- Se RCV < 10% com fatores de RCV, maneje o RCV → 136: reavalie RCV em 1 ano.
- Se RCV entre 10-20%, maneje o RCV → 136: reavalie RCV em 1 ano.
- Se RCV ≥ 20% (alto RCV), maneje o RCV → 136: reavalie RCV em 6 meses.

<sup>1</sup>Anel claro ao redor da córnea do olho, nódulos amarelados nas pálpebras/ao redor dos olhos, nódulos de gordura nos tendões.<sup>2</sup>Disponível em [www.framinghamheartstudy.org/fhs-risk-functions/cardiovascular-disease-30-year-risk/](http://www.framinghamheartstudy.org/fhs-risk-functions/cardiovascular-disease-30-year-risk/)

## Calcule o Risco Cardiovascular (RCV) de paciente para os próximos 10 anos



Adaptado de WHO CVD Risk Chart Working Group. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. Lancet Glob Health, 2019, aplicativo: CardioCal®.

# Risco Cardiovascular (RCV): cuidados de rotina

## Avalie paciente com fatores de RCV ou RCV ≥ 10% ou DCV

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Investigue dor no peito ↗ 51, falta de ar ↗ 52, dor na perna ↗ 83, ou início súbito de fraqueza/dormência assimétrica da face (com mínimo/nenhum envolvimento da testa), braço ou perna, dificuldade na fala ou alteração visual ↗ 148. Se usa simvastatina/outra estatina <sup>2</sup> e início recente de dor muscular ↗ 79, fraqueza ↗ 40.
Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se não tem DCV e 40-75 anos ou se 30-39 anos com ≥ 1 fator de RCV: 1ª consulta e ao reavaliar/recalcular RCV</li> <li>Se tem DCV/indicação de estatina<sup>2</sup>: antes e 3 meses após iniciar/trocar, então anual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se CT &gt; 300 ou LDL<sup>3</sup> ≥ 190, <b>confirme</b> com novo exame. Se confirmado: solicite TSH e <b>discuta</b> para considerar <b>hipercolesterolemia familiar</b>.</li> <li>Se TG ≥ 500, <b>confirme</b> com novo exame, avalie fatores de RCV modificáveis (vide quadro abaixo) e <b>discuta</b> opções de tratamento.</li> <li>Se não tem DCV e nem condição de alto RCV e 40-75 anos ou 30-39 anos com ≥ 1 fator de RCV: use valores para calcular RCV (se ainda não tive feito) ↗ 134.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repita conforme resultado e necessidade de reavaliar/recalcular RCV: se &lt; 10%, repita em 5 anos; se 10-20%, em 1 ano; se ≥ 20%, em 6 meses.</li> </ul> </li> <li>Se tem DCV (<b>prevenção 2<sup>a</sup></b>): almeje LDL<sup>3</sup> ≤ 77 ou não-HDLc<sup>4</sup> ≤ 100. Se não tem DCV mas tem indicação/usa estatina (<b>prevenção 1<sup>a</sup></b>): almeje reduzir não-HDLc<sup>4</sup> basal &gt; 40%.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se não atingir meta 3 meses após iniciar/trocar estatina<sup>2</sup> ou não manter meta na avaliação anual, <b>confirme</b> com novo exame, avalie fatores de RCV modificáveis e adesão. Se boa adesão, intensifique tratamento (vide abaixo).</li> </ul> </li> </ul>

## Aconselhe paciente com fatores de RCV ou RCV ≥ 10% ou DCV

- Pergunte: o que sabe sobre RCV, suas ideias e preocupações. Aborde 1 fator de RCV modificável por vez: ajude escolher e planejar mudanças. Explore potenciais e dificuldades. Pactue metas razoáveis.

### Atividade física

- Almeje ≥ 30 minutos de exercício moderado (caminhada acelerada) ≥ 5 dias na semana.
- Aumente atividades como jardinagem, tarefas domésticas, caminhar/usar bicicleta ao invés de transporte, usar escadas ao invés de elevadores.
- Exercite os braços se não puder usar as pernas.



### Tabagismo

- Se usa tabaco, alerte riscos e motive parar ↗ 153.

### Alimentação saudável

- Aumente diversidade de alimentos, reduza porções.
- Consuma ≥ 5 frutas/vegetais ao dia, legumes (lentilha, ervilha, feijão) e grãos integrais (milho, aveia, arroz) regularmente.
- Prefira arroz, massas e pães integrais.
- Troque frituras por grelhados/assados/cozidos.
- Troque bacon/linguiça/salame/mortadela/carne com pele por carne magra/peixe/frango sem pele. Diminua carne vermelha.
- Troque manteiga/maionese/banha por azeite/requeijão light. Se possível, use azeite de oliva extravirgem.
- Evite ultraprocessados (refrigerante, salgadinho/bolacha/bolo, fastfood).
- Evite adicionar sal direto ao alimento. Evite e use menos açúcar.



### Peso (calcule IMC) e circunferência abdominal

- Almeje IMC < 25 (se > 65 anos: < 27), e circ. abdominal<sup>5</sup> < 88cm (mulheres) e < 102cm (homens).
- Se IMC > 25 ↗ 137 Toda perda de peso ajuda, mesmo sem chegar à meta.



### Avalie e maneje estresse ↗ 105

- Oriente limitar uso de telas/redes sociais.



### Investigue uso arriscado de álcool/drogas ↗ 152

- Oriente não usar álcool. Se beber, usar ≤ 2 doses<sup>6</sup>/dia e < 5 dias/semana.



- Identifique apoio (amigos, familiares, grupos). Se necessário, encaminhe para equipe multiprofissional. Seja motivador, encorajador, parabenize por cada conquista. Evite julgar, criticar, culpar.

## Trate paciente com DCV confirmada ou alto RCV/RCV ≥ 20%

- Se tem DCV (IAM, AVC ou AIT prévio, angina ou doença arterial periférica), prescreva para **prevenção 2<sup>a</sup>**: **simvastatina**<sup>7</sup> 40mg/noite e **AAS**<sup>8</sup> 100mg ao dia com comida (se alergia, dê **clopidogrel**<sup>8</sup> 75mg ao dia).
- Se LDL<sup>3</sup> ou não-HDLc<sup>4</sup> fora da meta após 3 meses ou na avaliação anual e boa adesão, troque simvastatina por **atorvastatina** 40mg ou, se já usa, **aumente** para 80mg. Se já usa 80mg, **discuta**.
- Se não tem DCV mas tem alto RCV/RCV ≥ 20%, ajude paciente decidir sobre estatina<sup>2</sup> para **prevenção 1<sup>a</sup>**, considere: preferências, fatores de RCV modificáveis, benefícios potenciais (menor em mulheres e idosos frágeis) e possíveis efeitos colaterais (dor/fraqueza muscular). Se decidir usar, prescreva **simvastatina**<sup>7</sup> 40mg/noite. Se LDL ≥ 190 ou hipercolesterolemia familiar, dê estatina<sup>2</sup> e **discuta**.
- Se não-HDLc<sup>4</sup> fora da meta após 3 meses ou na avaliação anual e boa adesão, troque simvastatina por **atorvastatina** 40mg ou, se já usa, **aumente** para 80mg. Se já usa 80mg, **discuta**.

## Decida quando reavaliar o RCV:

se < 10% e sem fatores de RCV, em 5 anos. Se < 10% ou tem fatores de RCV ou se 10-20%, em 1 ano. Se ≥ 20%/alto RCV, em 6 meses.

<sup>1</sup>Tabagismo (atual ou há < 1 ano), pai/irmão com morte por DCV/DCV prematura (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos) ou com hipercolesterolemia familiar, IMC > 25 (se > 65 anos: > 27), circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou > 102cm (homem), HAS, DM, HIV, transtorno mental grave, uso crônico de antipsicótico atípicos/corticoide, DRC (TGF<sub>E</sub> < 60), sinais clínicos de colesterol elevado. <sup>2</sup>Estatina: simvastatina ou outras como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. Não prescreva se gestante. <sup>3</sup>Calcule LDL = CT menos HDL menos (TG dividido por 5). Se TG > 400, solicite dosagem não calculada de LDL. <sup>4</sup>Calcule colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL. <sup>5</sup>Meça com paciente em pé, expirando, a meia altura entre o último arco costal e o topo da crista ilíaca. <sup>6</sup>Uma dose e 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taca pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>7</sup>Não prescreva simvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**. Se usa anlodipino, dê simvastatina 20mg ao invés de 40mg; se já usa 40mg, mantenha e **discuta**. Não prescreva simvastatina/outra estatina se gestante. <sup>8</sup>Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispesia, > 65 anos ou uso de AINEs, corticoide, varfarina.

# Sobrepeso/obesidade

- Calcule o Índice de Massa Corporal (IMC): peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m).
- Se IMC ≥ 25 (se > 65 anos: considere ≥ 27), paciente tem **sobrepeso**; se IMC ≥ 30 paciente tem **obesidade**.

## Avalie paciente com sobrepeso/obesidade

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maneje sintomas conforme a página do sintoma. Se dor articular → 80, dor nas costas → 81.</li> </ul>
Dieta	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalie hábitos alimentares. Peça que paciente relembre o que comeu nas últimas 24 horas.</li> <li>Pergunte sobre frequência das refeições, volume ingerido e se come lanches, bebidas açucaradas ou fastfood.</li> </ul>
Atividade física	Toda consulta	Avalie frequência e intensidade de atividade física como exercício planejado ou como parte da atividade diária, transporte ou atividade doméstica.
Sono	No diagnóstico	Se dificuldades para dormir → 107. Se roncos intensos, sono ruim, para de respirar durante sono, considere apneia obstrutiva do sono ↗ 48.
Saúde mental	Toda consulta	Se tristeza, estresse ou nervosismo → 105.
Condições crônicas	No diagnóstico	Pergunte sobre doenças ou condições crônicas conhecidas como diabetes, hipertensão, doença cardiovascular, osteoartrite e ofereça cuidados de rotina.
Medicamentos	No diagnóstico	<b>Revise</b> medicamentos: corticoides, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepressivos, medicamentos para diabetes, contraceptivos orais e alguns antirretrovirais podem causar ganho de peso.
Peso (IMC)	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se IMC 25-29,9 (se &gt; 65 anos, 27-29,9), aconselhe estilo de vida saudável para evitar ganhar mais peso. Se DCV, HAS, DM ou dislipidemia, aconselhe perder peso.</li> <li>Se IMC ≥ 27 e DCV, HAS, DM ou dislipidemia, avale motivação para mudar estilo de vida e, se motivado, aconselhe perder peso.</li> <li>- Se perda de &lt; 5% do peso em 6 meses: <b>discuta</b> para considerar tratamento medicamentoso.</li> <li>Se IMC ≥ 30 avals motivação para mudar estilo de vida e, se motivado, aconselhe perder peso e <b>discuta</b> para considerar tratamento medicamentoso.</li> <li>Se IMC ≥ 35 e DM, HAS, apneia do sono, doença hepática gordurosa ou IMC ≥ 40, também <b>discuta/encaminhe</b> para considerar tratamento cirúrgico.</li> </ul>
PA	Toda consulta	Use um manguito maior se a circunferência medial do braço for > 34cm. Verifique PA ↗ 143. Se hipertensão conhecida ↗ 144.
RCV	No diagnóstico e conforme risco	Avalie RCV → 134.
Causa da obesidade	No diagnóstico	Verifique presença de bário na tireoide, acne na pele, hirsutismo, estrias roxas, 'face em lua cheia' e fraqueza nos ombros/quadris. Se presentes, <b>discuta</b> .
Diabetes	No diagnóstico e se necessário	Rastreie diabetes ↗ 138. Se diabetes conhecida → 140.
Hipotireoidismo	Se necessário	Se bário, fraqueza, pele seca, piora/nova constipação, intolerância ao frio, solicite TSH e <b>interprete</b> .

## Aconselhe paciente com sobrepeso/obesidade

- Evite julgar, criticar ou culpar paciente. É direito de cada pessoa tomar as próprias decisões sobre a saúde. Seja motivador, encorajador, parabenize por cada conquista.
- Eduque paciente e família sobre os riscos de ter sobrepeso/obesidade e as vantagens de perder peso.
- Avalie se paciente se sente pronto para mudança no estilo de vida e aconselhe sobre atividade física e alimentação saudável ↗ 17.
- Se disponível, encaminhe para equipe multiprofissional (nutricionista/educador físico) para avaliar dieta/plano alimentar e atividade física adequada.

**Reavale paciente em 6 meses ou se necessário.**



## Interprete resultados da HbA<sub>1c</sub> e glicemia de jejum em paciente com indicação de testar para diabetes com esses exames

Qual o resultado da HbA<sub>1c</sub> e glicemia de jejum?

HbA<sub>1c</sub> < 5,7 e  
glicemia de jejum  
< 110

HbA<sub>1c</sub> < 5,7 e  
glicemia de jejum  
110-125

HbA<sub>1c</sub> 5,7-6,4 e  
glicemia de jejum  
< 110

HbA<sub>1c</sub> 5,7-6,4 e  
glicemia de jejum  
110-125

HbA<sub>1c</sub> < 5,7 e  
glicemia de jejum  
≥ 126

HbA<sub>1c</sub> 5,7-6,4 e  
glicemia de jejum  
≥ 126

HbA<sub>1c</sub> ≥ 6,5 e  
glicemia de jejum  
110-125

HbA<sub>1c</sub> ≥ 6,5 e  
glicemia de jejum  
< 110

HbA<sub>1c</sub> ≥ 6,5 e  
glicemia de jejum  
≥ 126

### Paciente não tem diabetes

- Avalie e maneje RCV → 134.
- Repita rastreio para diabetes (decida qual teste fazer → 138) cada 3 anos.
- Se tem hipertensão ou DCV ou HIV ou usa antipsicótico atípico ou tem história prévia de tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada, repita rastreio para diabetes (decida qual teste fazer → 138) anualmente.

Repita glicemia de jejum e interprete resultado:

Glicemia de jejum < 110

Glicemia de jejum 110-125

Glicemia de jejum ≥ 126

### Risco aumentado para diabetes

- Avalie e maneje RCV → 134.
- Repita glicemia de jejum e HbA<sub>1c</sub> (juntos para coleta na mesma amostra) após 1 ano.

### Diagnóstique diabetes

- Se < 35 anos, considere **diabetes tipo 1**, discuta e ofereça cuidados de rotina para diabetes → 140.
- Se ≥ 35 anos, ofereça cuidados de rotina para diabetes → 140.

# Diabetes: cuidados de rotina

## Atenda com urgência paciente diabético com qualquer um dos seguintes:

- Dor no peito → 51
- Convulsões ↗ 31
- 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 excessiva/anormal
- Temperatura ≥ 38°C
- Desidratação: boca seca, turgor da pele diminuído, olhos fundos, PAS < 90, FC ≥ 100

## Se qualquer um dos acima, verifique glicemia capilar aleatória:

Glicose < 70 mg/dL

- Se alerta: dê **glicose<sup>1</sup>** via oral.
- Se diminuição da consciência, aplique **glicose 50% 25mL EV em 1-3min**. Se alcoolismo/malnutrição, aplique **tiamina<sup>2</sup> 100mg IM** antes da glicose.  
- Se alcoolismo ou desnutrição, aplique também **tiamina<sup>2</sup> 100mg IM** (se possível, antes de aplicar glicose).
- Verifique glicemia após 15 minutos: se ainda < 70, repita glicose oral ou EV.
- Dê comida ao paciente assim que puder comer com segurança.
- Identifique a causa e oriente sobre refeições/hipoglicemias ↗ 141. Se usa glibenclamida ou insulina, **revise** o tratamento.
- Se recuperação incompleta, **discuta/encaminhe** no mesmo dia e continue **glicose 5% 1L EV** cada 6 horas até remoção.

Glicose ≥ 200 mg/dL

- Aplique **cloreto de sódio 0,9% 20mL/Kg EV na primeira hora, então 10mL/Kg/hora EV** até encaminhamento. Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.
- **Discuta/encaminhe** com urgência.

## Avalie paciente com diabetes

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Maneje sintomas conforme página do sintoma. Pergunte sobre dor no peito ↗ 51 e dor na perna ↗ 83.
Planejamento familiar	Toda consulta	Avalie necessidades de contracepção ↗ 165. Se gestante ou planejando engravidar, <b>discuta</b> .
Depressão	No diagnóstico e se não controlada	No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↗ 154.
Álcool/drogas	No diagnóstico e se não controlada	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses <sup>3</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↗ 152.
IMC e circ. abd.	No diagnóstico e anual	Almeje IMC < 25 (se > 65 anos: < 27) e circunferência abdominal < 88cm (mulheres) e < 102cm (homens). Se IMC > 25, ↗ 137.
PA	Toda consulta	Se não tem HAS conhecida, interprete ↗ 143. Se HAS conhecida, considere meta de PA < 140/90 (se alto RCV: meta é < 130/80 <sup>4</sup> ) ↗ 144.
Olhos/visão	No diagnóstico, anual e se problemas visuais	Encaminhe para oftalmologista para avaliar acuidade visual e realizar fundoscopia.
Pés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visual: toda consulta</li> <li>• Abrangente: no diagnóstico, anual e se problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visual: procure úlcera, rachadura, calo, vermelhidão, calor, deformidade.</li> <li>• Abrangente: pulsos (se disponível, calcule ITB e se ≤ 0,9: <b>discuta/considere DAP</b> ↗ 151), reflexos, sensações nos dedos e pés.</li> <li>• Se úlcera(s) ↗ 93. Se outros sinais/sintomas nos pés ↗ 84. Se infecção grave ou outras anormalidades, <b>discuta</b>.</li> </ul>
Glicemia capilar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sintomas</li> <li>• Se ajustando insulina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aleatória ou em jejum &lt; 70mg/dL ou ≥ 200 mg/dL dê atenção urgente como acima.</li> <li>• Se ajustando insulina, faça/oriente medir por 3 dias consecutivos, calcule a média e interprete ↗ 142.</li> </ul>
HbA <sub>1c</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada 6 meses se HbA<sub>1c</sub> na meta</li> <li>• Cada 3 meses se HbA<sub>1c</sub> acima da meta ou depois de mudanças no tratamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Almeje meta de HbA<sub>1c</sub> ≤ 7%. Se &gt; 65 anos, expectativa de vida limitada, DCV<sup>5</sup>, hipoglicemias ou difícil controle: considere meta 7-7,9%.</li> <li>• Se HbA<sub>1c</sub> na meta: continue mesmo tratamento para diabetes.</li> <li>• Se HbA<sub>1c</sub> acima da meta: se boa adesão: intensifique tratamento ↗ 141. Se má adesão: edue/reforce adesão ↗ 18. Repita HbA<sub>1c</sub> após 3 meses.</li> </ul>

## Continue avaliando paciente com diabetes → 141

<sup>1</sup>Uma colher de sopa de açúcar (pode ser diluída em 1 copo de água ou esfregada dentro da boca) ou meio copo de suco/refrigerante com açúcar. <sup>2</sup>De acordo com apresentação disponível, aplique vitamina B1+B6+B12 (100mg + 100mg + 5000mcg) solução injetável 2mL. Se não disponível: aplique glicose, **discuta/encaminhe** com urgência para aplicação de tiamina assim que possível. <sup>3</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>4</sup>Se idoso frágil ↗ 23, **discuta** para individualizar meta da PA. <sup>5</sup>Historia atual/passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica.

### Continue avaliando paciente com diabetes

RAC (relação albumina/creatinina urinária <sup>1</sup> )	No diagnóstico e, se não usa IECA/BRA <sup>2</sup> , também anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se &gt; 30 mg/g, solicite PU e urocultura para excluir ITU/outras alterações (se PU com hemácias/leucócitos/outras alterações, discuta) e repita RAC duas vezes (em 3 e 6 meses). Se ≥ 2 exames com resultado &gt; 30 mg/g, <b>diagnosticue nefropatia diabética</b> e trate como abaixo.</li> </ul>
Creatinina (calcule TFG, use calculadora CKD-EPI 2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>No diagnóstico e anual</li> <li>Se TGF<sub>e</sub> &lt; 60: cada 3-6 meses</li> <li>Se &gt; 75 anos: 2 semanas após iniciar/aumentar IECA/BRA<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se TGF<sub>e</sub> &lt; 60, solicite PU (se PU com hemácias/leucócitos/outras alterações, discuta), repita creatinina (TGF<sub>e</sub>) em 3 meses e discuta/encaminhe para considerar <b>nefropatia diabética/doença renal crônica</b>.</li> <li>Se TGF<sub>e</sub> &lt; 30, discuta/encaminhe com prioridade, não inicie/pare metformina e considere não iniciar/parar IECA/BRA<sup>2</sup>, se havia sido indicado.</li> <li>Se TGF<sub>e</sub> com diminuição de &gt; 30% entre medidas: repita creatinina em 2 semanas e discuta para considerar parar IECA/BRA<sup>2</sup>, se em uso.</li> </ul>
Potássio sérico	Se usa IECA/BRA <sup>2</sup> : anual e, se > 75 anos, 2 semanas após iniciar/aumentar IECA/BRA <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se potássio ≥ 5,5: pare IECA/BRA<sup>2</sup> e discuta.</li> <li>Se potássio entre 5,0 e 5,4: repita/confirme imediatamente e discuta para reduzir dose de IECA/BRA<sup>2</sup>.</li> </ul>
RCV	1ª consulta e conforme resultado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicite CT, HDL e TG e avalie RCV → 134. Reavalia/repita conforme RCV (&lt; 10%, em 5 anos; 10-20%, em 1 ano; ≥ 20%, em 6 meses) e, se usa estatina, antes e 3 meses após iniciar/trocá-la, então anual. Interprete/maneje resultados → 136.</li> </ul>

### Aconselhe paciente com diabetes

- Oriente evitar açúcar e mel, usar adoçante artificial; reduzir carboidratos (arroz, macarrão, pão, batatas, outros); fazer refeições regularmente; perder peso; e parar de fumar. Se fuma, motive parar → 153.
- Ajude paciente manejá-la RCV → 136. Explique importância da adesão. Se má adesão → 18.
- Assegure-se de que paciente consegue reconhecer e manejá-la 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 manejá-la a causa: aumento de exercícios, esquece refeições, uso inapropriado de medicamentos hipoglicemiantes/insulina, uso de álcool, infecções.
- Eduque paciente cuidar de seus pés para prevenir úlceras e amputações → 84. Se usa/iniciando insulina, eduque sobre como usá-la → 142.

### Trate paciente com diabetes

- Prescreva vacina pneumocócica 23-v (2 doses em zero e 5 anos), influenza anual e COVID conforme recomendação vigente.
- Se tem DCV (IAM, AVC ou AIT prévio, angina ou doença arterial periférica), prescreva para **prevenção 2<sup>a</sup>**: **sinvastatina**<sup>3</sup> 40mg/noite e **AAS**<sup>4</sup> 100mg ao dia com comida (se alergia, dê **clopidogrel**<sup>4</sup> 75mg ao dia). Almeja LDL ≤ 77 ou não-HDLc<sup>5</sup> ≤ 100. Avalie/reavalie RCV como acima. Se fora da meta e boa adesão, intensifique tratamento → 136.
- Se não tem DCV mas tem alto RCV/RCV ≥ 20%, ajude paciente decidir sobre uso de estatinas<sup>6</sup> para **prevenção 1<sup>a</sup>** → 136. Se usa estatina<sup>6</sup>: almeja reduzir não-HDLc<sup>5</sup> basal > 40%. Avalie/reavalie RCV como acima. Se fora da meta e boa adesão, intensifique tratamento → 136.
- Se **nefropatia diabética** e não usa IECA/BRA<sup>2</sup>: prescreva **enalapril** 5mg ao dia (independente da PA), aumente 5mg/mês até 20mg ao dia ou até dose tolerada (não aumente/diminua se PAS < 100). Se enalapril não tolerado, prescreva ao invés **losartana** 25mg ao dia e aumente para 50mg ao dia após 1 mês (não aumente/diminua se PAS < 100). Não prescreva ambos se angioedema prévio ou gestação.
- Inicie medicamentos para baixar glicose seguindo os passos da tabela na próxima página.
  - Se HbA1c > 10% ou glicemia de jejum ≥ 300 mg/dL, discuta para considerar iniciar com insulina. insulina (passo 4) com ou sem outros medicamentos → 142.
  - Se HbA1c acima da meta após 3 meses com medicamento(s) na dose máxima (ou tolerada), adicione medicamento conforme próximo passo. Sempre confirme adesão antes de intensificar tratamento.

Passo	Medicamento	Dose inicial	Dose máxima	Observações
1	<b>Metformina (MTF)</b>	850-1.000mg cada 12 horas (1.700-2.000mg ao dia)	2.550mg ao dia, dividido em 2-3 doses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado se TGF<sub>e</sub> 30-45mL/min ou creatinina &gt; 1,5mg/dL, discuta. Não prescreva se TGF<sub>e</sub> &lt; 30.</li> <li>Inicie <b>metformina</b> 850mg uma vez ao dia, com café da manhã. Após 2 semana <b>aumente</b> para 850mg 2 vezes ao dia, com café da manhã e jantar.           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se HbA1c acima da meta após 3 meses e boa adesão, <b>aumente</b> para 850mg 3 vezes ao dia, com café da manhã, almoço e jantar.</li> </ul> </li> <li>Pode causar náuseas, diarreia, cólica abdominal/gases: oriente que são autolimitados e não deve parar metformina.</li> <li>- Se <b>efeitos colaterais intoleráveis</b>, <b>aumente</b> mais gradualmente ou considere <b>metformina de ação prolongada</b> (500mg):           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicie com 500mg uma vez ao dia, tomar com café da manhã. Cada 2 semanas, <b>aumente</b> para 500mg 2 vezes ao dia até 1.000mg 2 vezes ao dia (ou dose máxima tolerada), tomar com café da manhã e jantar. Se intolerância persistir, discuta para considerar parar metformina e seguir para passo 2.</li> </ul> </li> <li>Se HbA1c acima da meta após 3 meses com boa adesão e usa MTF em dose máxima/tolerada, mantenha MTF e adicione glibenclamida ou glicazida (passo 2).</li> </ul>

### Continue tratando paciente com diabetes → 142.

<sup>1</sup>Pode também solicitar como 'microalbumina na urina – amostra isolada'. <sup>2</sup>IECA: como enalapril ou captopril. BRA: como losartana. <sup>3</sup>Não prescreva sinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**. Se usa anlodipino, dê sinvastatina 20mg ao invés de 40mg; se já usa 40mg, mantenha e discuta. Não prescreva sinvastatina/outra estatina se gestante. <sup>4</sup>Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispesia, > 65 anos, uso de AINEs, corticoide, varfarina. <sup>5</sup>colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL. <sup>6</sup>Estatina: sinvastatina ou outras como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. Não prescreva se gestante.

### Continue tratando paciente com diabetes

Passo	Medicamento	Dose inicial	Dose máxima	Observações
2	Adicione <b>glibenclamida</b>	5mg ao dia	20mg ao dia, dividido em 2 doses (cada 12 horas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evite se profissão que hipoglicemias possa ser problema. Não prescreva se gestante, TFGe &lt; 30 ou doença hepática. Se TFGe 30-60, não prescreva glibenclamida: <b>discuta</b> e considere glicazida.</li> <li>Prescreva <b>glibenclamida</b> 5mg ou <b>gliclazida MR</b> 30mg no café da manhã. Se &gt; 60 anos/risco de hipoglicemias<sup>1</sup>, prefira gliclazida MR, se disponível. Mantenha MTF. Use glibenclamida ou gliclazida MR como primeira opção só se intolerância/contraindicação à MTF.</li> <li>Se tem como fazer glicemia capilar (GC), verifique cada 2-4 semanas e aumente dose se sem hipoglicemias/GC &gt; 70 e boa adesão; ou se não tem como fazer GC, aumente cada 3 meses se HbA1c acima da meta e boa adesão:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aumente</b> 5mg de glibenclamida ou 30mg de gliclazida MR cada 2-4 semanas até dose máxima ou tolerada.</li> <li>Se glibenclamida &gt; 10mg/dia, divida em 2 doses (cada 12 horas).</li> </ul> </li> <li>Oriente evitar perder refeições para evitar hipoglicemias. Assegure-se de que consegue reconhecer e manejar hipoglicemias ↗ 141.</li> <li>Se HbA1c acima da meta após 3 meses com boa adesão e usa MTF e/ou glibenclamida/gliclazida em dose máxima/tolerada, mantenha MTF e/ou glibenclamida e adicione dapaglifozina<sup>2</sup> (passo 3) se um dos seguintes:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade ≥ 40 anos com DCV estabelecida ou insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção &lt; 40%.</li> <li>- Homem ≥ 55 anos ou mulher ≥ 60 anos com hipertensão ou dislipidemia ou uso de tabaco.</li> </ul> </li> <li>Se <b>nenhum dos acima</b>, adicione insulina (passo 4).</li> </ul>
	ou <b>gliclazida MR</b> (liberação prolongada)	30mg	120mg ao dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se glibenclamida &gt; 10mg/dia, divida em 2 doses (cada 12 horas).</li> <li>Oriente evitar perder refeições para evitar hipoglicemias. Assegure-se de que consegue reconhecer e manejar hipoglicemias ↗ 141.</li> <li>Se HbA1c acima da meta após 3 meses com boa adesão e usa MTF e/ou glibenclamida/gliclazida em dose máxima/tolerada, mantenha MTF e/ou glibenclamida e adicione dapaglifozina<sup>2</sup> (passo 3) se um dos seguintes:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade ≥ 40 anos com DCV estabelecida ou insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção &lt; 40%.</li> <li>- Homem ≥ 55 anos ou mulher ≥ 60 anos com hipertensão ou dislipidemia ou uso de tabaco.</li> </ul> </li> <li>Se <b>nenhum dos acima</b>, adicione insulina (passo 4).</li> </ul>
3	Adicione <b>dapaglifozina<sup>2</sup></b>	10mg ao dia	10 mg ao dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não prescreva se usa corticoide oral/EV, gestante/amamentando ou TFGe &lt; 25-30. Se TFGe 30-45, <b>discuta</b>.</li> <li>Considere como primeira opção só se intolerância confirmada ou contraindicação à metformina e glibenclamida/glicazida.</li> <li>Prescreva <b>dapaglifozina</b> 10mg uma vez ao dia, com ou sem comida.</li> <li>Se HbA1c acima da meta após 3 meses com boa adesão e usa MTF e/ou glibenclamida/gliclazida e/ou dapaglifozina em dose máxima/tolerada, adicione passo insulina NPH (passo 4).</li> </ul>
4	Adicione <b>insulina NPH</b>	0,1-0,2 UI/kg ou 10UI subcutânea ao deitar para dormir	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se usa MTF e/ou dapaglifozina, continue. Se usa glibenclamida ou glicazida, <b>diminua</b> gradualmente até parar.</li> <li>Prescreva inicialmente <b>insulina NPH</b> 0,1-0,2 U/kg ou 10UI subcutânea. Oriente aplicar ao deitar para dormir (ou 22h).</li> <li>Oriente automonitoramento da glicemia capilar pela manhã em jejum diariamente e ajuste insulina NPH de acordo com a média de três glicemias consecutivas. Almeje glicemia entre 70-130 (se idoso frágil, <b>discuta</b> meta) e <b>ajuste</b> insulina NPH, se necessário, de acordo com glicemia em jejum (GJ):           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se &lt; 70, <b>reduza</b> dose diária em 4UI. Se entre 131-180, <b>aumente</b> dose diária em 2UI. Se &gt; 180, <b>aumente</b> em 4UI.</li> <li>- Se necessita &gt; 30UI de insulina NPH ao deitar para dormir/22h <b>divida</b> em 2 doses ao dia, com 2/3 aplicado pela manhã e 1/3 ao deitar para dormir/22h.</li> <li>- Se estável entre 70-130, solicite HbA1c em 3 meses e oriente que pode verificar GJ com menos frequência/parar de verificar.</li> </ul> </li> <li>Se glicemia capilar pela manhã em jejum na meta (entre 70-130) <b>mas HbA1C acima da meta após 3 meses com boa adesão</b>, oriente automonitoramento da glicemia capilar antes do almoço (AA), antes do jantar (AJ) e antes de deitar (AD) diariamente e <b>ajuste</b> insulina NPH ou <b>adicione/ajuste insulina R</b> de acordo com média de três glicemias consecutivas (ex: se nos últimos 3 dias os valores AA foram 180, 185 e 189, a média de AA é soma desses números/3 = 184):           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se glicemia AA &gt; 130 (ou &gt; 180, se &gt; 65 anos) <b>inicie/aumente</b> 2UI de insulina R antes do café da manhã.</li> <li>- Se glicemia AJ &lt; 70, reduza de 4UI de insulina NPH antes do café da manhã.</li> </ul> </li> <li>Se glicemia AA &lt; 70, <b>reduza</b> 2-4UI de insulina R antes do café da manhã.</li> <li>Se glicemia AJ &gt; 130 (ou &gt; 180, se &gt; 65 anos) e usa &lt; 1,0 UI/Kg de insulina NPH, <b>aumente</b> 4UI de insulina NPH antes do café da manhã.</li> <li>Se glicemia AJ &lt; 70, <b>reduza</b> 4UI de insulina NPH antes do café da manhã.</li> <li>Se glicemia AJ &gt; 130 (ou &gt; 180, se &gt; 65 anos) e usa &gt; 1,0 UI/Kg de insulina NPH, <b>inicie/aumente</b> 2UI de insulina regular antes do almoço.</li> <li>Se glicemia AJ &lt; 70, <b>reduza</b> de 2-4UI de insulina regular antes do almoço.</li> <li>Se glicemia AD &gt; 130 (ou &gt; 180, se &gt; 65 anos), <b>inicie/aumente</b> 2UI de insulina R antes do jantar.</li> <li>Se glicemia AD &lt; 70, <b>reduza</b> de 2-4UI de insulina R antes do jantar.</li> <li>Se HbA1c acima da meta após 3 meses com boa adesão e dose total diária de insulina NPH &gt; 1,0 UI/Kg ou usando insulina regular, <b>discuta/encaminhe</b>.</li> <li>Eduque sobre insulina: explique técnica, locais de injeção (abdome, coxas, parte superior dos braços), oriente armazenar na geladeira/local fresco e escuro, reconhecer/manejar hipoglicemias ou hiperglicemias, armazenar agulhas/seringas/lancetas e onde descartar (centro de saúde).</li> </ul>
	Adicione também, se necessário, <b>insulina regular (R)</b>	De acordo com a média de glicemias antes das refeições.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Se glicemia AA &lt; 70, <b>reduza</b> 2-4UI de insulina R antes do café da manhã.</li> <li>Se glicemia AJ &gt; 130 (ou &gt; 180, se &gt; 65 anos) e usa &lt; 1,0 UI/Kg de insulina NPH, <b>aumente</b> 4UI de insulina NPH antes do café da manhã.</li> <li>Se glicemia AJ &lt; 70, <b>reduza</b> 4UI de insulina NPH antes do café da manhã.</li> <li>Se glicemia AJ &gt; 130 (ou &gt; 180, se &gt; 65 anos) e usa &gt; 1,0 UI/Kg de insulina NPH, <b>inicie/aumente</b> 2UI de insulina regular antes do almoço.</li> <li>Se glicemia AJ &lt; 70, <b>reduza</b> de 2-4UI de insulina regular antes do almoço.</li> <li>Se glicemia AD &gt; 130 (ou &gt; 180, se &gt; 65 anos), <b>inicie/aumente</b> 2UI de insulina R antes do jantar.</li> <li>Se glicemia AD &lt; 70, <b>reduza</b> de 2-4UI de insulina R antes do jantar.</li> <li>Se HbA1c acima da meta após 3 meses com boa adesão e dose total diária de insulina NPH &gt; 1,0 UI/Kg ou usando insulina regular, <b>discuta/encaminhe</b>.</li> <li>Eduque sobre insulina: explique técnica, locais de injeção (abdome, coxas, parte superior dos braços), oriente armazenar na geladeira/local fresco e escuro, reconhecer/manejar hipoglicemias ou hiperglicemias, armazenar agulhas/seringas/lancetas e onde descartar (centro de saúde).</li> </ul>

**Reavale paciente cada 3 meses se HbA<sub>1c</sub> acima da meta ou cada 6 meses se estável/HbA<sub>1c</sub> na meta.**

<sup>1</sup>TFGe < 60, desnutrição, baixo peso, uso de medicamentos com risco de hipoglicemias, história de hipoglicemias graves.<sup>2</sup>História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. <sup>3</sup>Verifique protocolos locais para avaliar se critérios de uso da dapaglifozina sofreram alguma alteração ampliando as indicações de uso.

# Hipertensão: diagnóstico

## Verifique a Pressão Arterial (PA)

- Garanta que paciente está com bexiga vazia, que evitou cafeína, nicotina e exercícios por 30 minutos e que descansou por 5 minutos.
- Sente paciente com as pernas des cruzadas, costas apoiadas na cadeira e braço apoiado ao nível do coração. Evite falar durante medição.
- Coloque borda do manguito 2-3 cm acima da dobra do cotovelo. Use um manguito maior se circunferência do braço for > 34cm.
- Use dispositivo eletrônico automatizado, se disponível. Se não, use manguito manual com estetoscópio: pressão arterial sistólica (PAS) é o primeiro som ouvido, e a diastólica (PAD) é quando som desaparece.
- Verifique PA em ambos os braços e use braço com maior valor para aferição seguinte após 1-2 minutos. Use média das últimas 2 medidas para determinar PA do paciente.
- Se diferença > 15mmHg entre os braços, repita mais uma vez e, se confirmar, considere **suspeita de estenose/DAP de subclávia ou doença ateromatosa** e **discuta**.

## Atenda com urgência paciente com PA $\geq 180/120$ e um ou mais dos seguintes:

- Alterações visuais
- Tontura
- Confusão
- Dor de cabeça
- Dor no peito → 51
- Falta de ar que piora ao deitar ou com edema de MMII → 146.

- 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** → 148

### Maneje:

- Encaminhe com urgência.
- Enquanto aguarda remoção, **discuta** para considerar uso de medicamentos hipotensores (pois podem causar uma queda intensa na PA e AVC).

## Abordagem do(a) paciente que não necessita de atenção urgente

PA &lt; 130/80

PA 130/80 – 139/89

PA 140/90 – 179/109

PA  $\geq 180/110$ Paciente tem DCV<sup>1</sup>, DRC, IC ou DM com alto RCV?

Não

Sim

- Repita PA em pelo menos outras 2 ocasiões, sendo uma delas fora do consultório, em 1-4 semanas.
- **Não faça diagnóstico de hipertensão com apenas uma medida.**

Se 1 das medidas: PA < 140/90<sup>2</sup> ou < 130/80 se DCV<sup>1</sup>, DRC, IC ou DM com alto RCV.

Avalie RCV → 134 e decida quando repetir PA:

- Se PA < 129/84 e RCV < 10% e sem fatores de RCV<sup>3</sup>: em 5 anos.
- Se PA 130/85 – 139/89: em 1 ano.
- Se RCV > 10% ou tem fatores de RCV<sup>3</sup> ou ≥ 40 anos: em 1 ano.
- Se RCV > 20% (alto RCV): em 6 meses.

Se as 2 medidas: PA 140-159/90-99 ou 130-159/80-99 se DCV<sup>1</sup>, DRC, IC ou DM com alto RCV**Diagnóstique HAS Estágio 1**

Se as duas medidas: PA 160/100 - 179/109

**Diagnóstique HAS Estágio 2**

- Ofereça cuidados de rotina para hipertensão → 144.
- Se paciente com < 30 anos e IMC < 30 e sem história familiar de hipertensão, considere **hipertensão secundária** e **discuta** para solicitar investigação complementar.

PA confirmada  $\geq 180/110$ **Diagnóstique HAS Estágio 3**

Se não tiver feito: verifique se necessita de atenção urgente (vide acima).

<sup>1</sup>Historia atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica <sup>2</sup>Se medida fora do consultório é PA  $\geq 140/90$ , **discuta** e considere **hipertensão mascarada**. <sup>3</sup>Tabagismo (atual ou há < 1 ano), pai/irmão com morte por DCV/DCV prematura (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos) ou com hipercolesterolemia familiar, IMC > 25 (se > 65 anos: > 27), circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou > 102cm (homem), HAS, DM, HIV, transtorno mental grave, uso crônico de antipsicótico atípicos/corticoide, DRC (TFGe < 60), sinais clínicos de colesterol elevado.

# Hipertensão: cuidados de rotina

## Avalie paciente com hipertensão

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Pergunte sobre sintomas de insuficiência cardíaca ↪ 146, doença cardíaca isquêmica ↪ 149 ou derrame/AIT ↪ 148.
Álcool/drogas	No diagnóstico e se PA não controlada	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses <sup>1</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.
Adesão e uso de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No diagnóstico</li> <li>• Se PA não controlada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique interações medicamentosas: AINEs (como ibuprofeno), contraceptivos combinados, antidepressivos, descongestionantes (como pseudoefedrina), medicamentos fitoterápicos e para emagrecer podem aumentar a PA ou interagir com anti-hipertensivos. Considere <b>parar</b> ou <b>trocar</b>.</li> <li>• Se em medicamentos anti-hipertensivos, verifique adesão e pergunte sobre efeitos adversos ↪ 145. Se má adesão, ofereça apoio ↪ 18.</li> </ul>
PA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique 2 medidas cada consulta</li> <li>• Se início/ajuste de medicamento: na semana antes do retorno.</li> <li>• Para o método correto ↪ 143.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se início/ajuste de medicamento, oriente medir PA em 3-5 dias na semana antes do retorno (4 medidas/dia, sendo 2 medidas de manhã e 2 de tarde/noite, com 1 min entre elas e antes de tomar medicamento). Calcule média da PAS e PAD. Se controle discordante com PA do dia da consulta, <b>discuta</b>.</li> <li>• Se &lt; 140/90 (&lt; 130/80 se DCV<sup>2</sup>, DRC, IC ou DM e com alto RCV; &lt; 150/90 se ≥ 60 anos sem DM e RCV &lt; 20%): <b>PA controlada</b><sup>3</sup>, reavale em 6 meses.           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se PAS consistentemente ≤ 110, considere <b>reduzir</b> dose ou medicamentos.</li> </ul> </li> <li>• Se ≥ 140/90 (≥ 130/80 se DCV<sup>2</sup>, DRC, IC ou DM e com alto RCV; ≥ 150/90 se ≥ 60 anos sem DM e RCV &lt; 20%): <b>PA não controlada</b><sup>3</sup>, ajuste tratamento ↪ 145.</li> </ul>
IMC e circ. abd.	No diagnóstico e anual	Almeje IMC < 25 (se > 65 anos: < 27), e circunferência abdominal < 88cm (mulheres) e < 102cm (homens). Qualquer perda de peso é benéfica.
Pulso	No diagnóstico e anual	Se irregular, solicite <b>ECG</b> e <b>discuta/interprete</b> .
Ausculta cardíaca	Toda consulta	Se sopro diastólico/sistólico acentuado/holossistólico ou frêmito sistólico, solicite <b>ecocardiograma</b> . Se dúvidas, <b>discuta</b> .
Abdome	No diagnóstico	Se massa pulsátil, solicite <b>USG</b> e <b>discuta</b> para considerar avaliações adicionais.
Olhos para retinopatia	No diagnóstico e cada 1-2 anos se PA não controlada	Faça ou encaminhe para <b>fundoscopia</b> . Se estreitamento arteriolar, compressão arteriovenosa, hemorragias ou exsudados da retina, papiledema: provável <b>retinopatia</b> . Se provável retinopatia, problemas visuais ou catarata, encaminhe.
Diabetes	No diagnóstico, então anual	Se não tem diabetes conhecida, verifique qual teste fazer ↪ 138 e interprete ↪ 139. Se diabetes conhecida ↪ 140.
Creatinina (TFGe) e potássio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No diagnóstico e anual</li> <li>• Se &gt; 75 anos: 2 semanas após iniciar/aumentar IECA/BRA<sup>3</sup></li> <li>• Se em espironolactona: antes de iniciar, 2 semanas após iniciar/aumentar e então cada 6 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se TFGe &lt; 60, <b>discuta</b>.</li> <li>• Se TFGe ≤ 45, <b>discuta</b> e considere não iniciar/parar espironolactona, encaminhe com prioridade.</li> <li>• Se TFGe &lt; 30, <b>discuta/encaminhe</b> com prioridade e considere não iniciar/parar IECA (ex: enalapril)/BRA (ex: losartana) ou tiazídicos (ex: hidroclorotiazida).</li> <li>• Se TFGe com diminuição &gt; 30% entre as medidas: repita creatinina (TFGe) em 2 semanas e <b>discuta</b> parar IECA/BRA<sup>4</sup>.</li> <li>• Se potássio ≥ 4,5: não inicie/pare espironolactona e <b>discuta</b>.</li> <li>• Se potássio ≥ 5,0: repita/<b>confirme</b> imediatamente, <b>discuta</b> para reduzir dose de IECA/BRA<sup>4</sup>. Se potássio ≥ 5,5: pare IEAC/BRA<sup>4</sup>.</li> </ul>
Exame de urina	No diagnóstico e anual	Se proteinúria, verifique se tem leucocitúria. Se presente, <b>exclua</b> ITU. Se leucocitúria ausente e não tem ITU, solicite relação <b>albumina/creatinina urinárias (RAC)</b> . Se RAC aumentada, repita/ <b>confirme</b> e <b>discuta</b> . Se presença de glicose, rastreie diabetes ↪ 138.
RCV	1ª consulta e conforme resultado	Solicite CT, HDL e TG e avalie RCV ↪ 134. Reavalie/repita conforme RCV (< 10%, em 5 anos; 10-20%, em 1 ano; ≥ 20%, em 6 meses) e, se usa estatina, antes e 3 meses após iniciar/trocá-la, então anual. Interprete/maneje resultados ↪ 136.
ECG	No diagnóstico e anual se PA não controlada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sinais de hipertrofia ventricular esquerda, considere <b>insuficiência cardíaca</b> ↪ 146.</li> <li>• Se outras alterações ou pulso irregular com ECG normal, <b>discuta</b>.</li> </ul>

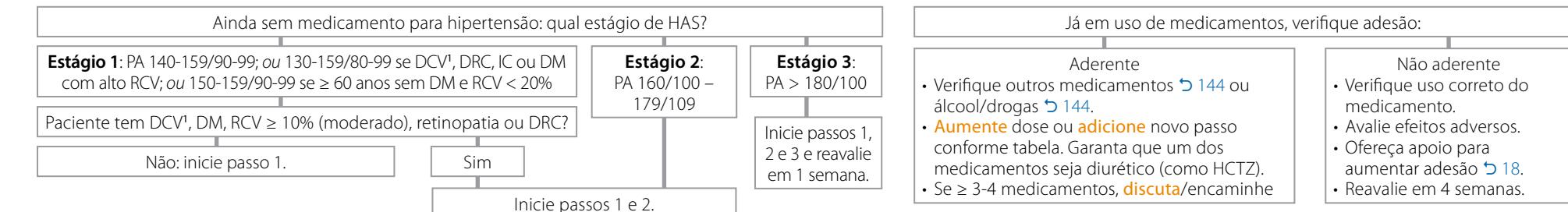
## Aconselhe paciente com hipertensão

- Oriente: restringir sal (≤ 1 colher de chá ao dia), fazer exercícios aeróbicos moderados (30 min de caminhada rápida pelo menos 5x/semana), perder peso e parar de fumar. Se fuma, motive parar ↪ 153.
- Explique importância da adesão e que o tratamento da hipertensão é por toda vida para prevenir derrame (AVC), problemas nos olhos, doença cardíaca e renal. Se má adesão ↪ 18.
- Oriente evitar AINEs (como o ibuprofeno), contraceptivos orais que contenham estrogênio ↪ 166. Se usa hidroclorotiazida, oriente evitar exposição solar das 10-15h, usar protetor solar e boné/guarda-sol.

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>História atual/passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. <sup>3</sup>Se idoso frágil ↪ 23, **discuta** para individualizar rmeta. <sup>4</sup>IECA: enalapril, BRA: losartana.

### Trate paciente com hipertensão

- Se **tem DCV<sup>1</sup>**, prescreva para **prevenção 2<sup>a</sup>**: **sinvastatina<sup>2</sup>** 40mg/noite e **AAS<sup>3</sup>** 100mg ao dia com comida (se alergia, dê **clopidogrel<sup>3</sup>** 75mg ao dia). Almeje LDL ≤ 77 ou não-HDLc<sup>4</sup> ≤ 100.  
- Avalie/reavalie RCV e se for da meta e boa adesão, intensifique tratamento ↪ 136.
- Se **não tem DCV mas tem alto RCV/RCV ≥ 20%**, ajude paciente decidir sobre uso de estatinas<sup>5</sup> para **prevenção 1<sup>a</sup>** ↪ 136. Se usa estatina<sup>5</sup>: almeje reduzir não-HDLc<sup>4</sup> basal > 40%.  
- Avalie/reavalie RCV ↪ 134. RCV e se for da meta e boa adesão, intensifique tratamento ↪ 136.
- Se **PA controlada** mantenha mesmo tratamento.  
- Se PA controlada ≥ 1 ano e RCV < 10%, considere reduzir/parar medicamento para HAS. Se parou, reavalie cada 30 dias por 6 meses, então cada 6 meses por 1 ano após parada.
- Se **PA não controlada** prescreva tratamento usando algoritmo e passos abaixo. Se iniciando ou ajustando medicamento, reavalie em 4 semanas (tempo para efeito pleno do medicamento):



Passo	Tratamento	Nota	Efeitos adversos
1	Maneje RCV	Apoie para mudança ↪ 17 e maneje fatores de RCV modificáveis ↪ 136 por 3 meses. Após 3 meses e se PA não controlada, adicione passo 2.	
	<b>Hidroclorotiazida (HCTZ)</b> 25mg/dia <sup>6</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tratamento de primeira escolha:</b> prescreva 25mg/dia<sup>6</sup> pela manhã.</li> <li>- Se DM, DRC, hipertrofia VE ou IC: inicie com enalapril (abaixo) ao invés de HCTZ e, se PA não controlada em 4 semanas, então adicione HCTZ.</li> <li>• Não prescreva se gestante, gota, TFGe &lt; 30 ou doença hepática grave. Evite se história atual/familiar de câncer de pele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tolerância diminuída à glicose, gota, alterações gastrointestinais.</li> <li>Risco de câncer de pele.</li> </ul>
2	<b>Enalapril</b> 10mg – 40mg/dia	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tratamento de primeira escolha se DM, DRC, hipertrofia VE ou IC:</b> inicie com 10mg/dia.</li> <li>• Se PA não controlada em 4 semanas, então adicione HCTZ 25mg/dia. Se já usa enalapril 10mg/dia e HCTZ, <b>aumente</b> para 20mg/dia.</li> <li>• Se já usa enalapril 20mg/dia, <b>aumente</b> para 20mg cada 12 horas. Se ainda não controlada, adicione passo 3.</li> <li>• Não prescreva se gestante/amamentando, angioedema prévio, TFGe &lt; 30. Não inicie se potássio ≥ 5, pare se ≥ 5,5.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tosse (substitua por <b>losartana</b> 50-100mg/dia), tontura. Se edema de língua, lábios, face, falta de ar: pare enalapril/losartana ↪ 46.</li> </ul>
3	<b>Anlodipino</b> 5-10mg/dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se PA não controlada nos passos 1 e 2 (também considere anlodipino se doença de Raynaud, <b>discuta</b>): inicie com 5mg à noite.</li> <li>• Se PA não controlada em 4 semanas, aumente para 10 mg/dia. Se ainda não controlada, adicione passo 4.</li> <li>• Não prescreva se IC descompensada. Se IC estável, <b>discuta</b>.</li> </ul>	Edema em tornozelo, tontura, rubor em face, dor de cabeça, fadiga.
4	<b>Espironolactona</b> 25mg/dia <sup>6</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se PA não controlada nos passos 1, 2 e 3 (ou medicamentos similares), em dose máxima/tolerada: inicie 25mg/dia. Não prescreva se gestante.</li> <li>• Se já usa espironolactona e PA não controlada após 4 semanas, <b>discuta</b>/encaminhe.</li> <li>• Monitore potássio (K) e TFGe antes de iniciar e após 2 semanas.</li> <li>- Se K ≥ 4,5 ou TFGe ≤ 45: não inicie/pare espironolactona e <b>discuta</b> para considerar ao invés carvedilol (passo 5).</li> </ul>	Ginecomastia.
5	<b>Carvedilol (CVL)</b> 6,25 - 25mg cada 12 horas, ou <b>propranolol (PPL)</b> 40 - 320mg cada 12h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se IC estável, CI, taquiarritmia ou contraindicação a espironolactona e PA não controlada: prescreva carvedilol 6,25mg cada 12 horas.</li> <li>- <b>Aumente</b> cada 4 semanas se PA não controlada, até 25mg (se &gt; 85Kg, 50mg) cada 12 horas.</li> <li>• Se não tem sinais de IC e tem tremor essencial, hipertireoidismo ou enxaqueca: prescreva ao invés propranolol 40mg cada 12 horas.</li> <li>- <b>Aumente</b> cada 4 semanas se PA não controlada, até 320mg cada 12 horas</li> <li>• Não prescreva nenhum dos dois se IC descompensada, DPOC/asma grave. Se FC &lt; 60 antes do tratamento: <b>discuta</b>.</li> <li>• Se DPOC/asma leve/moderada, não prescreva propranolol e <b>discuta</b> uso de carvedilol/alternativas.</li> </ul>	Sensação de apreensão torácica, fadiga, bradicardia, dor de cabeça, mãos/pés frios, impotência sexual, hipotensão ortostática.

**Reavalie paciente com PA não controlada cada 4 semanas e paciente com PA controlada cada 6 meses.**

<sup>1</sup>História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. <sup>2</sup>Não prescreva sinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**. Se usa anlodipino, dê sinvastatina 20mg ao invés de 40mg; se já usa 40mg, mantenha e **discuta**. Não prescreva sinvastatina/outra estatina se gestante. <sup>3</sup>Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispespia, > 65 anos ou uso de AINEs, corticoide, varfarina. <sup>4</sup>Colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL. <sup>5</sup>Estatina: sinvastatina ou outras como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. Não prescreva se gestante.

<sup>6</sup>Dose máxima considerada para manejo na atenção primária, **discuta**.

# Insuficiência cardíaca: cuidados de rotina

Paciente com insuficiência cardíaca tem edema dos membros inferiores e falta de ar que pioram ao deitar/ao esforços. **Confirme o diagnóstico, se dúvidas discuta/encaminhe.**

## Atenda com urgência paciente com insuficiência cardíaca e um ou mais dos seguintes:

- Dor no peito →51
- Confusão, diminuição da consciência, sonolência
- Piora rápida (últimos dias ou horas) dos sintomas (falta de ar ou edema nas pernas)
- PAS ≤ 90 ou ≥ 180
- FR ≥ 30 em repouso ou SaO<sub>2</sub> < 90%<sup>1</sup>
- Novos sibilos

### Maneje e encaminhe com urgência:

- Mantenha paciente sentado e se FR ≥ 30 em repouso ou SaO<sub>2</sub> < 90% ou falta de ar, aplique **oxigênio** via cânula nasal 1-6L/min para meta de SaO<sub>2</sub> 90-96% (se DPOC: 88-92%; se gestante: 92-95%).  
- Se 6L/min e fora do alvo/sem melhora da falta de ar, use máscara com reservatório e aumente até 15L/min.
- Se PAS > 90: aplique **furosemida** 40mg EV lentamente. Se paciente faz uso crônico de furosemida oral, aplique mesma dose diária de furosemida de forma EV (máximo de 160mg). Se não responder após 30 minutos, aplique dobro da dose inicial (dose máxima total de 600mg/dia). Se furosemida EV não disponível, dê por via oral.  
- Dê **dinitrato de isossorbida** 5mg sublingual mesmo se não tiver dor no peito. Repita cada 4 horas.  
- Se PAS ≥ 180: dê dose única de **captopril** 50mg.
- Se PAS < 90 e sem crepitações/sibilo, falta de ar e edema nas pernas: aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV em 30 min, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou crepitações pulmonares.

## Avalie paciente com insuficiência cardíaca

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Maneje sintomas conforme a página do síntoma. Se tosse ou falta de ar → 52. Encaminhe no mesmo dia se desmaio/apagões.
Sintomas de IC e classe funcional	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergunte sobre falta de ar, cansaço, palpitações ou dor no peito. Use classificação funcional para ajustar tratamento →147: - Se sem sintomas com atividade física rotineira, <b>classe I</b>. Se sintomas leves ao caminhar em ritmo moderado ou subir escada, <b>classe II</b>. Se sintomas intensos ao caminhar em ritmo lento/tomar banho/vestir-se, <b>classe III</b>. Se sintomas no repouso, <b>classe IV</b>.</li> </ul>
Planejamento familiar	Toda consulta	Avalie necessidades de contraceção → 165. Se gestante ou planejando engravidar, <b>discuta</b> .
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses <sup>1</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um → 152.
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 → 154.
Cuidados paliativos	No diagnóstico, se piorando	Se tratamento otimizado e mantém cansaço aos pequenos esforços <sup>2</sup> , ≥ 3 admissões últimos 6 meses (ou ≥ 1 se > 75 anos), ofereça cuidados paliativos. → 176.
Peso/Status hídrico	Toda consulta	Sobrecarga hídrica está presente se: peso maior em relação ao peso do paciente assintomático, crepitações pulmonares, distensão jugular, edema em pernas.
PA	Toda consulta	Se não tem HAS conhecida, interprete → 143. Se HAS, <b>discuta</b> para considerar meta PA < 130/80 <sup>3</sup> : ofereça cuidados de rotina → 144.
Pulsos	Toda consulta	Se irregular, solicite <b>ECG</b> e <b>discuta</b> . Se nova irregularidade de pulso, <b>discuta</b> e considere encaminhar no mesmo dia.
Creatinina (TFGe) e potássio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No diagnóstico e semestral</li> <li>• Se &gt; 75 anos: 2 semanas após iniciar/aumentar IECA/BRA<sup>4</sup></li> <li>• Se em spironolactona: antes de iniciar, 2 semanas após iniciar/aumentar, então cada 6 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se TFGe &lt; 60, <b>discuta</b>.</li> <li>• Se TFGe ≤ 45, <b>discuta</b> e considere não iniciar/parar spironolactona, encaminhe com prioridade.</li> <li>• Se TFGe &lt; 30, <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade e considere não iniciar/parar IECA/BRA<sup>4</sup> ou tiazídicos<sup>5</sup>.</li> <li>• Se TFGe com diminuição de &gt; 30% entre as medidas: repita creatinina (TFGe) em 2 semanas e <b>discuta</b> para considerar parar IECA/BRA<sup>4</sup>.</li> <li>• Se potássio ≥ 4,5: não inicie/pare spironolactona e <b>discuta</b>.</li> <li>• Se potássio ≥ 5,0: repita/<b>confirme</b> imediatamente, <b>discuta</b> para reduzir dose de IECA/BRA<sup>4</sup>. Se potássio ≥ 5,5: pare IECA/BRA<sup>4</sup>.</li> </ul>
RCV	1 <sup>a</sup> consulta e conforme resultado	Solicite CT, HDL e TG e avalie RCV → 134. Reavalie/repita conforme RCV (< 10%, em 5 anos; 10-20%, em 1 ano; ≥ 20%, em 6 meses) e, se usa estatina, antes e 3 meses após iniciar/trocar, então anual. Interprete/maneje resultados → 136.

## Continue avaliando paciente com insuficiência cardíaca →147

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>Caminhar devagar no terreno plano, arrumar a casa, dançar socialmente. <sup>3</sup>Se idoso frágil, **discuta** para individualizar meta da PA. <sup>4</sup>IECA: como enalapril ou captopril. BRA: como losartana. <sup>5</sup>Tiazídico: como hidroclortiazida.

## Avalie paciente com insuficiência cardíaca

Avalie	Quando avaliar	Observações
Outros testes	<ul style="list-style-type: none"> <li>No diagnóstico</li> <li>Se necessário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicite <b>ecocardiograma</b> no diagnóstico para avaliar fração de ejeção (FE) e repita só se piora progressiva do cansaço/falta de ar:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se FE &lt; 40%, considere <b>FE reduzida</b> (ICFER). Se FE entre 41-49%, <b>considere FE levemente reduzida</b>. Se FE ≥ 50%, considere <b>FE preservada</b> (ICFEP). Use FE para ajustar tratamento (vide abaixo).</li> </ul> </li> <li>Solicite no diagnóstico: <b>ECG, rx tórax, HMG, sódio, TSH, TGO, TGP, exame de urina</b> e rastreie DM ↪ 138.</li> <li>- Se sinais clínicos para o diagnósticos forem incertos ou se ecocardiograma com FE preservada (≥ 50%), solicite também <b>BNP</b> ou <b>NT-proBNP</b>.</li> <li><b>Discuta</b> para interpretar.</li> </ul>

## Aconselhe paciente com insuficiência cardíaca

- Explique que a adesão ao tratamento é importante mesmo se assintomático para melhorar funcionalidade e diminuir mortalidade. Oriente evitar AINEs (como ibuprofeno).
- Ajude paciente a manejar seu RCV ↪ 136. Se usa tabaco ↪ 153. Aconselhe atividade física, envolva equipe multiprofissional de apoio (se dor no peito/palpitações, parar e procurar atendimento).
- Oriente evitar adicionar sal à comida, consumir alimentos prontos/congelados (temperos, bolachas, sorvetes, caldos/molhos/sopas) e bacon/linguiça/salame/mortadela. Cuidado com consumo exagerado em eventos (como feijoadas, churrascos, festas de fim de ano). Se má adesão ao cuidados com alimentação, discuta/encaminhe para nutricionista.
- Aconselhe evitar consumo excessivo de líquidos e se possível monitorar peso diariamente/semanalmente. Se ganho ≥ 2kg em 3 dias, oriente procurar atendimento. Se diarreia/vômitos, aconselhe a não restringir ingesta hídrica e parar o uso dos diuréticos até 2 dias após diarreia/vômitos resolverem.

## Trate paciente com insuficiência cardíaca

- Prescreva vacina **pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos), **influenza** anual e **COVID** conforme recomendação vigente.
- Se **fração de ejeção preservada** (ICFEP / FE ≥ 50%) **encaminhe** para tratamento específico.
- Se **fração de ejeção levemente reduzida** (FE entre 41 a 49%), inicie os passos 1 e 2 e **encaminhe** para avaliação de tratamento específico.
- Se **fração de ejeção reduzida** (ICFER / FE < 40%): aplique passos 1 a 2 abaixo e, se mantém classe funcional II-IV<sup>1</sup>, aplique passo 3.
  - Se sobrecarga hídrica (peso maior em relação ao peso do paciente assintomático, crepitações pulmonares, distensão jugular, edema em pernas): aplique passo 4 e avalie necessidade de atenção urgente ↪ 146.
  - Se sobrecarga hídrica que não melhora com passo 4 ou se paciente no passo 3 e mantém classe funcional II-IV<sup>1</sup>, **discuta**/encaminhe com prioridade.
- Se paciente tem hipertensão e sem melhora apesar dos passos 1 e 2, **discuta** para ajustar tratamento anti-hipertensivo.

Passo	Medicamento	Dose inicial	Dose máxima	Observações
1	Prescreva <b>enalapril</b>	10mg cada 12 horas	20mg cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Dobre dose</b> cada 2 semanas. Objetive dose máxima tolerada. Se tosse: <b>substitua</b> por <b>losartana</b> 50-100mg ao dia.</li> <li>Não prescreva se gestante/amamentando, angioedema prévio, TFGe &lt; 30. Não inicie se potássio ≥ 5, pare se ≥ 5,5.</li> <li>Se angioedema (edema de língua, lábios, face, falta de ar) ↪ 52: pare enalapril /losartana e <b>discuta</b> opções terapêuticas.</li> </ul>
2	Prescreva <b>carvedilol</b>	3,125mg cada 12 horas	25mg (se > 85Kg, 50mg) cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicie quando já em uso de enalapril e sem edema (IC compensada). <b>Dobre dose</b> cada 2 semanas. Objetive dose máxima tolerada.</li> <li>Não inicie uso na descompensação de IC. Se já em uso durante descompensação, <b>reduza</b> dose em 50% ou <b>suspenda</b>.</li> <li>Não prescreva se DPOC/asma grave, doença vascular periférica ou FC &lt; 60.</li> <li>- Se FC &lt; 60 antes do tratamento ou DPOC/asma leve ou moderada: <b>discuta</b>.</li> </ul>
3	Adicione <b>espironolactona</b>	25mg ao dia	25mg <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicie se mantém classe funcional II-IV<sup>1</sup> e já aplicou os 2 passos acima. Não prescreva se gestante.</li> <li>Verifique potássio e TFGe antes de iniciar e 2 semanas após.</li> <li>- Se potássio ≥ 4,5 ou TFGe ≤ 45: não inicie/pare espironolactona e <b>discuta</b>.</li> </ul>
4	Adicione <b>furosemida</b>	20mg ao dia pela manhã	240mg/dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Use se sinais de congestão (edema de pernas, cansaço/falta de ar aos pequenos esforços<sup>3</sup>) ou classe funcional III ou IV<sup>1</sup>.</li> <li><b>Ajuste dose</b> conforme status hídrico: se sobrecarga hídrica<sup>4</sup>, objetivo perda de peso de 1kg/dia:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumente dose cada 2-3 dias até melhora. Se usa 20mg/dia, aumente para 40mg/dia, então 80mg/dia, se necessário.</li> <li>• Se em 80mg/dia aumente para 80mg de manhã e 80mg no almoço. Então, se necessário, acrescente mais uma dose de 80mg de tarde.</li> <li>• Se não responder em dose máxima, <b>discuta</b>/encaminhe.</li> </ul> </li> <li>- Após melhora, ajuste dose para manter peso que paciente apresenta sem sobrecarga hídrica<sup>4</sup>.</li> </ul>

<sup>1</sup>Classe II: sintomas leves ao caminhar em ritmo moderado ou subir escada. Classe III: sintomas intensos ao caminhar em ritmo lento/tomar banho/vestir-se. Classe IV: sintomas no repouso. <sup>2</sup>Dose máxima considerada para manejo na atenção primária, **discuta**. <sup>3</sup>Caminhar devagar no terreno plano, arrumar a casa, dançar socialmente. <sup>4</sup>Sobrecarga hídrica se: peso maior em relação ao peso do paciente assintomático, crepitações pulmonares, distensão jugular, edema nas pernas.

# Derrame (AVC): diagnóstico e cuidados de rotina

**Início súbito** de qualquer um dos seguintes sugere um derrame (AVC) ou um acidente isquêmico transitório (AIT), se sintomas melhoraram completamente em < 24h:

- Fraqueza ou dormência da face, braços ou pernas, especialmente se unilateral
- Visão borrada ou diminuída em um ou em ambos os olhos ou visão dupla
- Dificuldade em falar ou entender o que é dito
- Dificuldade em caminhar, tontura, perda de equilíbrio ou de coordenação

**Discuta/encaminhe para confirmar o diagnóstico de derrame (AVC).**

**Atenda e encaminhe com urgência paciente com novo derrame/AIT se < 4,5 horas do início dos sintomas (para considerar trombólise em unidade especializada em AVC, se disponível):**

- Se  $\text{SaO}_2 < 94\%$  ou  $\text{FC} > 30$ , aplique **oxigênio** via cânula nasal 1-6L/min para manter  $\text{SaO}_2 > 94\%$ .
- Verifique glicemias: se  $< 55\text{mg/dL}$  ↗ 29.
- Mantenha paciente sem nada pela boca/em jejum até avaliar deglutição.
- Aplique **cloreto de sódio 0,9% 1L EV** a cada 4-6 horas. Não prescreva fluidos com glicose/dextrose (glicose elevada pode piorar AVC).
- Se  $\text{PA} \geq 220/120$ , discuta com especialista/referência sobre necessidade de tratamento. Se PA elevada < 220/120, evite tratamento (pode piorar AVC).

## Avalie paciente com derrame/AIT

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Pergunte sobre sintomas de outro derrame/AIT, dor no peito ↗ 51 ou dor na perna ↗ 83. 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 ↗ 154.
Reabilitação	Toda consulta	Se problema de mobilidade, encaminhe fisioterapia. Se problema de deglutição, fala, tosse pós-alimentar ou saliva excessiva, encaminhe fonoaudiologia. Se má-nutrição ou IMC < 18,5 (se > 65 anos: < 22), encaminhe nutricionista. Se alteração da visão, encaminhe oftalmo. Encaminhe psicoterapia/terapia ocupacional para auto cuidado.
Cuidados paliativos	Toda consulta	Se piora da função física/mental ou dificuldade importante em engolir ou respirar, também ofereça cuidados paliativos ↗ 176.
PA	Toda consulta	Se não tem HAS conhecida, interprete ↗ 143. Se HAS <b>discuta</b> para considerar meta de PA < 130/80!: ofereça cuidados de rotina ↗ 144.
Ausc cardíaca/carotídea	Toda consulta	Se sopro cardíaco diástólico/sistólico acentuado/holossistólico ou frêmito sistólico, solicite <b>ecocardiograma</b> e <b>discuta</b> . Se sopro carotídeo, solicite <b>USG</b> e <b>discuta</b> .
Lesão por pressão	Se acamado/cadeirante	Avalie áreas comuns para lesão de pele (mudança de cor) e lesão por pressão. Se presentes ↗ 97.
Diabetes	No diagnóstico, então anual	Se não tem diabetes conhecida, verifique qual teste fazer ↗ 138 e interprete ↗ 139. Se diabetes conhecida ↗ 140.
RCV	1ª consulta e anual	Solicite CT, HDL e TG. Reavalie/repita antes de iniciar estatina <sup>2</sup> e 3 meses após iniciar/trocá-la, então anual. Interprete/maneje resultados e RCV ↗ 136.
ECG	No diagnóstico	Se alterado, <b>discuta</b> .

## Aconselhe paciente com derrame/AIT

- Aconselhe paciente a procurar atendimento médico imediato se sintomas retornarem. O tratamento rápido de um derrame/AIT pequeno pode reduzir o risco de um derrame (AVC) maior.
- Aconselhe/maneje fatores de RCV ↗ 136. Se fuma, motive parar ↗ 153. Se problemas de mobilidade, oriente como evitar quedas.
- Não prescreva contracepção com estrogênio, aconselhe outros métodos ↗ 165. Se tem < 55 anos (homem) ou < 65 anos (mulher), recomende avaliar RCV de parentes de 1º grau.

## Trate paciente com derrame/AIT

- Prescreva vacina **pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos), **Haemophilus influenzae tipo b** (dose única, se não fez na infância), **influenza** anual e **COVID** conforme recomendação vigente.
- Prescreva para **prevenção 2<sup>a</sup>: simvastatina<sup>3</sup> 40mg/noite e AAS<sup>4</sup> 100mg ao dia com comida** (se alergia, dê **clopidogrel<sup>4</sup> 75mg ao dia**). Almeje LDL ≤ 77 ou não-HDLc<sup>5</sup> basal ≤ 100. Avalie/reavalie RCV como acima. Se fora da meta e boa adesão, intensifique tratamento ↗ 136.

<sup>1</sup>Se idoso frágil, discuta para individualizar meta da PA. <sup>2</sup>Estatina: simvastatina ou outras como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. Não prescreva se gestante. <sup>3</sup>Não prescreva simvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir; considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**. Se usa anlodipino, dê simvastatina 20mg ao invés de 40mg; se já usa 40mg, mantenha e **discuta**. Não prescreva simvastatina/outra estatina se gestante. <sup>4</sup>Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispesia, > 65 anos, uso de AINEs, corticoide, varfarina. <sup>5</sup>Coletor não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL.

# Doença cardíaca isquêmica: avaliação inicial

Se dor no peito no momento do atendimento: inicie avaliação pela página de dor no peito, se ainda não tiver feito →51.

O paciente tem doença cardíaca isquêmica conhecida (ou angina<sup>1</sup>)?

Não

Sim

Dor/desconforto no peito atual ou prévio com qualquer um dos seguintes:

- Sensação de pressão, peso ou aperto em região central ou lado esquerdo do peito
- Irradiação para mandíbula, pescoço, braço(s)
- Pode estar associado com náuseas, vômitos, palidez, sudorese ou falta de ar

Não para todos

Dor no peito diferente da acima

Avalie outras causas de dor no peito →51.

Sim para qualquer um

- A dor/desconforto no peito é:
- Desencadeada por exercícios, esforço ou ansiedade e
  - Alivia com repouso e
  - Dura < 10 a 20 minutos

Sim para todos

- Provável angina estável**
- Confirme diagnóstico, solicite teste ergométrico (se paciente incapaz de realizar teste por problemas musculoesqueléticos, discuta).
  - Se não tiver feito, considere também outras causas de dor no peito →51.
  - Ofereça cuidados de rotina para doença isquêmica cardíaca (se paciente com alto RCV conhecido, DM, HAS, homem ≥ 55 anos ou mulher ≥ 65 anos: **não aguarde resultado do teste ergométrico para iniciar tratamento**. Se dúvidas, discuta) →150.

Dor/desconforto no peito atual com qualquer um dos seguintes:

- Ocorre em repouso ou com mínimo esforço ou
- Não alivia com repouso ou nitrato sublingual ou
- Dura ≥ 10 a 20 minutos ou
- Pior/maior duração que o usual ou
- Ocorre mais frequente que o usual

Sim para qualquer um

Não para todos

**Provável angina estável**

- Se não tiver feito, considere também outras causas de dor no peito →51.
- Ofereça cuidados de rotina para doença cardíaca isquêmica →150.

Não para qualquer um<sup>2</sup>

**Provável síndrome coronariana aguda (ataque cardíaco ou angina instável)**

**Encaminhe com urgência:** chame ajuda, peça para ligar SAMU 192. Se disponível, faça um ECG<sup>3</sup> nos primeiros 10 minutos. Inicie manejo imediatamente e discuta:

- Se SaO<sub>2</sub> < 90% ou falta de ar ou FR > 30, aplique oxigênio via cânula nasal 1-6L/min para manter SaO<sub>2</sub> entre 91-96% (se DPOC, 88-92%).  
- Se 6L/min e fora do alvo/sem melhora da falta de ar, use máscara com reservatório e aumente até 15L/min.
- Dê AAS<sup>4</sup> 300mg em dose única mastigado. Se alergia ao AAS, dê clopidogrel<sup>4</sup> 300 mg em dose única.
- Estabeleça acesso EV.
- Se PAS ≤ 90, discuta com especialista/referência. Se sem crepitações/sibilos pulmonares e sem edema nas pernas, aplique cloreto de sódio 0,9% 250mL EV em 30 minutos. Pare se piora/nova falta de ar ou novas crepitações pulmonares. Meça PA novamente: se ainda PAS ≤ 90, discuta.
- Se dor no peito atual e PAS > 90 (se PAS ≤ 90, discuta manejo):
  - Dê dinidrato de isossorbida sublingual 5mg cada 5 minutos até que dor alivie ou até máximo de 4 doses. Não prescreva se usou sildenafila/vardenafila nas últimas 24 horas ou tadalaflila nas últimas 48 horas.
  - Se dor persistente ou intensa ou contra-indicação ao uso de dinidrato de isossorbida: aplique morfina 4mg EV<sup>5</sup> lentamente. Se necessário, repita cada 5-15 minutos. Monitore PA, pare se PAS < 90.
  - Se PA > 180/130, discuta com especialista/referência.
- Se FC < 50 ou > 100, discuta com especialista/referência.

<sup>1</sup>Dor no peito causada por doença cardíaca isquêmica. <sup>2</sup>Se dor no peito que não é em aperto ou opressiva, é bem localizada, reproduzível à palpação e sem outros sinais/sintomas do quadro vermelho (da página de dor no peito) →51, discuta para considerar problema musculoesquelético. <sup>3</sup>ECG pode mostrar elevação/depressão de ST ou bloqueio de ramo esquerdo, mas um ECG normal não exclui diagnóstico de angina instável ou ataque cardíaco. <sup>4</sup>Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos, uso de AINEs, corticoide, varfarina. <sup>5</sup>Dilua 10mg de morfina em 9mL de cloreto de sódio 0,9% e dê 4mL.

# Doença cardíaca isquêmica: cuidados de rotina

## Avalie paciente com doença cardíaca isquêmica

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Faça avaliação inicial se não tiver feito ↪ 149. Também pergunte sobre dor na perna ↪ 83 e sintomas de AVC/AIT ↪ 148.
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 ↪ 154.
Cuidados paliativos	Cuidados paliativos	Se falta de ar/dor no peito ao repouso que não responde ao tratamento já no máximo, também ofereça cuidados paliativos ↪ 176.
PA	Toda consulta	Se <i>não tem</i> HAS conhecida, avalie ↪ 143. Se HAS conhecida, <b>discuta</b> para considerar meta de PA < 130/80 <sup>1</sup> : ofereça também cuidados de rotina para HAS ↪ 144.
Diabetes	No diagnóstico, então anual	Se <i>não tem</i> diabetes conhecida, verifique qual teste fazer ↪ 138 e interprete ↪ 139. Se diabetes conhecida ↪ 140.
RCV	1 <sup>a</sup> consulta e anual	Solicite CT, HDL e TG. Reavale/repete antes de iniciar estatina <sup>2</sup> e 3 meses após iniciar/trocá-la, então anual. Interprete/maneje resultados e RCV ↪ 136.

## Aconselhe paciente com doença cardíaca isquêmica

- Aconselhe/maneje fatores de RCV ↪ 136. Se fuma, motive parar ↪ 153. Se IAM, oriente que pode retornar atividade sexual 4 semanas após se sem sintomas. Se disponível, encaminhe para reabilitação cardíaca.
- Explique que nitratos não causam dependência e que nitratos sublinguais podem ser usados antes de uma atividade que pode provocar dor no peito.
- Enfatize importância da adesão aos medicamentos por toda vida para garantir sucesso do tratamento. Se má adesão, ofereça apoio ↪ 18. Garanta que sabe como usar nitroglósido sublingual como descrito abaixo.
- Oriente paciente evitar AINEs (como ibuprofeno, nimesulida, diclofenaco), pois eles podem precipitar dor no peito ou um ataque cardíaco.
- Se paciente tem < 55 anos (homem) ou < 65 anos (mulher), recomende avaliação do RCV dos pais de primeiro grau ↪ 134.

## Trate paciente com doença cardíaca isquêmica

- Prescreva vacina pneumocócica 23-v (2 doses em zero e 5 anos), *Haemophilus influenzae tipo b* (dose única, se não fez na infância), *influenza* anual e *COVID* conforme recomendação vigente.
- Prescreva para **prevenção 2<sup>a</sup>**: **sinvastatina**<sup>3</sup> 40mg/noite e **AAS**<sup>4</sup> 100mg ao dia com comida (se alergia, dê **clopídogrel**<sup>4</sup> 75mg ao dia). Se doença valvar ou fibrilação atrial, **discuta/encaminhe** para substituir AAS/clopídogrel por varfarina. Almeje LDL ≤ 77 ou não-HDL basal<sup>5</sup> ≤ 100. Avalie/reavale RCV como acima. Se fora da meta e boa adesão, intensifique tratamento ↪ 136.  
- Após evento agudo (síndrome coronariana) ou intervenção coronariana/carotídea (ex. stent), continue AAS e dê também **clopídogrel**<sup>4</sup> 75mg ao dia. **Discuta** para decidir quando parar.
- Prescreva **atenolol** 50mg ao dia mesmo se sem angina. Almeje FC = 50-60 bpm. Se necessário, **aumente** até 100mg ao dia (consulte tabela abaixo).
- Se paciente tem **HAS, DM, DRC ou IC (disfunção sistólica)**: prescreva **enalapril** 5mg cada 12 horas e **aumente** lentamente até 10mg cada 12 horas. Se enalapril não for tolerado (tosse como efeito adverso) prescreva ao invés **losartana** 50-100mg/dia. Não prescreva enalapril/losartana se angioedema prévio, gestante/amamentando.
- Se paciente tem **angina estável**: trate usando medicamentos de forma gradual como tabela abaixo. Se desconforto/dor no peito (angina) controlada, continuar mesmo medicamento e dose. Se angina persistir 4 semanas após iniciar/mudar medicamento, aumente para dose máxima, e então adicione próximo passo. Confirme adesão antes de intensificar tratamento.

Passo	Medicamento	Dose inicial	Dose máxima	Observações
1	<b>Dinitrato de isossorbida</b> se angina/antes de esforços e <b>Atenolol (ATL)</b>	5mg SL se angina ou antes de exacerbação	3 doses de 5mg em 1 episódio de angina	Se angina, pare qualquer atividade e tome 1 <sup>a</sup> dose. Se angina persistir, tome até 2 doses adicionais cada 5min. Se não melhorar 5 min após 3 <sup>º</sup> dose, procurar atendimento urgente. Não tomar se usou sildenafila/vardenafila há < 24h ou tadalafila há < 48 horas.
		50mg ao dia	100mg ao dia	Se IC ↪ 146 ou necessita para controlar PA (como 4 <sup>a</sup> ou 5 <sup>a</sup> droga), dê ao invés <b>carvedilol (CVL)</b> 6,25mg cada 12 horas até 25mg (se > 85Kg, 50mg) cada 12 horas. Não prescreva CVL se DPOC/asma leve/moderada: <b>discuta</b> . Não prescreva ATL/CVL se DPOC/asma grave/descontrolada, IC descompensada, FC < 50 antes do tratamento, PAS < 100: <b>discuta</b> . Se DPOC/asma grave/descontrolada ou efeitos adversos (apreensão torácica, fadiga, bradicardia, dor de cabeça, mãos/pés frios, impotência) intoleráveis, dê ao invés anlodipino.
2	<b>Anlodipino</b>	5mg pela manhã	10mg ao dia	Não prescreva se IC descompensada. Se IC estável, <b>discuta</b> . Se efeitos adversos (edema em tornozelo, tontura, rubor em face, dor de cabeça, fadiga): oriente que geralmente são autolimitados. Se não toleráveis: <b>discuta</b> .
3	<b>Mononitr. de isossorbida</b>	20mg cada 12 horas	40mg cada 12 horas	Não precreva se glaucoma de ângulo fechado. Não usar com sildenafila, tadalafil ou valdernafila (risco de hipotensão grave).

**Discuta/encaminhe** se angina persiste/interfere nas atividades cotidianas apesar do tratamento

<sup>1</sup>Se idoso frágil, **discuta** para individualizar meta da PA. <sup>2</sup>Estatina: sinvastatina ou outras como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. Não prescreva se gestante. <sup>3</sup>Não prescreva sinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**. Se usa anlodipino, dê sinvastatina 20mg ao invés de 40mg; se já usa 40mg, mantenha e **discuta**. Não prescreva sinvastatina/outra estatina se gestante. <sup>4</sup>Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispesia, > 65 anos, uso de AINEs, corticoide, varfarina. <sup>5</sup>Coletor não-HDL (não-HDLC) = colesterol total menos HDL.

# Doença Arterial Periférica (DAP): diagnóstico e cuidados de rotina

- Doença arterial periférica é caracterizada por claudicação: dor muscular (tipo cãibras) ao caminhar/exercitar-se, 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.
- Se disponível, calcule **índice tornozelo-braquial (ITB)**. Se ITB ≤ 0,9: **confirme** diagnóstico de DAP. Se ITB não disponível ou dúvidas, **discuta**/encaminhe.

## Atenda com urgência 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 PAS ≤ 90: provável **ruptura de aneurisma de aorta abdominal**.

**Maneje e encaminhe com urgência** (se provável **isquemia crítica de membro**, **discuta** mesmo dia com especialista/referência para decidir se encaminha no mesmo dia):

- Se provável **ruptura de aneurisma de aorta abdominal**: não aplique fluidos EV mesmo se PAS ≤ 90 (aumentar a pressão arterial pode piorar a ruptura).

## Avalie paciente com doença arterial periférica

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Pergunte sobre dor no peito ↗ 51 e sintomas de derrame/AIT ↗ 148. Registre a distância de caminhada até início da claudicação.
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 ↗ 154.
Cuidados paliativos	Se necessário	Se sintomas intensos/não melhora com tratamento e sem possibilidade de cirurgia, também ofereça cuidados paliativos ↗ 176.
PA	Toda consulta	Se <i>não tem</i> HAS conhecida, interprete ↗ 143. Se HAS conhecida: ofereça também cuidados de rotina para HAS ↗ 144.
Pernas e pés	Toda consulta	Avalie dor, pulsos, sensações, deformidades, problemas de pele. Dê orientações de rastreio/cuidado dos pés ↗ 84. Se úlcera em perna que não cicatriza ↗ 93.
Abdome	Toda consulta	Se palpar massa pulsátil, investigue aneurisma da aorta abdominal: solicite <b>USG</b> e <b>discuta</b> . Se dor abdominal/nas costas ou PAS ≤ 90, encaminhe com urgência.
Diabetes	No diagnóstico, então anual	Se não tem diabetes conhecida, verifique qual teste fazer ↗ 138 e interprete ↗ 139. Se diabetes conhecida ↗ 140.
RCV	1ª consulta e anual	Solicite CT, HDL e TG. Reavalie/repita antes de iniciar estatina <sup>1</sup> e 3 meses após iniciar/trocá-la, então anual. Interprete/maneje resultados e RCV ↗ 136.

## Aconselhe paciente com doença arterial periférica

- Aconselhe/maneje fatores de RCV ↗ 136. Se fuma, motive parar ↗ 153.
- Oriente a manter pernas aquecidas e abaixo do nível do coração (especialmente à noite), e evite medicamentos descongestionantes que façam vasoconstrição.
- 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 paciente tem < 55 anos (homem) ou < 65 anos (mulher), recomende avaliação do RCV dos parentes de primeiro grau ↗ 134.

## Trate paciente com doença arterial periférica

- Oriente exercícios (como caminhadas em passos rápidos) por 30 minutos pelo menos 3x/semana (ideal todo dia). Oriente paciente parar e descansar se claudicação. Não usar meias de compressão.
- Prescreva para **prevenção 2<sup>a</sup>: simvastatina**<sup>2</sup> 40mg/noite e **AAS**<sup>3</sup> 100mg ao dia com comida (se alergia, dê **clopidoogrel**<sup>3</sup> 75mg ao dia). Se doença valvar ou fibrilação atrial, **discuta**/encaminhe para substituir AAS/clopidogrel por varfarina. Almeje LDL ≤ 77 ou não-HDLc<sup>4</sup> basal ≤ 100. Avalie/reavalie RCV como acima. Se fora da meta e boa adesão, intensifique tratamento ↗ 136.
- Reavalie paciente com doença arterial periférica cada 3 meses até estável (suportando atividades cotidianas e com PA, glicemia e dislipidemia controladas), então cada 6-12 meses.
- Discuta/encaminhe** se mantém sintomas apesar de aderente ao tratamento, exercícios e às modificações de estilo de vida, dor ao repouso ou se úlcera/ferida que não cicatriza.

<sup>1</sup>Estatina: simvastatina ou outras como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. Não prescreva se gestante. <sup>2</sup>Não prescreva simvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**. Se usa anlodipino, dê simvastatina 20mg ao invés de 40mg; se já usa 40mg, mantenha e **discuta**. Não prescreva simvastatina/outra estatina se gestante. <sup>3</sup>Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos, uso de AINEs, corticoide, varfarina. <sup>4</sup>Colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL.

# 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 ↗ 153.

## Avalie paciente com uso arriscado de álcool ou outra droga

Avalie	Observações
Sintomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se parou/reduziu e está com inquietação, agitação, dificuldades para dormir, confusão, ansiedade, alucinações, sudorese, tremores, dor de cabeça ou náusea/vômitos, trate provável <b>abstinência</b> ↗ 104.</li> <li>Se agressivo/violento ou comportamento descontrolado ↗ 103.</li> <li>Pergunte sobre pensamentos ou planos de suicídio. Se paciente tem pensamentos ou planos de suicídio ↗ 101.</li> </ul>
Riscos/danos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beber &gt; 14 doses<sup>1</sup>/semana ou ≥ 4 doses<sup>1</sup>/sessão, aumenta risco de dano e dependência.</li> <li>Uso é <b>nocivo</b> se causa danos físicos (ferimentos, problemas de fígado e estômago), mentais, sociais (relações, legais ou financeiros) ou leva a comportamentos de risco (sexo desprotegido).</li> </ul>
Dependência	Paciente tem <b>dependência</b> se ≥ 3 de: necessidade intensa de uso; dificuldade de controlar uso; abstinência ao parar/reduzir; tolerância (necessita mais); negligencia 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 está em situação de violência ↗ 106.
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 ↗ 154.

## Aconselhe paciente com uso arriscado de álcool ou outra droga

- Avalie e maneje estresse ↗ 105.
- 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 paciente procure suporte de amigos e parentes próximos que não usam álcool/drogas ou grupo de suporte. Considere encaminhar equipe multiprofissional de apoio.
- Converse sobre prejuízos/riscos percebidos do uso. Permita que decida por si sobre parar/reduzir. Incentive retornar se ainda não estiver pronto. Apoie paciente para mudança ↗ 17.

### Uso arriscado de álcool sem dependência

- Se gestante, uso nocivo, dependência prévia ou contraindicação (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 nenhum dos acima e paciente escolhe continuar uso, oriente uso de baixo risco: ≤ 2 doses<sup>1</sup>/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 abstinência podem ser danosos.
- Desintoxicação (abaixo) vai desmamar o corpo de álcool/drogas de forma segura .

## Trate paciente com dependência ao álcool/outra(s) droga(s) com a ajuda de um cuidador

- Encaminhe para desintoxicação se: abstinência com delirium/convulsões , falha em desintoxicação prévia, gestante, transtorno mental grave ou não controlado, sem-teto/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"> <li>Prescreva <b>tiamina</b> 300mg oral ao dia por 14 dias. Se paciente está malnutrido ou em más condições prescreva <b>tiamina</b> 100mg IM ao dia por 3 dias, então oral.</li> <li>Dê <b>diazepam<sup>2</sup></b> oral: Dia 1: 10mg cada 6 horas. Dia 2-3: 5–10mg cada 8 horas. Dia 4: 5mg cada 12 horas. Então reduza para parar no dia 5 e 6. Se mantém sintomas apesar do uso, <b>discuta</b>.</li> </ul>
Droga estimulante/cannabis	Se ansiedade, inquietação, irritabilidade ou insônia, considere <b>diazepam<sup>2</sup></b> oral: Dia 1: 5mg a cada 8 horas. Dia 2: 5mg a cada 12 horas. Dia 3: 5mg à noite. Monitore depressão e psicose.
Benzodiazepínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evite suspensão súbita de benzodiazepínicos. Reduza a dose muito gradualmente, retirada pode levar meses.</li> <li><b>Substitua benzodiazepíncio atual por dose equivalente de diazepam. Consulte calculadora/tabela de equivalência.</b> <b>Reduza</b> diazepam em 2-2,5mg cada 2 semanas. Se sintomas ocorrerem, continue ou <b>aumente</b> dose por mais 2 semanas. Uma vez que esteja usando 20% da dose inicial, <b>diminua</b> em 0,5-2mg cada semana.</li> </ul>

**Se em desintoxicação ambulatorial, reavale diariamente até estável. Oriente retornar imediatamente se qualquer problema. Pare desintoxicação se paciente retomar uso de álcool/drogas.**

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>Se > 60 anos ou < 60kg inicie com 5mg/noite e aumente gradualmente até dose efetiva/tolerada e máximo de 60mg/dia.

# Uso de tabaco

## Avalie paciente que usa tabaco ou que parou recentemente

Avalie	Quando avaliar	Observação
Sintomas	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pergunte sobre sintomas que podem sugerir câncer: tosse/falta de ar ↪ 52, sintomas urinários ↪ 78 ou perda de peso ↪ 35.</li> <li>Pergunte sobre dor no peito ↪ 51, dor na perna ↪ 83, início súbito de: fraqueza assimétrica da face, braço ou perna; dormência, dificuldade na fala ou alteração visual ↪ 148.</li> </ul>
Uso	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pergunte sobre número de cigarros/pods/vape/narguile por dia, atividades associadas ao fumo e tentativas prévias de parar (o que ajudou, por quê falhou/recaiu).</li> <li>Se parou recentemente, parabenize e ajude evitar recaída: reforce riscos/benefícios, pergunte desafios que encontrou e aconselhe como abaixo.</li> </ul>
Estressores	Todas as consultas	Ajude identificar estressores domésticos, sociais e no trabalho que contribuem com o fumo. Se humor deprimido, estresse ou ansiedade ↪ 105.
DPOC	No diagnóstico	Se tosse, chiado no peito, dificuldade para respirar ou falta de ar quando caminha rápido/sobe inclinação, descarte DPOC ↪ 131. Se DPOC conhecido ↪ 133.
RCV	No diagnóstico	Avalie e maneje o RCV ↪ 134.

## Aconselhe paciente que usa tabaco ou que parou recentemente

- Pergunte se paciente está disposto a conversar sobre o seu hábito de fumar. Para dicas de como comunicar-se efetivamente ↪ 16. Apoio para mudança ↪ 17.
- Oriente paciente que parar de fumar é a ação mais importante que pode fazer para melhorar sua saúde, qualidade de vida e aumentar sua expectativa de vida.
- Eduque 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, IAM, AVC/AIT, DPOC, câncer, piora asma), coabitante (câncer de pulmão, doença cardíaca) e criança/gestação (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 a encontrar possíveis soluções.
- Pergunte se paciente está pronto para parar de fumar no próximo mês. Se não estiver pronto para parar, incentive retornar para consulta ou grupo quando decidir parar.

### Se paciente está pronto para parar no próximo mês ou parou recentemente:

- Ajude com plano: escolha data para parar, procure ajuda de familiar/amigo/grupo de tabagismo, se disponível, e evite situações associadas ao fumo e descarte cigarros/isqueiros/cinzeiros.
- Ajude manejar fissura: postergue o quanto conseguir, respire profunda e lentamente (repita 10 vezes), beba água, distraia-se (leia, caminhe, ouça música).
- Eduque sobre sintomas de abstinência: aumento de apetite, alterações de humor, dificuldade para dormir/concentrar-se, irritabilidade, ansiedade, inquietação. Deve melhorar após 2-4 semanas.

## Trate paciente que fuma tabaco e está pronto para parar

- Oriente como acima, prescreva medicamentos e considere encaminhar para psicologia/aconselhamento (individual ou grupo) especialmente se depressão/abuso de álcool.
- Combine adesivo com goma ou com bupropiona/nortriptilina. Ajude escolher com base na preferência, efeitos adversos e uso prévio. Se gravidez ou amamentação, discuta opções.

Medicamento	Dose	Observações
Goma de nicotina	Inicie 4mg (se ≥ 20 cigarros/dia) ou 2mg (se < 20 cigarros/dia) a cada 1-2 h ou se necessário e então diminua gradualmente após 6 semanas. Máximo 30mg/dia. Use por 12 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Não prescreva se doença cardíaca instável, IAM recente, úlcera péptica. Efeitos adversos: irritação bucal, dor mandibular, azia, náuseas.</li> </ul>
Adesivo de nicotina	Inicie 21mg ao dia (se ≥ 10 cigarros/dia) ou 14mg ao dia (se < 10 cigarros/dia). Diminua em 7mg a cada 4 semanas. Use por 12 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicie na data que paciente escolher para parar de fumar. Aplique novo adesivo diariamente (imediatamente após remover um) em pele limpa, seca e sem pelos. Revele o local de aplicação (tronco, braço). Evite exposição solar.</li> <li>Evite se doença cardíaca instável, IAM recente, doença de pele. Efeitos adversos: irritação da pele, dificuldades de dormir, sonhos lúidos.</li> </ul>
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.

Pare medicamentos após 4 semanas se continua fumando.

Reavalie semanalmente por 1 mês, mensalmente por 3 meses, então em 6 meses. Se não conseguiu parar, discuta alternativas.

# 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

**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 desvalor
- Concentração reduzida ou indecisão
- Agitação visível ou inquietação ou falante ou anda mais lento do que usual
- Idéias ou atos de autoagressão ou suicídio

Não

Sim: paciente tem dificuldades para realizar trabalho habitual, atividades sociais ou domésticas?

Sim

**Exclua anemia**  
Se palidez,  
considere anemia  
[↳ 41](#)

**Exclua doença da tireoide**  
Se ganho de peso inexplicado,  
pele seca, nova/piora da  
constipação, intolerância ao  
frio: solicite **TSH** e **interprete**.

**Avalie abuso de substâncias**  
No último ano: 1) bebeu  $\geq 4$  doses<sup>1</sup>/vez,  
2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de  
medicamentos com/sem prescrição? se  
sim para qualquer um [↳ 152](#).

**Avalie efeito adverso de medicamento**  
**Revise** medicamentos: prednisona,  
efavirenz, propranolol, metoclopramida,  
teofilina e contraceptivos podem causar  
depressão. **Discuta com psiquiatra**.

Não  
Continue avaliando e manejando  
**estresse/tristeza** [→ 105](#).

Um ou  
mais dos  
acima

Sim

**Discuta**  
opções  
de  
manejo.

**Discuta/**  
encaminhe  
no mesmo  
dia para  
considerar  
**depressão**  
**grave com**  
**sintomas**  
**psicóticos**.

Nenhum dos acima: paciente tem sintomas psicóticos<sup>2</sup>?

Não: paciente tem diagnóstico prévio de transtorno bipolar ou já teve 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**  
e se paciente já  
usuou estabilizador  
de humor, avalie se  
há contraindicação e  
reinicie.

Não: paciente teve depressão no passado?

Sim

Considere **estresse/tristeza** [→ 105](#).

**Diagnostique** **depressão** [→ 154](#).

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>Sintomas 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).

# Depressão e/ou ansiedade generalizada: cuidados de rotina

Avalie paciente com depressão e/ou ansiedade generalizada		
Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalie sintomas de depressão e ansiedade.</li> <li>- Se em tratamento otimizado (medicamento em dose máxima/tolerada) ↪ 156 por pelo 8-12 semanas e não melhorar ou piorar, <b>discuta</b>/encaminhe para considerar outros diagnósticos.</li> <li>• Maneje sintomas conforme a página do sintoma.</li> </ul>
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 ↪ 101.
Mania	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se anormalmente feliz, com diminuição do sono, aumento desproporcional da energia/autoestima, falante, irritado ou com comportamento impulsivo/imprudentes ou sexualidade exacerbada.</li> <li>- Se iniciou/aumentou dose de antidepressivo nos últimos dias, <b>suspenda/diminua</b> antidepressivo e <b>discuta</b> para considerar <b>mania/transtorno bipolar</b>.</li> <li>- Se sintomas &gt; 1 semana ou interferem nas atividades de vida diária, prescreva <b>diazepam</b> 5-10 mg ao dia por até 2 a 4 semanas. Diminua gradualmente assim que sintomas melhorarem.</li> </ul>
Ansiedade	No diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 <b>transtorno de ansiedade generalizado</b>.</li> <li>• Se ansiedade é induzida por situação/objeto específico (<b>fobia</b>) ou medo súbito repetitivo com sintoma físico e sem causa aparente (<b>pânico</b>), <b>discuta</b>/encaminhe.</li> <li>• Se evento traumático com ≥ 3 dos seguintes por &gt; 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 <b>transtorno de estresse pós-traumático</b>, <b>discuta</b>.</li> </ul>
Demência	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 <b>demência</b> ↪ 160.
Uso álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses <sup>1</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.
Efeitos adversos	Toda consulta	Pergunte sobre efeitos adversos de medicamentos antidepressivos ↪ 156.
Estressores	Toda consulta	Ajude identificar fatores domésticos, sociais e do trabalho que contribuem para depressão ou ansiedade. Se violência sexual ↪ 106. Se luto recente ↪ 105.
Planejamento familiar	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discuta necessidades de contracepção do paciente ↪ 165.</li> <li>• Se gravidez ou amamentação, <b>discuta riscos</b>: 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, <b>discuta</b>.</li> </ul>

Aconselhe paciente com depressão e/ou ansiedade generalizada →156.

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

### Aconselhe 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 sinta bem. Oriente que provavelmente será tratado por pelo menos 9 meses e que o medicamento não causa dependência. Oriente não parar abruptamente.
- Se má adesão, ofereça apoio para aumentar adesão ↪ 18.
- Ajude paciente a escolher estratégias para conseguir ajuda e lidar com a depressão:

#### Durma o suficiente

Se dificuldades para dormir ↪ 107.



#### Incentive o paciente a tirar um tempo para relaxar:



Passe 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 ↪ 188.

#### Limite ou pare álcool/drogas

Evite álcool até melhora do humor. Então limite para ≤ 2 doses<sup>1</sup>/ dia e evite beber pelos menos 2 dias/semana. Evite drogas.



### Trate 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 ↪ 188.
- Prescreva um medicamento da tabela abaixo: escolha com base no padrão de sintomas do paciente, perfil de efeitos adverso, interações medicamentosas e eficácia de tratamentos antidepressivos prévios.
  - Discuta com paciente possíveis benefícios do uso de medicamentos para depressão e ansiedade generalizada. Respeite decisão dele(a) se não quiser usar.
  - Se ansiedade generalizada ou sintomas de ansiedade<sup>1</sup> ao iniciar tratamento, associe diazepam 5-10mg 1-4x/dia se necessário, por até 10 dias. Evite se faz uso arriscado de outras substâncias.
  - Continue medicamento por pelo menos 9-12 meses e decida quando parar usando algoritmo abaixo.
  - Se necessário, aumente dose de acordo com resposta ao tratamento. Se resposta parcial/sem resposta em dose máxima, considere troca.

Medicamento	Dose	Observações	Efeitos adversos
Fluoxetina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicie 20mg/manhã.</li> <li>• Se resposta parcial/sem resposta após 3-4 semanas, aumente 20mg, reavalie cada 2-4 semanas e aumente se necessário até o máximo de 60-80mg/dia.</li> </ul>	<b>Use como primeira escolha.</b> Discuta se tem epilepsia, doença hepática/renal. Aconselhe familiar monitorar e retornar se piora (pensamentos suicida ou mudança de comportamento).	Mudanças no apetite e peso, dor de cabeça, inquietação, dificuldade para dormir, náusea, diarreia, problemas性uais.
Sertralina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicie 50mg/manhã.</li> <li>• Se resposta parcial/sem resposta após 3-4 semanas, aumente 25mg, reavalie cada 2-4 semanas e aumente se necessário até o máximo de 200mg/dia.</li> </ul>	Use se fluoxetina não tolerada/não responder. Discuta se tem epilepsia, doença hepática/renal. Aconselhe familiar monitorar e retornar se piora (pensamentos suicida ou mudança de comportamento).	Mudanças no apetite e peso, dor de cabeça, inquietação, dificuldade para dormir, náusea, diarreia, problemas性uais.
Amitriptilina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicie 25mg/noite. Aumente 25mg cada 5 dias até 75mg/noite.</li> <li>• Se resposta parcial/sem resposta após 3-4 semanas, aumente 25mg, reavalie cada 2-4 semanas e aumente se necessário até o máximo de 150mg/dia (100mg se &gt; 65 anos).</li> </ul>	Considere se dor crônica ou necessita efeito sedativo ou paciente tem dificuldade de dormir ou uso de fluoxetina/sertralina contraindicadas. Evite se > 65 anos. 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"> <li>• Inicie 25mg/noite. Aumente 25mg cada 5 dias até 75mg/noite.</li> <li>• Se resposta parcial/sem resposta após 3-4 semanas, aumente 25mg, reavalie cada 2-4 semanas e aumente se necessário até o máximo de 150mg/dia.</li> </ul>	Use se amitriptilina não tolerada/não responder. Não prescreva se risco de suicídio (letal em overdose), doença cardíaca, retenção urinária, glaucoma, epilepsia.	Boca seca, constipação, dificuldades em urinar, visão borrada, sedação.

Decida duração do tratamento medicamentoso → 157.

### Decida duração do tratamento medicamentoso

Paciente teve episódio(s) prévio(s) de depressão?

Não

Sim

Paciente tem qualquer um dos seguintes: início na adolescência, depressão grave, tentativa de suicídio, início súbito dos sintomas, história familiar de transtorno bipolar?

Não

Sim

Paciente tem transtorno de ansiedade generalizada (com ou sem depressão)?

Não

Sim

Considere **parar** antidepressivo quando paciente estiver sem/com mínimos sintomas e seja capaz de fazer suas atividades diárias por > 9 meses.

Considere **parar** antidepressivo quando paciente estiver sem/com mínimos sintomas e seja capaz de fazer suas atividades diárias por > 1 ano.

**Reduza** dose gradualmente ao longo de 4 semanas. Se abstinência (irritabilidade, tontura, dificuldade para dormir, dor de cabeça, náuseas, fadiga), reduza mais lentamente.

- Reavaleie cada 2 semanas, mesmo se não estiver usando tratamento medicamentoso, até sintomas melhorarem, depois cada 3-6 meses.
- Se não melhorar com tratamento proposto ou se episódios recorrentes, **discuta/encaminhe**.

<sup>1</sup>Paciente 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

- Considere esquizofrenia no paciente que (sem outros problemas de saúde mental ou com álcool/drogas) teve/tem tido nos últimos 6 meses, dificuldade de realizar tarefas laborais, domésticas ou sociais rotineiras e que por pelo menos 1 mês tenha tido  $\geq 2$  dos seguintes sintomas de psicose:
  - Alucinações: frequentemente ouvindo vozes (ex: que discutem entre si ou com paciente na terceira pessoa) ou vendo coisas que não estão lá.
  - Delírios: crenças bizarras (não compartilhadas pela sociedade) ou de que pensamentos estão sendo inseridos ou ouvidos ou transmitidos ou roubados; ideias de controle, influencia ou passividade.
  - Discurso desorganizado: incoerente ou irrelevante.
  - Comportamento desorganizado ou catatônico (incapaz de falar, mover-se, responder) ou sintomas negativos: falta de emoção/expressão facial, sem motivação, não se move/fala pouco, reclusão.
  - Sintomas negativos: falta de emoção ou expressão facial, sem motivação, não se move ou fala pouco, reclusão social.
- Confirme com especialista o diagnóstico de esquizofrenia, discuta/encaminhe.**

## Avalie paciente com esquizofrenia

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalie sintomas de psicose como acima. Se sintomas de psicose e:</li> <li>- Agressivo/violento <a href="#">103</a>.</li> <li>- Alternando níveis de consciência ao longo de horas/dias ou temperatura <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>, provável <b>delirium</b> <a href="#">104</a>.</li> <li>- Paciente interrompeu tratamento: <b>discuta</b> para decidir se reinicia medicamento na mesma dose ou considere tratamento intramuscular <a href="#">159</a> e explore razões da baixa adesão (efeitos adversos, abuso de substâncias).</li> <li>- Boa adesão com dose otimizada há pelo menos 6 semanas, <b>discuta/encaminhe</b>.</li> <li>- Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.</li> </ul>
Autoagressão	Toda consulta	Se paciente tem ideação suicida/plano <a href="#">101</a> . Se intenção de prejudicar outros, alerte as vítimas pretendidas, se possível.
Estressores	Toda consulta	Ajude a identificar os estressores psicosociais que podem piorar ou fazer com que os sintomas retornem. Se paciente está sendo abusado <a href="#">106</a> .
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu $\geq 4$ doses <sup>1</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um <a href="#">152</a> .
Planejamento familiar	Toda consulta	Discuta as necessidades de contracepção do paciente <a href="#">165</a> . Se paciente gestante, planejando engravidar ou amamentando, <b>discuta/encaminhe</b> .
Medicamento e adesão ao tratamento	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pergunte sobre efeitos adversos do tratamento <a href="#">159</a>.</li> <li>Verifique adesão. Se má adesão, ofereça apoio para aumentar adesão <a href="#">18</a>.</li> <li>Se interrompeu tratamento, <b>discuta</b> para decidir se reinicia medicamento na mesma dose ou considere tratamento intramuscular.</li> <li><b>Discuta</b> com psiquiatra se o paciente está usando medicamento que pode desencadear psicose aguda, como prednisona ou efavirenz.</li> </ul>
Peso (IMC)	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>IMC = peso (kg) <math>\div</math> altura (m) <math>\div</math> altura (m).</li> <li>Se ganhando peso, avalie e maneje RCV <a href="#">134</a> <b>discuta</b> com psiquiatra sobre possíveis tratamentos alternativos para esquizofrenia e envolva multiprofissional de apoio.</li> </ul>
Diabetes	Se necessário	Verifique necessidade de rastrear diabetes <a href="#">138</a> . Se diabetes conhecida <a href="#">140</a> .
RCV	No diagnóstico e então conforme resultado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se entre 30-75 anos, solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos. Avalie RCV <a href="#">134</a>. Reavalia/repita conforme RCV (&lt; 10%, em 5 anos; 10-20%, em 1 ano; <math>\geq 20\%</math>, em 6 meses). Considere que transtorno mental grave (como esquizofrenia) é um fator de RCV.</li> <li>Interprete/maneje resultados e RCV <a href="#">136</a>. Se iniciando/trocando antipsicótico solicite <b>ECG</b> basal e <b>discuta</b>.</li> </ul>
HIV	No diagnóstico	Teste para HIV e decida quando repetir <a href="#">122</a> . Se HIV positivo, evite efavirenz, <b>discuta/encaminhe</b> .
Sífilis	No diagnóstico	Teste para sífilis e decida quando repetir <a href="#">70</a> .

## Aconselhe e trate paciente com esquizofrenia [159](#).

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>Fatores de RCV: DM, HAS, DRC, tabagismo (atual ou há  $< 1$  ano), IMC  $> 25$ , circunferência abdominal  $> 88$  cm (mulher) ou  $> 102$  cm (homem) ou pais/ irmãos com DCV precoce (homem  $< 55$  anos ou mulher  $< 65$  anos).

### Aconselhe paciente com esquizofrenia e seu cuidador

- Eduque paciente e cuidador/família: 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 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 paciente.
- Evite comportamento hostil e crítico com paciente.
- Oriente paciente a evitar álcool/drogas e incentive rotina de sono regular.
- Eduque sobre importância da adesão para garantir o sucesso do tratamento e a retornar imediatamente se os sintomas psicóticos retornarem/piorarem.
- Envolva equipe multiprofissional de apoio e encaminhe paciente e cuidador para grupo de suporte ou recurso de apoio ↗ 188, se disponível.

### Trate paciente com esquizofrenia

- Prescreva medicamento como na tabela abaixo. Use a menor dose efetiva. Prescreva 1 medicamento/vez. Espere 6 semanas com dose efetiva típica antes de considerar ineficaz e **discuta** com psiquiatra para trocá-lo.
- Se problemas repetidos de adesão, **discuta** para 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 de manutenção	Observações
Risperidona	1 mg cada 12 horas ou 2mg uma vez ao dia	2-6mg/dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser usado como primeira opção terapêutica.</li> <li>Se baixa resposta em 2-4 semanas, <b>aumente</b> para 4mg ao dia até máximo de 6mg ao dia.</li> </ul>
Haloperidol	0,5-5mg cada 12 horas	5-20mg/dia com doses divididas cada 12 ou 8 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser usado como primeira opção terapêutica.</li> <li>Se necessário <b>aumente</b> cada 7 dias 0,5mg/dose até máximo de 30mg/dia.</li> </ul>
Haloperidol decanoato	10-20 vezes a dose total de haloperidol <sup>1</sup> oral (máximo de 100mg) IM cada 4 semanas	50-200mg a cada 4 semanas	<b>Discuta</b> 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	<b>Discuta</b> no mesmo dia.	
Espasmos musculares dolorosos (reação distônica aguda)	Geralmente 2 dias após início da medicação. Aplique <b>biperideno</b> 2mg IM. Se necessário, repita após 30 minutos, até 4 doses em 24 horas. <b>Discuta</b> no mesmo dia. Se biperideno não disponível, aplique <b>prometazina</b> 50mg IM.	
Rigidez muscular, temperatura elevada, confusão mental, palpitação, sudorese/salivação excessiva (síndrome neuloréptica maligna)	Pare o tratamento e encaminhe no mesmo dia.	
Efeitos adversos extra-piramidais/ Discinesia tardia	Movimentos involuntários anormais	<b>Discuta</b> para reduzir, alterar ou parar tratamento.
	Movimentos lentos, tremor ou rigidez	<b>Discuta</b> e considere prescrever <b>diazepam</b> 10 mg ao dia ou <b>biperideno</b> 2-4mg ao dia.
	Inquietação muscular	Pare o tratamento e <b>discuta</b> no mesmo dia.
		Aumento mamário, descarga mamaril ↗ 76
		<b>Discuta</b> com psiquiatra sobre troca do medicamento.
		Amenorreia ↗ 74
		<b>Discuta</b> 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.

- Reavaleie paciente estável cada 3 meses e **discuta** com psiquiatra anualmente. Oriente paciente/cuidador a retornar imediatamente se sintomas de psicose.
- Se reiniciando tratamento após paciente ter interrompido, reavaleie cada 2 semanas ou antes se sintomas piorarem.

<sup>1</sup>Se usa risperidona, discuta para calcular a dose equivalente de haloperidol decanoato.

# Demência: diagnóstico e cuidados de rotina

- Considerar 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).
  - Problemas com tarefas simples, tomada de decisão e realizar atividades rotineiras.
- Confirme o diagnóstico de demência então discuta ou encaminhe para confirmar subtipo (doença de Alzheimer, demência vascular, frontotemporal ou com corpos de Lewy).**

## Avalie paciente com demência com ajuda do cuidador

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se alteração recente de humor, interesse/energia, sono ou apetite, considere depressão ↪ 154 e discuta. Se pensamentos ou planos de suicídio ↪ 101.</li> <li>Pergunte sobre dor e maneje conforme página de sintomas. Se dor no corpo/generalizada ↪ 79.</li> <li>Se declínio súbito de comportamento de base ↪ 104.</li> <li>Se alucinações (vendo ou ouvindo coisas), delírios (crenças incomuns/bizarras), agitação ou comportamento errante, discuta/encaminhe.</li> <li>Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.</li> </ul>
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.
Visão/audição	Todas as consultas	Encaminhe ao oftalmologista e solicite audiometria se necessário (avalie presença de cera no ouvido).
Status nutricional	Todas as consultas	Questione sobre consumo de líquidos/alimentos. Providencie suporte nutricional se IMC < 18,5 (se > 65 anos: use < 22). IMC = peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m)
RCV	No diagnóstico, então conforme risco	Avalie RCV ↪ 134. Se < 10% com fator de RCV <sup>1</sup> ou 10-20% reavale apó 1 ano, se ≥ 20% reavale apó 6 meses.
Cuidados paliativos	Todas as consultas	Se ≥ 1 ↪ 176: restrito ao leito, incapaz de caminhar/vestir-se sozinho ou de fazer atividades rotineiras, incontinência, discurso incoerente.
HIV	No diagnóstico ou se status desconhecido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teste para HIV ↪ 122. Se HIV positivo ↪ 123. Se diagnóstico novo/reciente de HIV com demência, discuta/encaminhe.</li> <li>Se HIV, teste coordenação<sup>2</sup> e marcha<sup>3</sup>. Se alterado, discuta para investigação complementar.</li> </ul>
Sífilis	No diagnóstico	Teste para sífilis ↪ 70. Se positivo, trate paciente e parcerias ↪ 71 e discuta.
Outros exames	No diagnóstico	Solicite TSH, HMG e vitamina B12. Discuta se solicita (folato, TGO, TGP, Na, K, VHS/PCR, PU, creatinina, glicemia, punção lombar, TC ou RNM de crânio).

## Aconselhe paciente com demência com ajuda do 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).
  - Estimular memórias e providenciar informações atuais com jornais, rádio, TV, fotos.
  - Usar frases curtas.
  - Manter uma rotina.
  - Remover a bagunça e os potenciais riscos à segurança em casa.
  - Manter atividade física e planejar atividades recreacionais.

## Trate paciente com demência com ajuda do cuidador

- Discuta opções de tratamento. Demência associada ao HIV costuma responder bem à TARV ↪ 123.
- Se sintomas psicóticos, perturbações noturnas, andar errante, agressividade persistente ou ansiedade, discuta sobre iniciar antipsicóticos. Evite se doença de Parkinson. Se em uso de antipsicóticos e desenvolver espasmos musculares dolorosos: aplique biperideno 2mg IM. Se necessário, repita apó 30 minutos, por até 4 doses em 24 horas e encaminhe no mesmo dia. Se biperideno não disponível, aplique prometazina 25-50mg IM (se > 65 anos, discuta para decidir se aplica prometazina). Se > 65 anos, evite benzodiazépinos (como diazepam, clonazepam).

## Reavale paciente com demência cada 6 meses.

<sup>1</sup>Tabagismo (atual ou há < 1 ano), pai/irmão com morte por DCV/DCV prematura (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos) ou com hipercolesterolemia familiar, IMC > 25 (se > 65 anos: > 27), circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou > 102cm (homem), HAS, DM, HIV, transtorno mental grave, uso crônico de antipsicótico atípicos/corticoide, DRC (TGF<sub>e</sub> < 60), sinais clínicos de colesterol elevado. <sup>2</sup>Peça para tocar as pontas do indicador e polegar da mesma mão, abrindo e fechando rapidamente. Normal é fazer com velocidade. <sup>3</sup>Peça para pessoa andar 10 metros em linha reta e retornar, o mais rápido possível sem correr. Está normal se volta em até 10 segundos.

# Epilepsia: cuidados de rotina

- Se convulsionando agora → 31. Se o paciente não tem diagnóstico de epilepsia e teve uma convulsão, investigue/maneje → 31.
- Epilepsia é provável se paciente teve pelo menos 2 convulsões definidas, em 2 dias diferentes no último ano, sem causa identificável.
- Se convulsões após meningite, AVC, trauma craniano ou tem história familiar de convulsões; ou crises focais, discuta/encaminhe para confirmar diagnóstico.

## Avalie paciente com epilepsia

Avalie	Quanto avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Maneje sintomas conforme a página do síntoma.
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 absentismo, 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 verifique interações ↪ 189.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses <sup>1</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.
Planejamento familiar	Toda consulta	Avalie necessidades de contracepção ↪ 165. Evite contraceptivos orais. Se gestante/planejando engravidar, encaminhe com prioridade <sup>2</sup> e prescreva ácido fólico 0,2 mg/ml (40 gotas), se disponível, ou ácido fólico 5mg ao dia 12 semanas antes de engravidar e até 12 semanas de gestação.

## Aconselhe paciente com epilepsia

- Eduque paciente/cuidador sobre epilepsia: é uma condição crônica que pode ser totalmente controlada na maioria das pessoas se aderir ao tratamento. Se má adesão ↪ 18.
- Oriente que paciente pode ter direito a benefícios por incapacidade: envolva equipe multiprofissional de apoio.
- Oriente evitar: falta de sono, álcool/drogas, desidratação, luzes piscantes, alturas, fogueiras, nadar sozinho, pedalar em vias movimentadas, operar máquinas pesadas. Não dirigir até estar 1 ano sem crises.
- Oriente paciente/cuidador que medicamentos/plantas medicinais podem interferir com tratamento e que deve discutir com médico antes de usar. Oriente uso de contracepção confiável e buscar atendimento se planejar gravidez.

## Trate o paciente com epilepsia

- Inicie com um medicamento (usar 2 juntos é decisão do especialista). Discuta/encaminhe para escolher com base na síndrome epilética, tipo(s) de convulsão, uso de 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 se necessário. Mantenha medicamento anterior na mesma dose por 2 semanas, então diminua gradualmente em 6-8 semanas até parar. Se já usa 2 medicamentos, evite trocar e encaminhe/discuta.

Medicamento	Dose inicial	Dose de manutenção	Observações
Carbamazepina	200mg ao dia	400-1600mg ao dia em 2-4x/dia	Evite se usa TARV, discuta. Interage com isoniazida, rifampicina, varfarina, fluoxetina, amitriptilina e contraceptivos orais/subdérmicos. Efeitos colaterais: rash ↪ 85, sonolência, boca seca, tontura, náusea.
Ácido valpróico	250mg duas vezes ao dia	500-2000mg ao dia em 2-3x/dia	Prefira se em TARV. Evite se em idade fértil com potencial de engravidar. Use menor dose se idoso ou doença hepática. Interage com AZT, varfarina, aspirina. Se icterícia ou ALT > 100, pare uso e discuta/encaminhe. Efeitos colaterais: náusea, diarreia, constipação e sonolência, ganho de peso.
Fenitoína	100mg ao dia	200-400mg ao dia em 2-3x/dia	Evite se usa TARV, gestante ou amamentando. Interage com isoniazida, rifampicina, varfarina, fluoxetina, fluconazol, folato e contraceptivos orais/subdérmicos. Efeitos colaterais: rash ↪ 85, sonolência. Pare se dificuldade para andar, visão turva/dupla ou fala arrastada e encaminhe no mesmo dia.

- Se livre de convulsões reavale a cada 3 meses. Se mantém convulsões reavale 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.

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>Se em uso de ácido valproico, não pare e garanta troca com especialista em até 2 semanas, se necessário discuta.

# Artrite crônica: diagnóstico e cuidados de rotina

- Se os pacientes tem episódios de dor articular e edema que resolvem completamente entre um episódio e outro, considere **gota** → 163.
- O paciente com artrite crônica tem dor articular contínua por ao menos 6 semanas. Distinguir osteoartrite mecânica de artrite reumatoide inflamatória conforme a seguir:

Provável **osteoaartrite** se:

- Afeta somente articulações.
- Articulações que sustentam o peso e possivelmente mãos e pés.
- Articulações podem inchas mas não esquentar.
- Rigidez ao acordar 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, atrofia muscular.
- Envolvimento frequente de pés e mãos (especialmente metacarpofalângicas).
- Articulações estão inchadas e quentes.
- Rigidez ao acordar dura mais de 30 minutos.
- Dor e rigidez melhoram com a atividade, pioram com repouso.

**Se artrite inflamatória provável ou incerteza diagnóstica: discuta ou encaminhe.**

## Avalie 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 paciente caminha bem como antes, consegue abotoar roupas e usar garfo/faca adequadamente.
Sono	Todas as consultas	Se tem dificuldades para dormir → 107.
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 → 154.
Articulações	Todas as consultas	Procure: calor, sensibilidade, limitação da amplitude de movimento das articulações e dor ao apertar firmemente mãos e pés.
IMC	No diagnóstico	Se > 25, oriente perda de peso para diminuir sobrecarga articular em joelhos e pés → 137. Avalie e maneje RCV → 136.
PCR/VHS/FR	Se artrite inflamatória/incerta	Se PCR ou VHS aumentados e/ou Fator Reumatóide (FR) positivo, confirme com novo exame e solicite anti-CCP, se disponível, e discuta.
HIV	No diagnóstico	Teste para HIV → 122.
Rx de mãos e pés	No diagnóstico	Solicite de ambos pés e mãos (AP e oblíquo). Interprete resultado. Se dúvidas, discuta.

## Aconselhe paciente com artrite crônica

- Estimule paciente manter-se tão ativo quanto possível, mas repousar em eventos agudos, e alimentar-se de forma saudável. Se fuma tabaco, motive parar → 153. Apoie para mudança → 17.

## Trate paciente com artrite crônica

- Se dificuldade para atividades rotineiras ou artrite reumatoide, encaminhe para fisioterapeuta ou educador físico.
- Se **osteartrose**:
  - Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**<sup>1</sup> 500-1000mg cada 6 horas se necessário.
  - Se não melhora/ inflamação presente, dê **ibuprofeno**<sup>2</sup> 300-600mg cada 6 horas ou **nimesulida**<sup>2</sup> 100mg cada 12 horas por até 7 dias. Se não melhora discuta para considerar **infiltração articular**.
- Se **artrite reumatoide**:
  - Discuta e ou encaminhe para início precoce de **drogas modificadoras de doença (DMARD)** para controlar sintomas, preservar função e minimizar danos.
  - Enquanto aguardar especialista, prescreva **ibuprofeno**<sup>2</sup> 300-600mg cada 6 horas ou **nimesulida**<sup>2</sup> 100mg cada 12 horas por até 14 dias. Se não melhora ou contraindicação ao AINEs, prescreva ao invés **prednisona** 5-15mg ao dia na menor dose eficaz pelo menor tempo, por até 21 dias. Se dúvidas ou não melhora, discuta.

**Reavalie até os sintomas estarem controlados, então a cada 6 meses. Se pouca resposta ao tratamento: discuta ou encaminhe.**

<sup>1</sup>Não prescreva se alergia prévia. <sup>2</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispesia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

# Gota: diagnóstico e cuidados de rotina

- Considere **crise aguda de gota** se: início súbito de dor intensa, vermelhidão e inchaço em 1 única articulação, geralmente 1º dedo do pé ou joelho, com melhora completa em alguns dias.
- Considere **gota crônica tofácea** se: acometimento assimétrico > de 1 articulação; dor não intensa; depósitos podem ser vistos ou palpados nas articulações; recuperação incompleta.

## Avalie paciente com gota

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Todas as consultas	Maneje os sintomas conforme a página do sintoma.
Uso de álcool/drogas	Todas as consultas	No último ano: 1) bebeu $\geq 4$ doses <sup>1</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↗ 152.
Medicamento	Todas as consultas	Hidroclorotiazida, 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"> <li>• Crise aguda de gota: início súbito de 1-3 articulações quentes, doloridas, avermelhadas, inchadas (geralmente o primeiro dedo do pé ou joelho).</li> <li>• Gota crônica tofácea: depósitos aparecem como nódulos amarelados, indolores, duros e irregulares ao redor da articulação (ver figura).</li> </ul>
RCV	No diagnóstico, então conforme risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avalie RCV ↗ 134. Se &lt; 10% com fator de risco para DCV ou 10-20% reavalie após 1 ano, se &gt; 20% reavalie após 6 meses.</li> <li>• Se IMC &lt; 18.5 ou paciente &lt; 40 anos, discuta para excluir câncer como causa para a gota.</li> </ul>
Creatinina (TFGe)	No diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se usando AINEs/alopurinol: avalie a cada 6 meses.</li> <li>• Se TFGe &lt; 60mL/min, discuta ajuste de doses/tratamento.</li> </ul>
Ácido úrico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No diagnóstico</li> <li>• Em uso de alopurinol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aguarde pelo menos 2 semanas após uma crise aguda de gota antes de dosar os níveis de ácido úrico.</li> <li>• Se em uso de alopurinol, repita mensalmente e ajuste dose de alopurinol até dosagem de ácido úrico &lt; 6mg/dL, então repita cada 6 meses.</li> </ul>

## Aconselhe paciente com gota

- Ajude paciente manejá-la seu RCV ↗ 136.
- Ofereça orientação dietética: reduzir álcool (especialmente cerveja), bebidas gasosas doces, frutos do mar, miúdos e 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.



© Stellenbosch University

## Trate o paciente com gota

- ### Trate paciente com uma crise aguda de gota
- Prescreva **ibuprofeno**<sup>2</sup> 300-600mg a cada 6 horas se necessário até 2 dias depois de melhorar (geralmente por 5-7 dias).
  - Se AINEs não é indicado/tolerado ou é inefetivo: prescreva ao invés **prednisona** 40mg ao dia, diminua 10mg cada 3 dias até parar.
  - Oriente repousar com o membro elevado e aplicar gelo por 20 minutos a cada 2-3 horas.
  - Se paciente já está tomando alopurinol, não suspenda durante a crise aguda.

### Trate paciente com gota crônica tofácea

- Paciente necessita de alopurinol se:  $\geq 2$  crises por ano, gota crônica tofácea ou cálculo renal/doença renal causada por gota.
- Considere esperar 2 semanas após uma crise aguda de gota antes de iniciar alopurinol (se possível, verifique ácido úrico 2 semanas após a crise antes de iniciar).
- Prescreva **alopurinol** 100mg/dia, se disponível. Use menor dose para manter ácido úrico < 6mg/dL: aumente 100mg/mês, até 800mg em doses divididas (2-3x/dia). Dose usual de manutenção 300mg/dia.

## Discuta ou encaminhe se não houver resposta ao tratamento ou não tiver certeza do diagnóstico.

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM,  $\geq 65$  anos, dispépsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

# Fibromialgia: diagnóstico e cuidados de rotina

- **Diagnostique** fibromialgia se paciente tem dor no corpo generalizada > 3 meses e não apresenta nos locais de dor evidência de inflamação (vermelhidão, inchaço) ou outra condição que explique a dor. Paciente pode ter também fadiga, problemas de memória ou raciocínio, sono e humor. O diagnóstico de fibromialgia é mais provável se história familiar, principalmente, se em mãe, pai, irmãos.
- Verifique outras causas de dor corporal generalizada:
  - Se perda de peso ↪ 35.
  - Exclua problemas articulares (autoimunes/inflamatórios): 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 ↪ 80.
  - Verifique uso de medicamentos que podem causar dor, como estatinas ou os usados para tratar osteoporose (como alendronato); ou uso excessivo de analgésicos opiôides (como codeína). **Discuta** para considerar alternativas.
  - Solicite PCR, HMG, CK total e TSH. Teste para HIV ↪ 122.
  - Se problema articular, HIV positivo, alteração nos exames ou incerteza diagnóstica: **discuta** ou **encaminhe**.

## Avalie paciente com fibromialgia

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maneje os sintomas conforme página do sintoma. Peça para paciente identificar os 3 sintomas que mais incomodam e foque neles.</li> <li>• Não interprete todos os sintomas como fibromialgia: exclua doenças sérias e tratáveis. Se incerto: <b>discuta</b> ou <b>encaminhe</b>.</li> </ul>
Sono	Toda consulta	Se o paciente tem dificuldades de dormir ↪ 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 ↪ 154.
Artrite crônica	Toda consulta	Se o paciente também tiver artrite crônica, ofereça cuidados de rotina ↪ 162.
Estressores	Toda consulta	Ajude a identificar estressores psicossociais que possam exacerbar os sintomas. Avalie e maneje estresse ↪ 105.

## Aconselhe paciente com fibromialgia

- A causa provável é uma hipersensibilidade generalizada do sistema nervoso, assim os pacientes sentem mais dores musculares ou articulares que os outros, apesar dos músculos/articulações estarem normais. Comunique-se efetivamente ↪ 16.
- O paciente pode também ter síndrome do intestino irritável, dor de cabeça tensional, disfunção temporomandibular, síndrome da fadiga crônica, cistite intersticial, alterações do sono ou depressão.
- Explique importância de manter-se ativo(a): inicie com 5 min de caminhada leve todo dia e aumente 1 min/dia até andar 30 minutos 3-5x/semana. Encaminhe para educador físico (se disponível).
- Explique que fibromialgia não piora com o tempo e não traz risco à vida, os tratamentos podem ajudar (haverá dias bons e ruins) mas não tem cura na maioria dos casos.
- Oriente paciente evitar uso abusivo de medicamentos para dor (ex. paracetamol, ibuprofeno, codeína) já que geralmente não ajudam na fibromialgia e podem ter efeitos adversos indesejados.
- Estimule paciente adotar hábitos saudáveis de sono. Encaminhe para grupos de suporte, se disponíveis.
- Se má adesão ou sem melhora com orientações e atividade física: apoie para mudança ↪ 17, oriente não parar atividade física e encaminhe para a equipe multiprofissional.

## Trate paciente com fibromialgia

- Se não melhorar com orientações e atividade física:
  - Se tem depressão, prescreva **amitriptilina** 25mg à noite com **fluoxetina** 20mg pela manhã.
  - Se não tem depressão, prescreva **amitriptilina** 25mg 1 hora antes de dormir. **Aumente** 25mg cada 4-6 semanas até melhora (dose máxima de 75mg/dia).
    - Se ainda sintomático após 3 meses com dose máxima/tolerada de amitriptilina: combine **amitriptilina** 25mg à noite com **fluoxetina** 20mg pela manhã. Se usa > 25mg/dia de amitriptilina, reduza para 25mg/dia antes de combinar com fluoxetina.
    - Se intolerância à amitriptilina: **discuta** alternativas.
  - Ofereça acupuntura, se disponível.
  - Se não melhorar, **discuta**.

**Uma relação de suporte com o mesmo profissional de saúde pode evitar visitas frequentes para múltiplos problemas. Reavale paciente cada 3 meses até estável.**

# Contracepção

**Prescreva contracepção de emergência se paciente não estiver em uso regular de contracepção e teve sexo vaginal desprotegido nos últimos 5 dias e não deseja engravidar:**

- Prescreva imediatamente levonorgestrel 1,5mg oral dose única ou, se paciente escolher, insira DIU de cobre (mais eficaz que levonorgestrel após 72h).
  - Se IMC  $\geq$  30 ou usa efavirenz, rifampicina, fenitoína, fenobarbital ou carbamazepina, prefira ao invés DIU de cobre ou se não disponível/paciente não deseja DIU, aumente dose de levonorgestrel para 3mg em dose única.
  - Se paciente vomitar < 3 horas após a tomada, prescreva metoclopramida 10mg 30 minutos antes e repita dose ou ofereça ao invés DIU de cobre. Se vomitar novamente, discuta.
  - Se usou levonorgestrel, ofereça para iniciar contracepção logo após tomar os comprimidos. Oriente preservativo/abstinência por 7 dias, se não menstruar em 3 semanas, teste para gravidez.
- Avalie necessidade de profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV e hepatite B ↪ 108.

## Avalie paciente iniciando ou usando contraceptivo

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique sintomas de ISTs: corrimento vaginal, úlceras, dor abdominal baixa. Se presentes ↪ 66. Se problemas sexuais ↪ 77.</li> <li>• Se <math>&gt;</math> 40 anos avalie sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir e problemas sexuais ↪ 175. Se menopausa, decida por quanto tempo continuar contraceptivo ↪ 175.</li> <li>• Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.</li> </ul>
Adesão	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se usando contraceptivo, avalie adesão e regularidade do uso, pergunte sobre preocupações e satisfação com método.</li> <li>• Se esqueceu de tomar injeção ou pílulas, maneje ↪ 166. Se esquecimentos recorrentes, apoie adesão ou ofereça DIU/método definitivo.</li> </ul>
Efeitos adversos	Toda consulta	Se usando contraceptivo, pergunte sobre efeitos adversos do método ↪ 166.
Sexo seguro	Toda consulta	Identifique fatores de risco para HIV/ISTs: IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias性ual, uso irregular de preservativo; e considere PrEP ↪ 110.
Uso de medicamento	Toda consulta	Se usa medicamentos para TB, ARVs ou anticonvulsivantes, verifique interação ↪ 189. Se método não adequado, prefira DIU ou injeção de progestágeno.
Sangramento vaginal	Toda consulta	Se sangramento vaginal anormal: se usando contraceptivo, maneje conforme método ↪ 166. Se ainda não usando contraceptivo ↪ 75.
PA	1ª consulta; se usa pílula ou injetável, toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique PA ↪ 143.</li> <li>• Se hipertensa ou PA <math>\geq</math> 140/90, considere evitar pílula combinada. Se PA <math>\geq</math> 160/100, também não prescreva injetável (progestágeno ou combinado).</li> </ul>
Gravidez	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de iniciar contraceptivo, exclua gravidez<sup>1</sup>. Se gestante ↪ 167.</li> <li>• Se suspeita de gravidez (náusea/dor mamas significante ou se amenorréia com DIU/pílula combinada), solicite/teste de gravidez.</li> </ul>
HIV, HCV, HBV e Sífilis	Se necessário	Verifique necessidade de rastrear HIV ↪ 122, HCV ↪ 129, HBV ↪ 128, sífilis ↪ 70. Se em TARV, verifique interações medicamentosas ↪ 189.
Prevêntivo do colo uterino	Se necessário	Avalie necessidade de fazer rastreio do câncer de colo de útero ↪ 73.

## Aconselhe paciente iniciando ou usando contraceptivo

- Eduque importância de usar contraceptivos de forma confiável. Oriente discutir preocupações/problemas com o uso e buscar alternativas em vez de parar e arriscar gestação indesejada.
- Se usa método hormonal, oriente informar se iniciar medicamento para TB, HIV ou anticonvulsivantes, pois podem interferir com a eficácia do método.
- Se usa pílula combinada e vômitos < 3 horas ou diarreia intensa (> 10 episódios) nas 12 horas após tomar pílula: repita dose imediatamente. Se vômitos/diarreia por  $\geq$  2 dias, oriente preservativo ou abstinência durante sintomas e por 7 dias após término dos sintomas.
- Se fuma, motive parar ↪ 153. Fumar aumenta risco de AVC e trombose venosa profunda em pacientes que usam pílula combinada.
- Demonstre e forneça preservativos masculinos/femininos e gel lubrificante. Recomende proteção dupla: um método contraceptivo mais preservativo (masculino ou feminino) para proteger de HIV/ISTs.
- Incentive paciente e parcerias a testarem regularmente/entre parcerias para HIV/outras ISTs. Oriente sobre e onde buscar PEP e PrEP.
  - Se práticas sexuais de risco para HIV/IST (IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativo, faz sexo sob efeito de álcool/drogas), ofereça PrEP ↪ 110.
- Eduque sobre disponibilidade de contracepção de emergência (veja acima) para prevenir gestação indesejada. Se usa pílula/injetável, explique o que fazer se esqueceu/atrásou tomada/aplicação ↪ 166.

<sup>1</sup>Se  $>$  5º dia do ciclo e não teve sexo vaginal desprotegido desde última menstruação ou se  $\leq$  5º dia do ciclo, pode iniciar imediatamente. Se  $>$  5º dia do ciclo e teve sexo vaginal desprotegido desde última menstruação: oriente abstinência/preservativos até próximo ciclo e inicie método quando menstruar ou se teste de gravidez negativo realizado > 21 dias do último episódio de sexo vaginal desprotegido; ou se deseja início imediato, inicie método (exceto DIU), oriente abstinência/preservativos por 7 dias e teste para gravidez após 21 dias do último episódio de sexo vaginal desprotegido e que estava sem contracepção efetiva.

### Trate paciente iniciando ou em uso de contraceptivo

Se paciente em uso de contraceptivo e satisfação com método, verifique se método é ainda adequado. Se iniciando ou mudando contraceptivo, ajude paciente a escolher o método:

Método	Ajude paciente a escolher o método	Instruções de uso	Efeitos adversos
<b>Dispositivo intrauterino (DIU)</b> • DIU de cobre (DIU-Cu)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contracepção efetiva a partir da inserção e por 10 anos.</li> <li>Fertilidade retorna com remoção.</li> <li>Não insira se cervicite mucopurulenta/DIP atual ou há &lt; 3 meses, sangramento vaginal inexplicado, útero/colo alterado ou se HIV com CD4 &lt; 200 (insira quando CD4 &gt; 200).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser inserido a qualquer momento<sup>1</sup> (ou &lt; 48h ou &gt; 4 semanas pós-parto).</li> <li>Se dor, dê <b>ibruprofeno</b><sup>2</sup> 600mg cada 6h até 3 dias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menstruação intensa ou dolorosa: geralmente melhora em 3-6 meses. Para avaliar e manejar ↪ 75.</li> <li>Se corrimento, retornar para avaliar ↪ 66.</li> <li>Irritação do pênis da parceria sexual: corte fios mais curtos.</li> </ul>
<b>Injeção de progestágeno</b> • Acetato de medroxiprogesterona (ACMP) 150mg IM cada 12 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Injeção cada 12 semanas.</li> <li>Fertilidade pode levar até 1 ano após última injeção para normalizar.</li> <li>Não prescreva se: sangramento vaginal inexplicado, câncer de mama prévio, PA ≥ 160/100, DM com complicações, cardiopatia isquêmica/AVC, doença hepática ativa, osteoporose. Se usa corticoide &gt; 3 meses, <b>discuta</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode iniciar a qualquer momento<sup>1</sup>.</li> <li>Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1<sup>a</sup> aplicação.</li> <li>Não precisa ajustar intervalo das doses se tratamento com ARVs, para TB ou epilepsia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amenorreia: oriente que é comum.</li> <li>Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar e manejar ↪ 75.</li> <li>Acne: mude para COC ou método não-hormonal.</li> <li>Dores de cabeça: se intensas, mude para método não-hormonal.</li> <li>Ganho de peso (menor com pílula de progestágeno isolado).</li> <li>Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. Se persistente, avalie para tristeza, estresse ou nervosismo ↪ 105.</li> </ul>
<b>Pílula de progestágeno isolado (PPI)</b> • Noretisterona 35mcg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escolha entre os métodos considerando indicação/contraindicação e preferência entre pílula e injeção mensal. Somente prescreva pílula se segurança e motivação para uso diário.</li> <li>Não prescreva COC/IC/PPI se: doença hepática ativa, usa rifampicina/fenitoína/fenobarbital/carbamazepina (se usa outros medicamentos/ARV, verifique interação ↪ 189) ou câncer de mama prévio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode iniciar a qualquer momento<sup>1</sup>.</li> <li>Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1<sup>a</sup> tomada.</li> <li>Deve ser tomada todo dia no mesmo horário (não &gt; 3 horas de atraso).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar e manejar ↪ 75.</li> <li>Mamas doloridas, náuseas: geralmente melhora em 3 meses.</li> <li>Dores de cabeça: se enxaqueca e ≥ 35 anos ou com aura, mude para método não-hormonal.</li> <li>Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. Se persistente, avalie para tristeza, estresse ou nervosismo ↪ 105.</li> </ul>
<b>Contraceptivo oral combinado (COC)</b> • Ethinilestradiol/levonorgestrel 30/150mcg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não prescreva COC/IC se: &lt; 6 semanas pós-parto e amamentando, &lt; 21 dias pós-parto, enxaqueca com aura, ≥ 35 anos e fuma tabaco, doença cardíaca/hepática/AVC, TVP/embolia pulmonar, DM com complicações ou PA ≥ 160/100.</li> <li>Pondere riscos/benefício ao prescrever COC/IC se: ≥ 35 anos e enxaqueca sem aura, PA ≥ 140/90 ou HAS, entre 6 semanas e 6 meses após parto e amamentando ou RCV &gt; 10%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode iniciar a qualquer momento<sup>1</sup>.</li> <li>Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1<sup>a</sup> tomada.</li> <li>Deve ser tomada todo dia no mesmo horário (tomar 21 dias e parar 7).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar e manejar ↪ 75.</li> <li>Mamas doloridas, náuseas: geralmente melhora em 3 meses.</li> <li>Dores de cabeça: se enxaqueca e ≥ 35 anos ou com aura, mude para método não-hormonal.</li> <li>Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. Se persistente, avalie para tristeza, estresse ou nervosismo ↪ 105.</li> </ul>
<b>Injetável combinado (IC)</b> • Enantato de Noretisterona/Valerato de Estradiol 50/5mg IM cada 4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considere prescrever noretisterona somente se amamentação exclusiva (menos eficaz se não está em amamentação exclusiva).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode iniciar a qualquer momento<sup>1</sup>.</li> <li>Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1<sup>a</sup> aplicação.</li> </ul>	
<b>Esterilização</b> • Ligadura tubária/vasectomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contracepção permanente</li> <li>Procedimento cirúrgico</li> </ul>	Solicite exames pré-operatórios, solicite consentimento e encaminhe.	Dor incisional, infecção ou sangramento: <b>discuta</b> ou <b>encaminhe</b> .

### Maneje paciente que esqueceu injeções ou pílulas

#### Injeção atrasada

- Se ≤ 2 semanas (ACMP) ou 1 semana (IC) de atraso: aplique dose.
- Se > 2 semanas (ACMP) ou 1 semana (IC) de atraso:
  - Exclua gravidez. Se gestação ↪ 167.
  - 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 ↪ 165.

#### Pílula de progestágeno isolado esquecida (> 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 ↪ 165.

#### Pílula de contraceptivo oral combinado esquecida (> 24 horas de atraso)

- 1 pílula esquecida: tome 1 imediatamente e outras na hora usual.
- ≥ 2 esquecidas: use preservativo/abstinência por 7 dias. Se pílulas perdidas são as:
  - 7 primeiras e sexo desprotegido ≤ 5 dias, ofereça contracepção de emergência ↪ 165. Se sem sexo desprotegido ≤ 5 dias, tome 1 imediatamente e outras na hora usual.
  - 14 últimas, tome 1 imediatamente e outras na hora usual, não faça intervalo e inicie nova cartela.

**Reavalie paciente usando COC/IC após 3 meses, então anualmente. Reavalie paciente com DIU em 6 semanas (ou depois da próxima menstruação) após a inserção para verificar os fios.**

<sup>1</sup>Se > 5º dia do ciclo e não teve sexo vaginal desprotegido desde última menstruação ou se ≤ 5º dia do ciclo, pode iniciar imediatamente. Se > 5º dia do ciclo e teve sexo vaginal desprotegido desde última menstruação: oriente abstinência/preservativos até próximo ciclo e inicie método quando menstruar ou se teste de gravidez negativo realizado > 21 dias do último episódio de sexo vaginal desprotegido; ou se deseja início imediato, inicie método (exceto DIU), oriente abstinência/preservativos por 7 dias e teste para gravidez após 21 dias do último episódio de sexo vaginal desprotegido e que estava sem contracepção efetiva. <sup>2</sup>Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.

# Gestação: avaliação

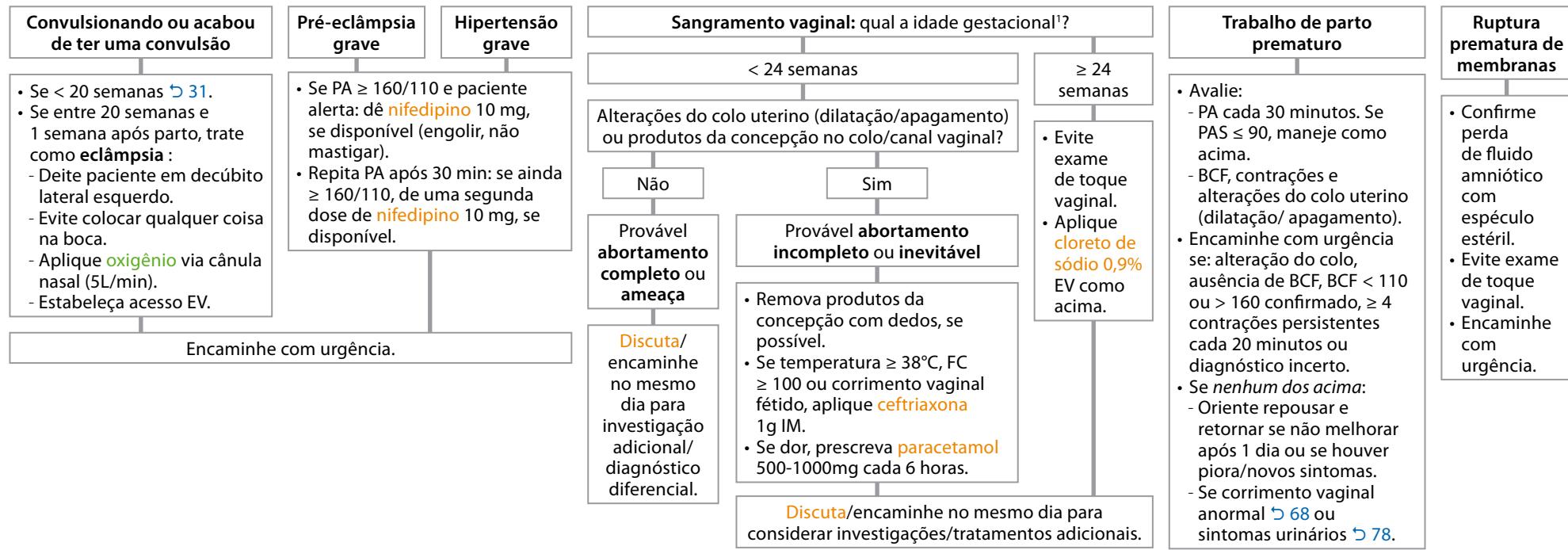
## Atenda com urgência paciente gestante com um ou mais dos seguintes:

- Convulsionando ou acabou de ter uma convulsão
- Se PA  $\geq 160/110$ : provável pré-eclâmpsia grave ou hipertensão grave
- Se PA  $\geq 140/90$  com dor de cabeça, visão borrada/escotomas, dor abdominal: provável pré-eclâmpsia grave
- Se temperatura  $\geq 38^\circ\text{C}$  com dor abdominal ou corrimento/líquido vaginal fétido: provável corioamnionite
- Se dor no flanco/PPL + com sintomas urinários: provável pielonefrite complicada
- Falta de ar ou FR  $\geq 30$  ou SaO<sub>2</sub>  $\leq 90\%$
- Panturrilha dolorida e inchada
- Sangramento vaginal
- Movimentos fetais diminuídos/ausentes → 169

- Se 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

### Maneje:

- Se falta de ar ou SaO<sub>2</sub>  $\leq 90\%$  ou FR  $\geq 30$ : encaminhe com urgência e aplique oxigênio via cânula nasal (1-6L/min) para meta 92-95%.
  - Se 6L/min e fora do alvo/sem melhora da falta de ar, use máscara com reservatório e aumente até 15L/min.
- Se PAS  $< 90$ : encaminhe com urgência e aplique cloreto de sódio 0,9% 500mL EV rápido, repita até PAS  $> 90$ . Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.
- Se provável corioamnionite ou pielonefrite complicada: encaminhe com urgência e aplique ceftriaxona 1g IM.
- Se panturrilha dolorida e inchada: discuta e encaminhe no mesmo dia.
- Maneje outras condições como segue:



Se primeira consulta (gestação recém diagnosticada) → 168. Se não for primeira consulta, ofereça cuidado pré-natal de rotina → 169.

<sup>1</sup>Se idade gestacional desconhecida, maneje como final da gestação se útero palpável acima da cicatriz umbilical.

## Abordagem da gestante recentemente diagnosticada que não necessita de atenção urgente

Gestação é resultado de violência sexual<sup>1</sup> ou causa risco de vida à pessoa grávida<sup>2</sup> ou há evidência de malformação fetal incompatível com a vida?

Sim para qualquer um

Não para todos

### Oriente que interrupção da gestação é prevista por lei nessas situações

- Reafirme garantia do sigilo da consulta.
- Esclareça que, se desejar, a interrupção da gravidez tem embasamento legal e pode ser justificada/autorizada.
- Se violência sexual, avalie/maneje ↪ 106 e informe que não é obrigatório denunciar à polícia para acessar aborto legal.
- Considere discutir/encaminhar para assistente social/psicólogo.
- Se não deseja prosseguir com a gravidez, encaminhe para serviço de interrupção legal da gestação ↪ 189.

Não

Gestação é desejada?

Sim

### Se 1 ou mais dos seguintes, paciente necessita cuidado pré-natal especializado (também verifique guias locais para atualizações):

- HAS descompensada ou doença cardíaca/IAM/AVC atual/prévia (discuta/encaminhe também para cardiologia)
- História prévia de eclâmpsia, síndrome HELLP, óbito fetal ou internação materna em UTI por pré-eclâmpsia/HAS
- Diagnóstico atual de doença hipertensiva da gestação ou pré-eclâmpsia
- DM tipo 1 ou 2, diabetes gestacional ou outras doenças endócrinas descompensadas (discuta/encaminhe também para endocrinologia)
- IMC > 40
- História atual/passada de TVP/TEP
- HIV/aids com diagnóstico na gestação (discuta/encaminhe também para infectologia). Se diagnóstico prévio de HIV, discuta/encaminhe somente para infectologia.
- Hepatopatias crônicas como hepatites virais e cirrose (discuta/encaminhe também para hepatologista/gastrologista)
- Diagnóstico atual de toxoplasmose, rubéola ou citomegalovírus
- Asma/DPOC grave ou tuberculose atual
- Infecção urinária de repetição na gestação atual (3 ou mais episódios)
- Doença psiquiátrica grave/dependência ou uso abusivo de álcool/drogas atual ou psicose puerperal prévia (discuta/encaminhe também para psiquiatria)
- Uso de medicamentos teratogênicos (anticonvulsivantes/estabilizadores de humor como carbamazepina, fenitoína, lítio, ácido valpróico)
- Doenças atuais: autoimune, renal, hematológica, anemia grave (HB < 8), câncer, lesão de alto grau em colo de útero (NIC II ou III)
- Doença hemolítica, isoimunização
- História de 2 ou mais partos prematuros ou natimorto
- Arritmia fetal, diagnóstico de placenta prévia com > 28 semanas na gestação atual, malformação congênita/fetal, restrição crescimento intrauterino, poli/oligodrâmnio, gemelaridade, incompetência istmo cervical (atual ou passada), anormalidade do trato genitourinário materno.

**Se paciente necessita de cuidado pré-natal especializado, também mantenha o acompanhamento de rotina na atenção primária →169.**

<sup>1</sup>Se < 14 anos, considere violência/estupro de vulnerável. <sup>2</sup>Como hipertensão grave, diabetes com lesão órgão alvo, IC grave, tratamento de câncer, outras condições de risco de vida.

# Gestação: cuidado pré-natal de rotina

**PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL:** avalie gestante na primeira consulta, idealmente em até 12 semanas de idade gestacional.

Avalie	Observações
Sintomas	Verifique se precisa de atenção urgente ↪ 167 e encaminhamento para cuidado conjunto com serviço de pré-natal especializado ↪ 168. Maneje outros sintomas como página do sintoma.
Data provável do parto e IG	<ul style="list-style-type: none"> <li>Use data do primeiro dia de sangramento da última menstruação (DUM) para calcular idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP). Anote no cartão de pré-natal.</li> <li>- Se DUM incerta, use data aproximada e altura uterina (AFU), para cálculo. Se ≤13 semanas, agende/solicite USTV, se disponível. Se tem USG com &lt; 24 semanas, use DPP calculada pelo USG.</li> </ul>
Movimentos fetais	Se > 20 semanas, pergunte sobre movimentos fetais (MF). Se diminuídos/ausentes, deite paciente de lado, procure BCF e registre MF. Se < 10 MF em 2h ou sem BCF, encaminhe no mesmo dia.
Violência	No último ano, sofreu violência (física ou psicológica) ou sente-se com insegurança em seu relacionamento atual/passado? Se sim para qualquer um ↪ 106.
Saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um ↪ 154.</li> <li>Qualquer uso de álcool/drogas é arriscado. No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses<sup>1</sup>/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.</li> </ul>
IMC <sup>2</sup>	Se IMC < 18,5: exclua TB, verifique peso em toda consulta, encaminhe para avaliação com nutricionista. Se IMC > 30: discuta/encaminhe nutricionista.
Abdome, altura uterina (AFU) e batimento cardíaco fetal (BCF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se massa em abdome ou pelve, que não é o útero, solicite USG e discuta.</li> <li>Se ≥ 16 semanas ou DUM incerta, meça altura de fundo uterino (da parte superior do osso púbico até fundo uterino), anote no cartão pré-natal e marque na curva.</li> <li>- Se &gt; 3cm de diferença entre idade gestacional e AFU, ou se AFU &lt; 10º (considere RCIU<sup>3</sup>), ou &gt; 90º percentil (se &lt; 28 semanas, considere <b>gestação múltipla</b>): solicite USG e discuta.</li> <li>Se ≥ 12 semanas: verifique BCF para tranquilizar paciente. Se ausente: repita/<b>confirme</b> e encaminhe no mesmo dia.</li> </ul>
Corrimento ou perda de líquido vaginal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se refere corrimento ou perda de líquido vaginal, examine. Se corrimento vaginal ↪ 68. Se perda súbita de líquido claro e sem contrações: provável <b>RPM<sup>4</sup></b> ↪ 167</li> <li>- Se pequena quantidade de líquido claro/transparente: confirme com espéculo estéril e encaminhe no mesmo dia para avaliação com USG. Evite toque vaginal.</li> </ul>
PA (PA normal se < 140/90)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se PA ≥ 160/110: repita/<b>confirme</b> e maneje/encaminhe com urgência → 167.</li> <li>Se PA ≥ 140/90 e &lt; 160/110 e tem dor de cabeça, visão borrada/escotomas, dor abdominal: considere <b>pré-eclâmpsia grave</b> → 167.</li> <li>Se PA ≥ 140/90 e &lt; 160/110 e sem sintomas: faça teste rápido urinário, se disponível, ou solicite exame de urina (PU) para verificar proteinúria. Avalie resultado no mesmo dia:</li> <li>- Se proteinúria, provável <b>pré-eclâmpsia</b>: encaminhe no mesmo dia. Se sem proteinúria, investigue HAS gestacional: repita PA mais 2 vezes, com intervalo de &gt; 4 horas.</li> <li>• Se apenas 1 medida ≥ 140/90: discuta. Se 2 medidas ≥ 140/90, confirme <b>HAS gestacional</b>: prescreva metildopato ↪ 172, solicite HMG, TGO, TGP, creatinina e discuta/encaminhe.</li> <li>• Oriente paciente retornar imediatamente se dor de cabeça, problemas visuais ou dor abdominal.</li> </ul>
Tipagem sanguínea e fator Rh	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Rh negativo, anote no cartão de pré-natal e confirme Rh da parceria, se possível:</li> <li>- Se Rh da parceria negativo: discuta indicação de imunoglobulina anti-D.</li> <li>- Se Rh da parceria positivo/conhecido: solicite coombs indireto após 24 semanas e repita todo mês. Se coombs indireto positivo: discuta/encaminhe. Se negativo, prescreva imunoglobulina anti-D 300ug com 28 semanas e imediatamente/em até 72h após parto</li> </ul>
Hemograma	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Hb &lt; 8 e palidez com FR &gt; 30, dor no peito ou desmaio/cansaço fácil, encaminhe no mesmo dia. Se Hb &lt; 8 e sem sintomas, discuta/encaminhe.</li> <li>• Se Hb 8-11 até 14 semanas ou 8-10,5 a partir de 14 semanas, trate <b>anemia</b> ↪ 172 e repita hemograma em 1 mês.</li> </ul>
Sífilis	<b>Se não tem história de sífilis, faça teste rápido</b> (treponêmico). Se história de sífilis, solicite VDRL/RPR (não treponêmico). Interprete ↪ 70 e, se sífilis ativa, trate paciente/parcerias ↪ 71.
Teste rápido de HIV	Teste para HIV ↪ 122. Se positivo, solicite carga viral, ofereça cuidados de rotina ↪ 123, inicie/reinicie TARV ↪ 126 ou mantenha/não pare. Discuta e encaminhe com prioridade.
Hepatite B	Se tem anti-HBs ≥ 10, considere <b>imune</b> . Se anti-HBs < 10/conhecido, teste para HBV ( <b>faça teste rápido</b> ) ↪ 128. Se HBsAg reagente, discuta/encaminhe para <b>profilaxia com tenofovir</b> .
Teste rápido de HCV	Teste para hepatite C ↪ 129. Se reagente e com carga viral detectável, trate após parto e oriente que parto normal/amamentação <i>não são contraindicados</i> <sup>5</sup> : discuta/encaminhe.
HTLV 1 e 2	Solicite teste laboratorial ou realize teste rápido para HTLV 1 e 2, se disponível. <b>Se positivo, contraindique amamentação</b> e discuta.

Continue avaliando paciente gestante ↪ 170

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taca pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>2</sup>IMC = peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m). <sup>3</sup>Restrição de crescimento fetal intra uterino. <sup>4</sup>Ruptura prematura das membranas. <sup>5</sup>Se fissuras/feridas nos mamilos, contraindique amamentação.

Avalie	Observações
CT/NG <sup>1</sup>	Se ≥ 30 anos, solicite CT/NG <sup>1</sup> por PCR de acordo com prática sexual: vaginal receptivo (vagina), anal receptivo (ânus), oral ativo (orofaringe) e/ou vaginal/anal insertivo (urina). Se detectável, trate ↪ 171.
TSH	Se história pessoal/familiar de problemas da tireoide; história de irradiação de cabeça/pescoço, aborto recorrente ou parto prematuro; DM tipo 1/outras condições autoimunes; IMC ≥ 40, uso de amiodarona, lítio ou contraste radiológico iodado; proveniente de áreas com deficiência de iodo; sintomas de hipotireoidismo (ganho de peso ou desânimo sem causa definida, pele seca, piora/nova constipação não explicada, intolerância ao frio): solicite TSH e discuta para interpretar resultado.
USG	Se ≤ 13 semanas, solicite USTV, se disponível, para cálculo preciso da idade gestacional. Se entre 18-22 semanas, solicite USG obstétrico para rastrear malformações. Se alterações, discuta.
Exame de urina (PU), cultura (C) e antibiograma (TSA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cultura positiva <i>com</i> sintomas urinários, trate (use antibiograma), repita PU, C e TSA após 2-7 dias do tratamento e interprete resultado. Se cultura positiva <i>sem</i> sintomas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se &gt; 100.000 UFC/mL: trate de acordo com antibiograma e repita conforme rastreio padrão.</li> <li>- Se &lt; 100.000 UFC/mL: repita/<b>confirme</b> com segunda cultura. Se segunda cultura positiva: trate de acordo com antibiograma e repita conforme rastreio padrão.</li> <li>- Se estreptococos do grupo B também recomende antibioticoprofilaxia intraparto. Não há necessidade de rastrear com swab vaginal/anal.</li> </ul> </li> <li>Se proteinúria, verifique PA:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se PA ≥ 140/90, provável <b>pré-eclâmpsia</b>: encaminhe no mesmo dia.</li> <li>- Se PA &lt; 140/90 e ≥ 2+ de proteinúria, encaminhe para descartar nefropatia. Se PA &lt; 140/90 e &lt; 2+ de proteinuria, repita PU, C e TSA para excluir bactériuria.</li> </ul> </li> <li>Se glicose na urina, investigue diabetes ↪ 138.</li> </ul>
Rastreio de diabetes prévio à gestação e rastreio universal de diabetes gestacional (DMG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se &lt; 24 semanas solicite glicemia de jejum (GJ) para rastrear diabetes prévio à gestação ↪ 138 e interprete:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se GJ entre 90-109 considere <b>risco aumentado para DMG</b>: oriente dieta/atividade física, discuta/encaminhe nutricionista e rastreie DMG com ≥ 24 semanas (como abaixo).</li> <li>- Se GJ entre 110-125, repita GJ e interprete ↪ 138 Se GJ repetida 110-125: discuta, oriente dieta/atividade física, discuta/encaminhe nutricionista e rastreie DMG com ≥ 24 semanas (como abaixo).</li> <li>- Se GJ ≥ 126, repita GJ para considerar diagnóstico de <b>diabetes prévio à gestação</b> e interprete ↪ 138.</li> <li>- Se GJ &lt; 90, solicite teste de tolerância oral a glicose 75g após 24 semanas para rastreio universal de DMG como abaixo.</li> </ul> </li> <li>Se ≥ 24 semanas e sem diabetes prévio à gestação, solicite teste de tolerância oral à glicose 75g (preferencialmente entre 24-28 semanas) para rastreio universal de DMG:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se glicemia de jejum entre 92-125 ou glicemia de 1 hora ≥ 180 ou de 2 horas entre 153-199, diagnostique <b>diabetes gestacional (DMG)</b>: discuta/encaminhe.</li> <li>- Se glicemia de jejum ≥ 126 e de 2 horas ≥ 200, diagnostique <b>diabetes prévio à gestação</b>: discuta/encaminhe e ofereça cuidados de rotina ↪ 140.</li> <li>- Se glicemia de jejum ≥ 126 ou de 2 horas ≥ 200, repita teste e discuta/encaminhe para considerar diabetes prévio à gestação.</li> </ul> </li> <li>Se diagnóstico de <b>diabetes atual/prévio à gestação</b>, não precisa rastrear, discuta/encaminhe com prioridade.</li> </ul>
Toxoplasmose IgG/IgM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se IgG (+) e IgM (+), solicite teste de avidez: se avidez fraca <i>ou</i> IG &gt; 16 semanas, possível <b>infecção na gestação</b>: discuta/encaminhe para tratar. Se avidez forte e IG &lt; 16 semanas, discuta para considerar <b>infecção prévia</b>.</li> <li>Se IgG (-) e IgM (+), possível <b>infecção na gestação</b>: discuta/encaminhe para tratar. Se IgG (+) e IgM (-), considere <b>infecção prévia</b>, não precisa repetir. Se IgG (-) e IgM (-): repita entre 14-24 semanas e após 28 semanas.</li> </ul>

Continue aconselhando e tratando paciente gestante → 172.

**CONSULTA DE SEGUIMENTO:** avalie gestante na 1<sup>a</sup> consulta (se ainda não tiver feito) ↪ 169 e reavale cada 30 dias até 34 semanas, cada 15 dias até 36 semanas e então cada 7 dias até parto.

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Verifique se precisa de atenção urgente ↪ 167. Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.
Idade Gestacional (IG)	Toda consulta	Se ≥ 41 semanas, confirme DPP (data provável do parto) ↪ 169 e encaminhe para avaliação fetal e possível indução de parto.
Movimentos fetais (MF)	Se > 20 semanas	Se diminuídos/ausentes, deite paciente de lado, procure BCF e registre os MF. Se < 10 MF em 2h ou sem BCF, encaminhe no mesmo dia.
Violência	Toda consulta	No último ano, sofreu violência (física ou psicológica) ou sente-se com insegurança em seu relacionamento atual/passado? Se sim para qualquer um ↪ 106.
Saúde mental	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um ↪ 154.</li> <li>• No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses<sup>2</sup>/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.</li> </ul>
IMC <sup>3</sup>	Toda consulta	Se IMC < 18.5: exclua TB, verifique peso em toda consulta, encaminhe para avaliação com nutricionista. Se IMC > 30: discuta/encaminhe nutricionista.

Continue avaliando paciente gestante → 171.

<sup>1</sup>Rastreio de clamídia e gonococo. <sup>2</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taca pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. <sup>3</sup>IMC = peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m).

Avalie	Quando avaliar	Observações
Abdome, altura uterina (AFU) e batimento cardíaco fetal (BCF)	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se massa em abdome ou pelve, que não é o útero, solicite <b>USG</b> e <b>discuta</b>.</li> <li>Se <math>\geq 16</math> semanas ou DUM incerta, meça altura de fundo uterino (da parte superior do osso púbico até fundo uterino), anote no cartão pré-natal e marque na curva</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se <math>&gt; 3</math>cm de diferença entre IG e AFU, ou se AFU <math>&lt; 10^\circ</math> (considere <b>RCIU<sup>1</sup></b>), ou <math>&gt; 90^\circ</math> percentil (se <math>&lt; 28</math> semanas, considere <b>gestação múltipla</b>): solicite <b>USG</b> e <b>discuta</b>.</li> </ul> <li>Se <math>\geq 12</math> semanas: verifique BCF para tranquilizar paciente. Se ausente: repita/<b>confirme</b> e encaminhe no mesmo dia.</li> <li>Se <math>\geq 37</math> semanas e apresentação pélvica/não-cefálica, <b>discuta</b> (considerar USG e/ou encaminhar com <math>&gt; 39</math> semanas para maternidade para avaliar via de parto).</li> </ul>
Corrimento ou perda de líquido vaginal	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se corrimento vaginal <a href="#">68</a>. Se perda súbita de líquido claro e sem contrações: provável <b>RPM<sup>2</sup></b> <a href="#">167</a>.</li> <li>- Se pequena quantidade de líquido claro/transparente: confirme com espéculo estéril e encaminhe no mesmo dia para avaliação com USG. Evite toque vaginal.</li> </ul>
PA (PA é normal se $< 140/90$ )	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se PA <math>\geq 160/110</math>: repita/confirme e maneje/encaminhe com urgência <a href="#">167</a>.</li> <li>Se PA <math>\geq 140/90</math> e <math>&lt; 160/110</math> e tem dor de cabeça, visão borrada/escotomas, dor abdominal: considere <b>pré-eclâmpsia grave</b> <a href="#">167</a>.</li> <li>Se PA <math>\geq 140/90</math> e <math>&lt; 160/110</math> e sem sintomas: faça teste rápido urinário, se disponível, ou solicite exame de urina (PU) para verificar proteinúria. Avalie resultado no mesmo dia:</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se proteinúria, provável <b>pré-eclâmpsia</b>: encaminhe no mesmo dia. Se sem proteinúria, investigue HAS gestacional: repita PA mais 2 vezes, com intervalo de <math>&gt; 4</math> horas.</li> <li>• Se só 1 medida <math>\geq 140/90</math>: <b>discuta</b>. Se 2 medidas, confirme <b>HAS gestacional</b>: dê <b>metildopa</b> <a href="#">172</a>, solicite <b>HMG, TGO, TGP, creatinina</b> e <b>discuta</b>/encaminhe.</li> <li>• Oriente paciente retornar imediatamente se dor de cabeça, problemas visuais ou dor abdominal.</li> </ul> </ul>
Hemograma	Após 28 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Hb <math>&lt; 8</math> e palidez com FR <math>&gt; 30</math>, dor no peito ou desmaio/cansaço fácil, encaminhe no mesmo dia. Se Hb <math>&lt; 8</math> e sem sintomas, <b>discuta</b>/encaminhe.</li> <li>Se Hb 8-11 até 14 semanas ou 8-10,5 a partir de 14 semanas, trate <b>anemia</b> <a href="#">172</a> e repita hemograma em 1 mês.</li> </ul>
Sífilis	Entre 14-26 e após 28 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Se não tem história de sífilis, faça teste rápido (treponêmico)</b>. Se história de sífilis, solicite VDRL/RPR (não treponêmico). Interprete <a href="#">70</a>.</li> <li>- Se sífilis ativa, trate paciente/parcerias <a href="#">71</a>.</li> </ul>
Teste rápido de HIV	Entre 14-26 e após 28 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teste para HIV <a href="#">122</a>.</li> <li>- Se positivo, solicite carga viral, ofereça cuidados de rotina <a href="#">123</a>, inicie/reinicie TARV <a href="#">126</a> ou mantenha/não pare. <b>Discuta</b> e encaminhe com prioridade.</li> </ul>
Hepatite B	Após 28 semanas: se anti-HBs $< 10$ /desconhecido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se tem anti-HBs <math>\geq 10</math>, considere <b>imune</b>. Se anti-HBs <math>&lt; 10</math>/desconhecido, teste para HBV (<b>faça teste rápido</b>) <a href="#">128</a>.</li> <li>- Se HBsAg reagente, <b>discuta</b>/encaminhe para <b>profilaxia com tenofovir</b>.</li> </ul>
CT/NG <sup>3</sup>	Após $> 28$ semanas: se fatores de risco <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se CT e NG detectáveis ou NG detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: dê dose única de <b>ceftriaxona</b> 500mg IM e <b>azitromicina</b> 1g via oral.</li> <li>Se somente CT detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: prescreva dose única de <b>azitromicina</b> 1g via oral.</li> </ul>
USG obstétrico	18-22 semanas	Se entre 18-22 semanas, agende/solicite USG obstétrico para rastrear malformações. Se alterações, <b>discuta</b> .
Exame de urina (PU), cultura (C) e antibiograma (TSA)	Após 28 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cultura positiva com sintomas urinários, trate (use antibiograma), repita PU, C e TSA após 2-7 dias do tratamento e <b>interprete</b> resultado. Se cultura positiva sem sintomas:</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se <math>&gt; 100.000</math> UFC/mL: trate de acordo com antibiograma e repita conforme rastreio padrão.</li> <li>- Se <math>&lt; 100.000</math> UFC/mL: repita/<b>confirme</b> com segunda cultura. Se segunda cultura positiva: trate de acordo com antibiograma e repita conforme rastreio padrão.</li> <li>- Se estreptococos do grupo B também recomende antibioticófilia intraparto. Não há necessidade de rastrear com swab vaginal/anal.</li> </ul> <li>Se proteinúria, verifique PA: se <math>\geq 140/90</math>, provável <b>pré-eclâmpsia</b>: encaminhe no mesmo dia.</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se PA <math>&lt; 140/90</math> e <math>\geq 2+</math> de proteinúria, encaminhe para descartar nefropatia. Se PA <math>&lt; 140/90</math> e <math>&lt; 2+</math> de proteinúria, repita PU, C e TSA para excluir bacteriúria.</li> </ul> <li>Se glicose na urina, investigue diabetes <a href="#">138</a>.</li> </ul>
Rastreio universal de diabetes gestacional	$\geq 24$ semanas: se não tem diabetes conhecida	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se <math>\geq 24</math> semanas e sem diabetes prévio à gestação, solicite teste de tolerância oral à glicose 75g (preferencialmente entre 24-28 semanas):</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se glicemia de jejum entre 92-125 ou glicemia de 1 hora <math>\geq 180</math> ou de 2 horas entre 153-199, diagnostique <b>diabetes gestacional (DMG)</b>: <b>discuta</b>/encaminhe.</li> <li>- Se glicemia de jejum <math>\geq 126</math> e de 2 horas <math>\geq 200</math>, diagnostique <b>diabetes prévio a gestação</b>: <b>discuta</b>/encaminhe e ofereça cuidados de rotina <a href="#">140</a>.</li> <li>- Se glicemia de jejum <math>\geq 126</math> ou de 2 horas <math>\geq 200</math>, repita teste e <b>discuta</b>/encaminhe para considerar diabetes prévio a gestação.</li> </ul> <li>Se diagnóstico de diabetes atual/prévio à gestação, não precisa rastrear, <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade.</li> </ul>
Toxoplasmose IgG/IgM	Entre 14-24 semanas e após 28 semanas: se IgG (-) e IgM (-)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se IgG (+) e IgM (+), solicite teste de avidez: se avidez fraca ou IG <math>&gt; 16</math> semanas, possível <b>infecção na gestação</b>: <b>discuta</b>/encaminhe para tratar. Se avidez forte e IG <math>&lt; 16</math> semanas, <b>discuta</b> para considerar <b>infecção prévia</b>.</li> <li>Se IgG (-) e IgM (+), possível <b>infecção na gestação</b>: <b>discuta</b>/encaminhe para tratar. Se IgG (+) e IgM (-), considere <b>infecção prévia</b>, não precisa repetir.</li> </ul>

Continue avaliando paciente gestante [172](#).

<sup>1</sup>Restrição de crescimento fetal intrauterino. <sup>2</sup>Ruptura prematura das membranas. <sup>3</sup>Rastreio de clamídia e gonococo, solicite por PCR de acordo com prática sexual: vaginal receptivo (vagina), anal receptivo (ânus), oral ativo (orofaringe) e/ou vaginal/anal insertivo (urina). <sup>4</sup>IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias sexuais, uso irregular de preservativo.

Avalie	Quando avaliar	Observações
Coombs indireto	> 24 semanas então mensal: se necessário	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se gestante Rh negativo e Rh da parceria positivo/desconhecido: solicite coombs indireto após 24 semanas e repita todo mês até parto.</li> <li>Se coombs indireto positivo: <b>discuta</b>/encaminhe. Se negativo, prescreva <b>imunoglobulina anti-D</b> 300ug com 28 semanas e imediatamente/em até 72h após parto.</li> </ul>
Streptococcus grupo B - SGB (vaginal e retal)	Entre 36 e 38 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se positivo, anote em carteira da gestante e oriente sobre antibioticoprofilaxia intraparto.</li> <li>Se bacteriúria por SGB na gestação atual ou prévia, não precisa rastrear: anote na carteira da gestante e oriente sobre antibioticoprofilaxia intraparto.</li> </ul>

### Aconselhe paciente gestante

- Se fuma, aconselhe e motive parar **↳ 153**, evitar álcool/drogas (qualquer uso de álcool/drogas é arriscado para o bebê), evitar/reduzir cafeína e não abusar de medicamentos. Apoie para mudança **↳ 17** e oriente a não tomar medicamentos sem prescrição.
- Aconselhe paciente suscetível a toxoplasmose (IgG não reagente ou desconhecido) evitar carne/peixe/frutos do mar crus ou mal passados, comida pré-preparada resfriada, leite não pasteurizado.
- Oriente higienizar mãos, lavar frutas e vegetais antes de comer, usar luvas ao trabalhar com terra e lavar mãos após, evitar contato com fezes de gato.
- Oriente sexo seguro. Se em risco para HIV/IST<sup>1</sup>, reforce uso de preservativos por toda gestação e ofereça PrEP **↳ 110**. Oriente que parceria teste para IST. Discuta contracepção pós-parto **↳ 165**.
  - Ofereça e agende consulta para parceria sexual, teste para HIV, sífilis, hepatite B e C. Se parceria desconhecida/recusa testar HIV, ofereça PrEP para paciente **↳ 110**.
- Oriente sintomas de emergência: dor de cabeça persistente, visão borrada, dor abdominal, perda de líquido/sangramento vaginal e redução de movimentos fetais. Oriente retornar com urgência.
- Oriente evitar viajar para áreas de zika, dengue ou malária. Se não for possível, oriente usar repelentes (consulte opções e uso adequado), roupas que protejam área exposta e usar mosquiteiros para dormir.
- Se HIV e HTLV negativos, estimule amamentação exclusiva por 6 meses: apenas leite materno (sem fórmula, água, cereal). Se HIV ou HTLV positivo, contraindique a amamentação e oriente uso de fórmula.
- Envolve equipe multiprofissional se depressão/ansiedade, gravidez indesejada, idade < 15 anos, violência/, baixo/sem suporte familiar/social/parceria ou outros fatores de risco sociais e emocionais.

### Trate paciente gestante

- Encaminhe gestante para consulta com dentista, se disponível.

Profilaxia/Tratamento	Observações
Ácido fólico	Prescreva <b>ácido fólico</b> 0,2 mg/ml (40 gotas), se disponível, ou <b>ácido fólico</b> 5mg ao dia até 12 semanas de gestação.
Sulfato ferroso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifique se tem risco de pré-eclâmpsia (vide abaixo):           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se <i>não tem</i> risco de pré-eclâmpsia e ≥ 16 semanas, dê <b>sulfato ferroso</b> 40-60mg de ferro elementar ao dia (30min antes da refeição com suco cítrico, evitar chá/café 2h antes ou após o sulfato ferroso).</li> <li>- Se Hb 8-11 até 14 semanas ou 8-10,5 a partir de 14 semanas: dê <b>sulfato ferroso</b> 120mg de ferro elementar ao dia, repita HMG em 1 mês:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se Hb subindo: continue tratamento e repita HMG cada 1-2 meses até Hb &gt; 11, então <b>reduza</b> sulfato ferroso para 40-60mg ao dia até 3º mês pós-parto.</li> <li>- Se Hb estagnada ou caindo: <b>aumente</b> sulfato ferroso para 240mg de ferro elementar ao dia e repita HMG em 1 mês:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se Hb subindo: continue tratamento e repita HMG cada 1-2 meses até Hb &gt; 11g, então <b>reduza</b> sulfato ferroso para 40-60mg de ferro elementar ao dia até o 3º mês pós-parto.</li> <li>- Se Hb estagnada ou caindo: <b>discuta</b>/encaminhe com prioridade.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Vacina contra influenza	Se gestação durante campanha de vacinação contra influenza, prescreva uma dose.
Vacina contra HBV	Se vacina HBV incompleta (< de 3 doses) ou desconhecida ou anti-HBs < 10, prescreva <b>vacina contra HBV</b> .
Vacina de tétano, difteria e coqueluche (dTpa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se tem 3 doses de dT, prescreva uma dose da <b>vacina de tétano, difteria e coqueluche (dTpa)</b> preferencialmente entre 27 e 36 semanas ou entre 20 semanas e até 45 dias após parto.</li> <li>Se não tem 3 doses de dT, complete esquema da <b>dT</b> com 1-2 mês(es) entre doses. Garanta que 1 dose seja da <b>dTpa</b> e aplicada preferencialmente entre 27 e 36 semanas ou após 20 semanas.</li> </ul>
AAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considere risco de pré-eclâmpsia se tem um fator de alto risco (HAS, DM, doença renal, autoimune ou pré-eclâmpsia prévia) ou dois fatores moderado risco (primeira gestação atual ou última gestação após &gt;10 anos, IMC ≥ 35, histórico familiar de pré-eclâmpsia, &gt; 40 anos, gestação gemelar).           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se tem <b>risco de pré-eclâmpsia</b>, prescreva <b>AAS</b> 100mg ao dia a partir das 12 semanas. Pare 10 dias antes da data provável do parto.</li> </ul> </li> </ul>
Cálcio elementar	Se tem risco de pré-eclâmpsia e baixa ingestão de cálcio na dieta (sem lacticínios, baixo consumo de frutas ou vegetais, alto consumo de bebidas com baixo nível de cálcio, como refrigerantes): prescreva <b>cálcio elementar</b> 1,5g ao dia (em horários diferentes do sulfato ferroso, se em uso deste, pois pode interferir absorção de ferro) a partir das 20 semanas.
Metildopa	Se <b>HAS gestacional</b> : prescreva <b>metildopa</b> 250mg cada 12 horas. Reavaliação cada 2-7 dias. Se PA ≥ 140/90 aumente 250 mg cada 2-7 dias, até máximo de 750mg cada 8 horas (máximo de 2g/dia).

**Reavalie gestante cada 30 dias até 34 semanas, cada 15 dias até 36 semanas e então cada 7 dias até parto.**

<sup>1</sup>IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias sexuais, uso irregular de preservativo.

# Cuidado pós-natal (puerperal) de rotina

## Atenda com urgência puérpera com um ou mais dos seguintes:

- Sangramento intenso provável **hemorragia pós-parto**
- Convulsionando ou acabou de ter uma convulsão até 1 semana pós-parto → 167
- PA  $\geq 160/110$  ou PA  $\geq 140/90$  com dor de cabeça/visão borrada/dor abdominal: provável **pré-eclâmpsia grave** → 167
- Mal estar e temperatura  $> 38^{\circ}\text{C}$ : provável **sepse puerperal**
- PAS  $\leq 90$
- FC  $\geq 100$
- Lacerção perineal estendendo-se até ânus ou reto
- Palidez com frequência respiratória  $\geq 30$ , dor no peito, desmaio/cansaço fácil ou Hb  $< 7\text{g/dL}$

### Maneje e encaminhe com urgência:

- Se PAS  $\leq 90$  ou sangramento com FC  $\geq 100$ , aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PAS  $> 90$ . Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.
- Se provável **hemorragia pós-parto**:
  - Massageie o útero e esvazie a bexiga (com cateter se necessário).
  - Se sangramento intenso, faça compressão bimanual<sup>1</sup> ou aórtica externa<sup>2</sup> durante a transferência da paciente.
- Mal-estar e temperatura  $> 38^{\circ}\text{C}$ , provável **sepse**: **investigue causas** e avalie necessidade de encaminhar no mesmo dia.

## Avalie mãe e bebê até 10 dias e então com 6 semanas após parto

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maneje sintomas da mãe conforme a página do síntoma. Maneje sintomas do bebê conforme protocolos locais.</li> <li>• Pergunte sobre incontinência urinária (vazando ou gotejando urina). Se ainda presente após 6 semanas, trate para problemas de fluxo urinário ↪ 78.</li> </ul>
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 ↪ 154.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu $\geq 4$ doses <sup>3</sup> /vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↪ 152.
Planejamento familiar	Toda consulta	Avalie necessidades de contracepção ↪ 165. Se DIU não inserido nas 48h após parto, considere inserir após 4-6 semanas; ou aplique injeção de progestágeno ou prescreva pílula de progestágeno isolado a qualquer momento. Evite contraceptivo oral/injetável combinado entre 6 semanas após parto e por 6 meses se amamentando.
Alimentação do bebê	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se amamentando: verifique se tem problemas da mama ↪ 76. Avalie pega do bebê (observe amamentação) e estimule amamentação exclusiva se mãe HIV e HTLV negativa<sup>4</sup>.</li> <li>• Se alimentação por fórmula: confirme preparação ideal da fórmula e que esta seja acessível, possível, aceitável, segura e sustentável.</li> </ul>
Risco psicossocial	Toda consulta	Ajude acessar suporte e envolva equipe multiprofissional de apoio se: não está interagindo com bebê, trauma no último ano, história de depressão/ansiedade/abuso, HIV, < 15 anos, insatisfação com gravidez, sem parceria/apoio, sem dinheiro para comida, em situação de rua, violência doméstica, condição de refugiado.
Bebê	Toda consulta	Avalie e maneje a criança conforme os protocolos locais. Garanta que bebê esteja com as imunizações em dia.
Abdome e períneo	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ferida perineal ou abdominal: avalie cicatrização. Aconselhe banhos de acento com água morna 2x/dia para feridas perineais. Se ferida vermelha/quente/dolorida/inchada/ com mau cheiro/pus, <b>discuta</b>. Se necessário, remova suturas 10 dias após parto.</li> <li>• Se abdome dolorido, corrimento com mau cheiro ou útero pouco contraído: verifique temperatura e <b>discuta</b> no mesmo dia.</li> </ul>
PA (PA é normal se $< 140/90$ )	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se <math>\leq 1</math> semana pós-parto e PA <math>\geq 160/110</math>: maneje/encaminhe com urgência → 167.</li> <li>• Se <math>\leq 1</math> semana pós-parto e PA <math>\geq 140/90</math> e <math>&lt; 160/110</math> e tem dor de cabeça, visão borrada/escotomas, dor abdominal: considere <b>pré-eclâmpsia grave</b> e encaminhe com urgência.</li> <li>• Se <math>\leq 1</math> semana pós-parto e PA <math>\geq 140/90</math> e <math>&lt; 160/110</math> e sem sintomas: solicite PU para verificar proteinúria e verifique resultado no mesmo dia:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se proteinúria, provável <b>pré-eclâmpsia</b>: encaminhe no mesmo dia.</li> <li>- Se <i>sem</i> proteinúria, ↪ 143.</li> </ul> </li> <li>• Se <math>&gt; 1</math> semana pós-parto e PA <math>\geq 140/90</math> ↪ 143.</li> </ul>

Continue avaliando mãe e bebê → 174.

<sup>1</sup>Compressão 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. <sup>2</sup>Compressão aórtica externa: pressione para baixo com o punho logo acima da cicatriz umbilical até que o pulso femoral não seja sentido. <sup>3</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafa) de cerveja. <sup>4</sup>Se residente em Porto Alegre, teste para HIV ↪ 122 cada 3 meses enquanto amamentar.

### Continue avaliando mãe e bebê

Avalie	Quando avaliar	Observações
HIV na mãe <sup>1</sup>	Se não realizado <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teste para HIV ↪ 122. Se positivo ofereça cuidados de rotina para HIV ↪ 123 e inicie TARV imediatamente ↪ 126.</li> <li>Se mãe testar HIV positivo, suspenda/contraindique amamentação e aconselhe fórmula. Encaminhe bebê com prioridade.</li> </ul>
HIV no bebê exposto ao HIV	Verifique protocolo	<b>Discuta/encaminhe</b> 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"> <li>Solicite teste não treponêmico<sup>2</sup>. Se 2 testes consecutivos não reagentes, interrompa seguimento laboratorial com teste não treponêmico. Com 18 meses, considere fazer teste rápido (treponêmico) e <b>interprete resultado</b>.</li> <li>Se elevação do teste não treponêmico ou não negativação até 18 meses ou persistência de títulos baixos, <b>discuta</b> para considerar retratamento ou investigação adicional.</li> </ul>
Hemograma	Se palidez no pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Hb &lt; 7g/dL e palidez com FR &gt; 30, dor no peito ou desmaio/cansaço fácil, encaminhe no mesmo dia.</li> <li>Se Hb &lt; 7g/dL e sem sintomas, <b>discuta/encaminhe</b>.</li> <li>Se Hb 7-11g/dL, trate como abaixo.</li> </ul>
Sífilis na mãe	Se não realizado	Teste mãe para sífilis ↪ 70: se positivo trate mãe ↪ 71 e bebê.
Citopatológico	Se necessário	Avalie necessidade de rastrear câncer de colo de útero ↪ 73.

### Aconselhe mãe

- Estimule mãe a retomar atividades cotidianas logo após parto, repousar frequentemente e alimentar-se adequadamente. Oriente manter períneo limpo e trocar absorventes cada 4-6 horas.
- Oriente retorno urgente se sangramento intenso, corrimento vaginal, ferida avermelhada/com secreção, febre, tontura, dor de cabeça/abdominal/panturrilhas, visão turva ou se bebê não estiver bem.
- Oriente sobre alimentação do bebê e, se necessário, agende consulta de enfermagem para apoio:
  - Se mãe HIV e HTLV negativos, estimule amamentação exclusiva até os 6 meses (somente leite materno, sem fórmula, água ou cereais) e oriente importância de verificar regularmente status de HIV durante a amamentação<sup>1</sup>.
  - Se mãe HIV ou HTLV positivo, contraindique amamentação e oriente o uso de fórmula. Se mãe HIV positivo, verifique se mãe/responsável está administrando corretamente a TARV para bebê.
  - Se uso de fórmula láctea: confirme preparação ideal e que seja acessível, possível, aceitável, segura e sustentável. Evite alimentação mista antes dos 6 meses.
  - A partir dos 6 meses, introduza alimentos complementares enquanto mantém amamentação (se HIV e HTLV negativa) ou fórmula láctea, se em uso.
- Explique que os primeiros anos de vida de uma criança são vitais para seu desenvolvimento: incentive mãe e pai a reagir quando bebê chorar e a segurar, falar/cantar e fazer contato visual com bebê para ajudar com vínculo e desenvolvimento. Se mãe achar isso difícil, encoraje-a a voltar com mais frequência e, se disponível, encaminhe para grupos de suporte/envolva equipe multiprofissional de apoio.

### Trate mãe

- Se em uso, mantenha **sulfato ferroso** 40-60mg de ferro elementar<sup>3</sup> ao dia por 6-12 semanas após parto. Se Hb 7-11g/dL, prescreva **sulfato ferroso** 120mg de ferro elementar<sup>3</sup> ao dia e repita hemograma em 1 mês:
  - Se Hb subindo: continue tratamento e repita hemograma cada 1-2 meses até Hb > 11g/dL, então reduza **sulfato ferroso** para 40-60mg de ferro elementar<sup>3</sup> ao dia até 3 meses após Hb > 11g/dL.
  - Se Hb estagnada ou caindo: aumente **sulfato ferroso** para 240mg de ferro elementar<sup>3</sup> ao dia e repita hemograma em 1 mês:
    - Se Hb subindo: continue tratamento e repita hemograma cada 1-2 meses até Hb > 11g/dL, então reduza **sulfato ferroso** para 40-60mg de ferro elementar<sup>2</sup> ao dia até 3 meses após Hb > 11g/dL.
    - 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 no pós parto. Se não foi aplicada, **discuta/encaminhe** para aplicação.
- Confira se 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 períneo, prescreva **paracetamol** ou **dipirona**<sup>3</sup> 500-1000mg a cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- Se HIV positiva e sem TARV, inicie TARV imediatamente ↪ 126. Se mãe já em TARV, não pare e **discuta/encaminhe** para decidir se precisa alterar esquema de TARV.

### Reavale mãe e bebê com 6 semanas após parto.

<sup>1</sup>Se residente em Porto Alegre, teste para HIV ↪ 122 cada 3 meses enquanto amamentar. <sup>2</sup>Se primeira punção lombar alterada, também solicite punção lombar cada 6 meses até normalizar. Se persistir alterada, **discuta**. <sup>3</sup>Oriente tomar comprimidos 30 min antes das refeições com sucos cítricos e evitar cha/café 2 horas antes ou após tomada dos comprimidos. <sup>4</sup>Não prescreva se alergia prévia.

# Menopausa

- Exclua gestação antes de diagnosticar menopausa. Se gestante → 167.
- Menopausa é ausência de menstruação por ≥ 12 meses seguidos (diagnóstico sem necessidade de exames). Maioria apresenta sintomas de menopausa e ciclos irregulares na perimenopausa.
- Se < 40 anos, discuta/encaminhe.

## Avalie paciente em menopausa

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pergunte sobre: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor, problemas de memória, dificuldade para dormir ↪ 107 e problemas sexuais ↪ 77.</li> <li>Se suores noturnos questione sintomas de TB como perda de peso e tosse ≥ 3 semanas. Se presentes, exclua TB ↪ 116.</li> <li>Se amenorreia e IMC &lt; 18,5 e preocupações excessivas sobre peso corporal, discuta para investigar anorexia.</li> </ul>
Saúde mental	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalie e maneje o estresse ↪ 105.</li> <li>No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 154.</li> </ul>
Sangramento vaginal	Toda consulta	Se sangramento após relação sexual ou após 1 ano de amenorreia: solicite USG, interprete e discuta
RCV	No diagnóstico, conforme risco	Avalie RCV ↪ 134. Reavalie conforme RCV (< 10%, em 5 anos; 10-20%, em 1 ano; ≥ 20%, em 6 meses).
Risco de osteoporose	No diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calcule FRAX (<a href="http://abbraso.org.br/frax-brasil/">abbraso.org.br/frax-brasil/</a>). Considere solicitar densitometria óssea se 1 ou mais dos seguintes: risco FRAX de fratura de quadril ≥3% ou de fratura osteoporótica maior ≥ 20%; se &lt; 65 anos com perda de &gt; 3cm na altura; uso de corticoides &gt; 3 meses; início da menopausa &lt; 45 anos; IMC &lt; 21; &gt; 2 doses<sup>1</sup> de álcool/dia; tabagismo pesado (≥ 20 cigarros/dia); história de fratura de quadril/punho/coluna.</li> <li>Discuta para tratar se T-escore ≤ -2,5 no fêmur proximal; ou ≤ -1,0 e ≥ -2,49 em pacientes com FRAX acima do limiar de intervenção. Se história de fratura de quadril/punho/coluna, discuta para avaliar se trata.</li> </ul>
Planejamento familiar	No diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se &lt; 50 anos, prescreva/mantenha contracepção por 2 anos após última menstruação ↪ 165.</li> <li>Se ≥ 50 anos, mude para método não hormonal ou pílula de progestágeno isolado/ACMP por até 1 ano após última menstruação ↪ 165.</li> </ul>
Risco de câncer de mama	No diagnóstico e anual	Examine mamas e axilas: se nódulo/s nas mamas ou axilas ↪ 76. Se indicada terapia hormonal, solicite MMG antes de iniciar e interprete resultado ↪ 76.
TSH	No diagnóstico e se necessário	Se ganho de peso, FC ≥ 100, palpitações, tremores, irritabilidade, intolerância ao calor ou aumento da tireoide. Repita TSH e discuta. Se TSH alterado, solicite T4 e discuta.
Exame citopatológico	Se necessário	Avalie necessidade de fazer rastreio do câncer de colo de útero ↪ 73.

## Aconselhe paciente em menopausa

- Para lidar com os fogachos, oriente paciente usar roupas leves, diminuir consumo de álcool, evitar alimentos apimentados, cafeína, bebidas e ambientes quentes. Ajude a manejá-lo seu RCV ↪ 136.
- Se paciente com dificuldades em lidar com alterações de humor, considere envolver a equipe multiprofissional de apoio. Se fuma tabaco, motive parar ↪ 153.
- Oriente sobre riscos<sup>2</sup>, contraindicações<sup>3</sup> e benefícios da terapia hormonal e que geralmente é usada por 2-5 anos, mas pode ser necessário mais tempo de tratamento para controlar os sintomas.

## Trate paciente em menopausa

- Se fogachos/suor noturno/dificuldade para dormir que interferem com funções da vida diária, ofereça terapia hormonal se não houver contraindicação<sup>3</sup>.
  - Se paciente teve útero removido (histerectomia): discuta alternativas que contenham somente estrogênio. Se paciente tem útero: discuta alternativas que contenham estrogênio e progestágeno.
- Se atrofia/ressecamento vaginal/dor na relação sexual: ofereça gel lubrificante (se usa com preservativo, evite base oleosa/petróleo) e/ou dê estriol 1mg/g creme vaginal 0,5g ao dia por 14 dias. Se sem melhora após 14 dias, discuta. Se melhora, reduza para 2x/semana por até 3 meses. Se após tratamento paciente reiniciar com sintomas, considere reiniciar por 2x/semana e discuta quando parar.
- Reavalie cada 12 meses se em terapia hormonal e tente diminuir/parar se sintomas controlados. Se ≥ 5 anos de terapia hormonal ou ≥ 10 anos da menopausa ou > 60 anos, pare terapia hormonal. Se ainda sintomática, discuta/encaminhe

<sup>1</sup>Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafa) de cerveja. <sup>2</sup>Se terapia hormonal só com estrogênio: aumento de risco de AVC/AIT e TVP. Se TH combinada: aumento de risco de câncer de mama (se usa > 5 anos), AVC, TVP, TEP e IAM. <sup>3</sup>Terapia hormonal só com estrogênio: contraindicada em pessoas com útero (aumento de risco de hiperplasia/câncer endometrial). Ambas as terapias hormonais são contraindicadas se: câncer de mama/endométrio/ovário (suspeita, atual ou prévio), sangramento uterino anormal de causa desconhecida, TVP/TEP (atual ou prévio), doença hepática ativa (com alteração da função hepática), trombofilias, história de IAM/AVC/AIT, alto RCV, HAS não tratada.

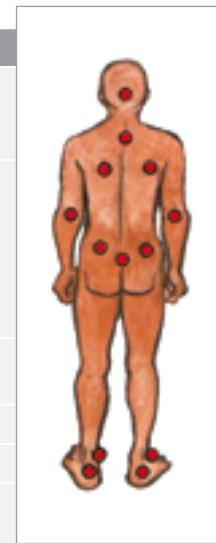
# Cuidados paliativos de rotina

## Um paciente pode receber cuidados curativos e paliativos ao mesmo tempo. Confirme que paciente necessita de cuidados paliativos:

- Paciente fica na cama ou cadeira por mais da metade do dia ou depende de outros para maioria dos cuidados de rotina ou teve internações hospitalares *não planejadas* nos últimos 3 meses 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 paciente que necessita de cuidados paliativos

Avalie	Observações
Sintomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se constipação, náusea/vômitos, cólicas abdominais, coceira generalizada, ansiedade ou tosse/falta de ar, maneje ↪ 177.</li> <li>• Se dificuldade para dormir ↪ 107.</li> <li>• Maneje outros sintomas conforme a página do sintoma.</li> </ul>
Dor	<p>Avalie a gravidade e o tipo da dor para ajudar paciente a decidir qual analgésico será iniciado ou otimizado ↪ 177:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peça ao paciente para apontar na escala se sua dor é leve, moderada ou intensa:</li> </ul> <p>0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      pior dor possível</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peça para descrever dor: espasmos musculares; dor óssea; choque/queimação, provável <b>dor neuropática</b>; se câimbras, cólica abdominal, provável <b>dor somática</b>.</li> </ul>
Saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergunte se tem sentimentos persistentes de desesperança ou inutilidade ↪ 154. Se pensamentos ou planos de suicídio ↪ 101</li> <li>• Se tristeza, estresse ou ansiedade ↪ 105.</li> </ul>
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/ayudas precisa agora e no futuro.
Cuidado crônico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avalie quanto paciente e família entendem sobre condição e pergunte quais informações adicionais precisam.</li> <li>• Avalie necessidade contínua de cuidados crônicos, discuta com paciente e equipe. Considere qual medicamento pode ser descontinuado.</li> </ul>
Terminalidade	Se paciente deteriorando e $\geq 2$ de: restrito ao leito, consciência diminuída, capaz de ingerir somente líquidos ou incapaz de tomar comprimidos, avalie necessidades do(a) paciente ↪ 178.
Boca	Verifique higiene oral e investigue boca seca, úlceras ou candidíase oral ↪ 49. Se sintomas da gengiva ou dentes ↪ 50. Se dificuldade para engolir, <b>discuta</b> .
Lesão por pressão	Se restrito ao leito ou em cadeira de rodas, verifique áreas comuns para lesão de pele (mudança de cor) e lesão por pressão (veja figura). Se tem lesão por pressão ↪ 94.



### Aconselhe 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 paciente e cuidador para grupos de suporte, equipe multiprofissional de apoio, conselheiro espiritual ou cuidado pastoral. Lide com o luto ↪ 105.
- Previna lesão por pressão: lavar e secar pele diariamente. Manter lençóis secos. Mover (elevar, não arrastar) paciente cada 1-2h. Procurar alterações na cor da pele (veja 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  $\frac{1}{2}$  colher de chá de sal em 1 copo d'água após comer e à noite.
- Enfatize a importância de tomar o medicamento para dor 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 adoece. Ofereça pequenas refeições frequentemente e permita que escolha o que comer dentro do que estiver disponível.
- Eduque cuidador para reconhecer sinais de deterioração e morte iminente: pode ficar menos responsável, tornar-se frio, sonolento, com respiração irregular e sem interesse em comer.
- Discuta com paciente e cuidador planos e preferências. Documente as escolhas.

### Trate paciente que necessita de cuidados paliativos

- Se perda de apetite angustiar paciente, dê **prednisona** 5mg via oral pela manhã para estimular apetite. **Aumente** até 15mg, se necessário. **Suspenda** se não responder em 14 dias.
- Se dor, objetive paciente sem dor em repouso, capaz de dormir e apto a lidar com tarefas básicas diárias. Inicie medicamento para dor com base no tipo e gravidade da dor:

#### Dor não causada por câncer

- Se dor **leve** (1-3), comece pelo passo 1.
- Se dor **moderada** (4-6) ou **intensa** (7-10), comece pelo passo 2.
- Se dor **neuropática**, associe amitriptilina em qualquer passo.

#### Dor causada por câncer

- Se dor **leve** (1-3), comece pelo passo 1.
- Se dor **moderada** (4-6) ou **intensa** (7-10), comece pelo passo 3.
- Considere adicionar amitriptilina em qualquer passo

Se dúvidas, comece pelo passo 1 e ajuste dose e medicamento se necessário.

- Se dor controlada, mantenha medicamento na mesma dose. Se controlada por 1 mês, considere reduzir dose/voltar um passo. Se dor piorar, ajuste dose/aumente um passo.
- Se dor persiste > 2 dias ou piora, aumente progressivamente até dose máxima. Se ainda não melhorar após 2 dias, prossiga para próximo passo.
- Se dor *não causada* por câncer persistir no passo 2, **discuta**. Se dor causada por câncer persistir no passo 3, **discuta**. Se espasmos musculares, prescreva **diazepam** 5mg cada 8 horas até 14 dias.

Passo	Medicamento	Dose inicial	Dose máxima	Observações
<b>Passo 1</b> Comece com um dos três:	<b>Paracetamol</b>	500mg cada 4-6 horas	4g ao dia	Se necessário, considere combinar paracetamol cada 4h e dipirona cada 4h, alterne cada um cada 2h.
	ou <b>dipirona</b>	500mg cada 4-6 horas	4g ao dia	Não prescreva se alergia prévia.
	ou <b>ibuprofeno</b>	600mg cada 4-6 horas	2,4g ao dia	Tomar com alimentação, na menor dose eficaz pelo menor tempo. Não prescreva se úlcera péptica, alergia ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação, IC ou se usa varfarina. Considere <b>omeprazol</b> 20mg em jejum se HAS, DM, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, usa AAS, corticoides, abuso de álcool.
<b>Passo 2</b> Adicione ao passo 1:	<b>Codeína</b>	30mg cada 4 horas	240mg ao dia	Se não tiver diarreia, prescreva <b>óleo mineral</b> 15-45mL à noite para constipação.
<b>Passo 3 (somente se dor causada por câncer)</b> Pare codeína, mantenha paracetamol ou dipirona ou ibuprofeno e adicione:	<b>Morfina</b> (oral ou retal, se incapaz de engolir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>5-10mg cada 4 horas</li> <li>Se ≥ 65 anos: incie com 2,5-5mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não há dose máxima para controle da dor.</li> <li>Se sedação/confusão mental ou FR &lt; 12, pule 1 dose e diminua doses pela metade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se constipação, náusea/vômito ou coceira, maneje como abaixo</li> <li>Se não tiver diarreia, prescreva <b>óleo mineral</b> 15-45mL à noite para constipação.</li> <li>Se dor não melhorar após 24h, aumente dose 1,5-2 vezes. Se não melhorar após 2 dias, discuta.</li> <li><b>Se crise de dor antes do horário estimado para próxima dose de morfina:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dê dose extra de morfina e continue com as doses regulares nos horários definidos.</li> <li>Aumente dose para próximo dia. Calcule nova dose: some quantidade de morfina extra ofertada nas últimas 24 horas. Divida resultado por 6 e adicione esse valor a cada dose regular prevista inicialmente.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Adjuvante</b>	<b>Amitriptilina</b>	25mg à noite	75mg à noite	Usar à noite. Oriente que pode causar tonturas, sonolência e evitar dirigir e usar máquinas pesadas.

- Se efeito adverso de medicamento para dor ou outro sintoma, maneje:

<b>Constipação</b>	<b>Náusea/vômito</b>	<b>Cólicas abdominais</b>	<b>Coceira generalizado</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Tosse ou falta de ar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescreva <b>óleo mineral</b> 15-45mL ao dia ou a cada 12 horas.</li> <li>Se impacção fecal (massa fecal imóvel e sólida no reto), remova gentilmente usando lubrificação. Depois faça <b>enema</b> com óleo mineral. Se sangramento, dor intensa ou não conseguir, pare e discuta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescreva <b>metoclopramida</b> 10 mg cada 8 horas, se necessário.</li> <li>Permita paciente escolher o que quer comer. Ofereça pequenas quantidades de alimento com frequência. Estimule ingerir frequentemente pequenas quantidades de líquidos, como água, chás, sucos.</li> <li>Comidas ou bebidas com gengibre podem auxiliar nos sintomas. Evite gengibre em pó.</li> <li>Aconselhe cuidador evitar cozinhar perto do paciente.</li> </ul>	<b>Prescreva hioscina</b> 10mg cada 6 horas por até 3 dias, se necessário.	<b>Prescreva diazepam</b> 2,5-5mg à noite ou cada 12 horas, se necessário.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se escarro espesso, faça inalação com vapor. Se expectora &gt; 30 mL/dia, oriente respirações profundas, com drenagem postural. Discuta/encaminhe para fisioterapia, se disponível.</li> <li>Se escarro não espesso e excessivo ou tosse seca persistente, <b>discuta</b>.</li> <li>Se falta de ar aos mínimos esforços, considere prescrever <b>codeína</b> 30 mg cada 4 horas.</li> <li>Se baixa SaO<sub>2</sub>, considere O<sub>2</sub> domiciliar.</li> </ul>	

**Reavalie paciente 2 dias após iniciar ou mudar medicamento para dor. Se dor persistente/pior mesmo em dose máxima dos medicamentos ou efeitos adversos intoleráveis, discuta.**

<sup>1</sup>Oriente cuidador usar óleo no lugar de sabonete, evitar banhos quentes, secar suavemente pele e evitar esfregar, evitar lã/tecidos que podem causar coceira, hidratar pele 2x/dia, manter unhas do paciente curtas.

# Atenda as necessidade de paciente em processo de morte

Paciente com uma doença incurável está morrendo se estiver se deteriorando e ≥ 2 de: restrito ao leito, consciência diminuída, capaz de ingerir somente líquidos ou incapaz de tomar comprimidos.

## Avalie paciente em processo de morte

Avalie	Observações
Sintomas	Avalie se falta de ar ou agitação maneje como abaixo. Se dor, constipação, diarreia, náusea/vômito e cólicas abdominais ↪ 177.
Cuidado atual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalie medicamentos em uso e pare qualquer medicamento não essencial.</li> <li>Discuta com paciente/cuidador e equipe de saúde sobre a pertinência de realizar exames.</li> <li>Se não consegue engolir, considere trocar medicamentos via oral por via subcutânea.</li> </ul>
Ingesta alimentar	Verifique com cuidador/família quais são as necessidades de ingestão de líquidos/alimentos de paciente e se os líquidos/alimentos são necessários.
Bem estar psíquico	Pergunte para paciente e cuidador como estão lidando e que apoio e/ou cuidado espiritual são necessários. Se cuidador não conseguir lidar com situação em casa, discuta para considerar encaminhar paciente para cuidado hospitalar.
Boca	Verifique higiene bucal. Certifique-se de que boca do paciente esteja úmida e limpa. Considere usar <b>glicerina</b> para manter os lábios/boca úmidos.
Higiene pessoal	Verifique cuidados com pele, limpe olhos e troque roupas de acordo com necessidade do(a) paciente.

## Aconselhe paciente em processo de morte e cuidador

- Certifique-se de que paciente e cuidador estejam cientes de que paciente está morrendo. Considere encaminhar cuidador/familiar para assistente social.
- Informe cuidador/familiar que alimentos/líquidos são apenas para conforto, não prolongam a vida e uma necessidade reduzida de alimentos/líquidos faz parte do processo natural de morte.
- Informe que exames e tratamentos curativos como antibióticos não são indicados e serão reduzidos ao mínimo necessário de acordo com plano de cuidados do(a) paciente.
- Discuta com paciente e cuidador/familiar sobre local de morte preferido (casa ou hospital), como família deve ser informada sobre morte iminente e o que fazer em caso de morte.
- Discuta desejos, sentimentos, fé, crenças e valores do(a) paciente. Discuta necessidades do(a) paciente agora, na morte e depois. Escute e responda às preocupações/medos do(a) paciente e cuidador.
- Assegure-se de que paciente e cuidador/família recebam explicação completa e tenham compreensão do plano de cuidado atual. Identifique quaisquer preocupações sobre plano de cuidados atual.

## Trate paciente em processo de morte

- Se respiração ruidosa, provável excesso de secreção: tente mudar paciente de posição. Considere **hioscina** 10mg cada 6 horas por ate 3 dias, se necessário.
- Se falta de ar, use ventilador ou deixe janela(s) aberta(s). Prescreva **codeína** 30 mg cada 4 horas. Aumente lentamente se necessário.
- Se retenção urinária, insira cateter uretral.
- Se dor, constipação, diarreia, náusea/vômito ou cólicas abdominais, maneje ↪ 177
- Se agitação: primeiro avalie e controle dor, retenção urinaria, constipação e desidratação.
  - Se nenhum dos acima, considere mudar paciente de posição e prescreva **diazepam** 5mg (ou 2,5mg se insuficiênciia hepática). Se não melhorar, repita dose.

## Reavalie paciente em processo de morte

- Reavalie paciente cada 3 dias ou antes se cuidador/familiar estiver preocupado com plano de cuidados atual ou se nível de consciência, capacidade funcional, ingestão oral ou mobilidade melhorarem.
- Se dúvidas, **discuta**.

## Constate a morte

Sem pulso carotídeo (pescoço) por 2 minutos e sem bulhas cardíacas por 2 minutos e sem sons respiratórios ou movimento do tórax por 2 minutos e as pupilas estão fixas, dilatadas e não respondem à luz.

# Proteja-se de infecção ocupacional

**Atenda com urgência profissional de saúde que teve acidente perfurocortante, respingos nos olhos, boca, nariz ou pele não íntegra com exposição a um ou mais dos seguintes:**

- Sangue
- Fluido/tecidos com sangue
- Fluido pleural/pericárdico/peritoneal/amniótico/sinovial/cérebro-espinhal
- Secrções vaginais
- Sêmen
- Leite materno

## Manejo:

- Se pele não íntegra, limpe a área imediatamente com água e sabão. Prescreva reforço da **vacina dT** (difteria e tétano) se última dose há > 5 anos<sup>1</sup>.
- Se respingos nos olhos, boca ou nariz, enxague imediatamente boca/nariz ou lave o olho cuidadosamente com água ou **cloreto de sódio 0,9%**.
- Avalie necessidade de PEP para HIV e hepatite B ↗ 108.
- Notifique.

## Adote medidas para diminuir seu risco de infecção ocupacional

### Proteja suas instalações

#### Limpe suas instalações:

- Limpe frequentemente superfícies tocadas (maçanetas, telefones, teclados) com água e sabão.
- Desinfete as superfícies contaminadas com sangue/secrções 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.
- Rastreie rápido suspeitas de COVID, influenza e TB, Mpox e outras doenças contagiosas.

#### Maneje perfurocortante com segurança:

- Garanta que a caixa de perfurocortante seja facilmente acessível e regularmente trocada.

### Proteja-se:

- Mantenha você, colegas, pacientes e familiares protegidos contra COVID-19, Mpox e outras doenças contagiosas ↗ 180.

### 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 N95/PFF2 se em contato com suspeita de vírus respiratório.
- Use máscara cirúrgica com um visor ou óculos se risco de respingos.

### Vacine-se:

- Vacine-se contra hepatite B.

### Saiba seu status de HIV:

- Teste para HIV ↗ 106. 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.

## 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 máscara N95/PFF2 (não a máscara cirúrgica) se contato com paciente com infecção de TB.

### Reduza risco de transmissão de vírus respiratórios (como influenza, COVID-19)

- Antes de atender paciente suspeito/confirmado de doença viral, use EPI apropriado ↗ 183.
- Lave as mãos com água e sabão.
- Use máscara cirúrgica.
  - Se realizando procedimento que gere aerossóis ou atendendo em ambiente com pouca ventilação, use máscara N95/PFF2 sobre a boca e nariz durante contato com paciente.
- Incentive pacientes a usar máscaras cirúrgicas, cobrir boca/nariz com lenço quando tossir/espirrar, descartar lenços usados corretamente e a lavar mãos regularmente com água/sabão.
- Oriente paciente a evitar contato próximo com outros.

<sup>1</sup>Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/encaminhe para **soro/imunoglobulina antitetânica**.

# Práticas de segurança

## 1. Monitore sintomas respiratórios em você

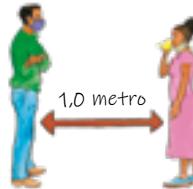
- Mantenha você, colegas, pacientes e familiares seguros contra COVID-19, Mpox e outras doenças infecciosas seguindo práticas de segurança:
- Se não estiver bem, procure atendimento com outro profissional de saúde.**
- Rastreie para sintomas respiratórios e para sintomas de Mpox<sup>1</sup> antes de entrar e ao sair do trabalho.



## 2. Se sintomas respiratórios, pratique distanciamento social

- Evite apertos de mãos, abraços, beijos, toques. Cumprimente com um sorriso, acene com a cabeça ou toque os pés.

- Mantenha uma distância de pelo menos 1,0 metro de colegas e pacientes sempre que possível.



- Evite compartilhar superfícies de trabalho, mesas e equipamentos com outros funcionários, se possível.

### Profissionais administrativos:

- Disponha mesas e estações de trabalho com uma distância de pelo menos 1,0 metro entre elas.

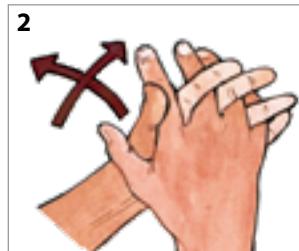


## 3. Pratique uma boa higiene das mãos

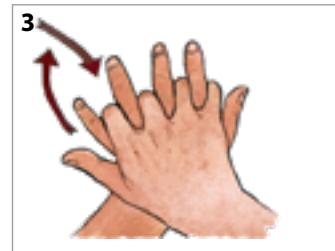
- Higienize suas mãos frequentemente ao longo do dia. Lembre-se dos 5 momentos de higienização das mãos:
  - Antes de tocar paciente
  - Após tocar paciente
  - Após tocar objetos tocados pelo paciente
  - Após exposição a fluidos corporais
  - Antes de fazer procedimentos
- Esfregue mãos com álcool 70% (gel/líquido) por pelo menos 20 segundos ou água e sabão por pelo menos 40 segundos. Se mãos visivelmente sujas, lave com água e sabão.
- Siga esses passos para higienizar as mãos:
  - Se usar álcool, aplique quantidade suficiente para encher palma da mão.
  - Se usar água e sabão, abra torneira com mão não dominante, molhe mãos e aplique sabão na palma em quantidade suficiente para cobrir toda superfície das mãos.
  - Limpe suas mãos seguindo os passos 1 a 6 abaixo.
  - Se estiver usando água e sabão, enxague-as com água limpa e seque com papel toalha ou deixe secar ao ar livre.



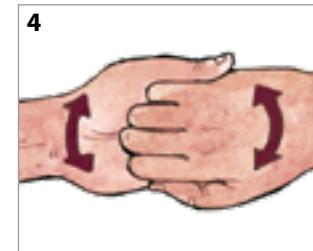
Esfregue palma das mãos juntas.



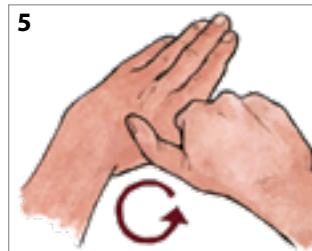
Esfregue entre os dedos.



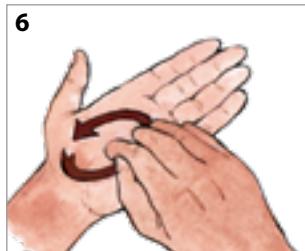
Ponha palma sobre dorso da mão oposta e esfregue entre dedos. Troque mãos.



Agarre as mãos e as esfregue.



Esfregue polegar contra a palma da mão oposta. Troque as mãos.



Esfregue ponta dos dedos contra palma da mão oposta. Troque mãos.

<sup>1</sup>Mal-estar, dor de cabeça/garganta/anal, lesão de pele/mucosas, linfadenopatia, edema pénis, calafrio/febre.

#### 4. Pratique uma boa etiqueta respiratória

- Cubra boca e nariz com um lenço de papel ou com o cotovelo (não use as mãos) quando estiver tossindo ou espirrando. Caso use um lenço de papel, descarte-o imediatamente e higienize as mãos.



- Use máscara cirúrgica ou N95/PFF2 se:
  - Triando ou atendendo pacientes com sintomas respiratórios, ou circulando em área com pacientes com sintomas respiratórios.
  - Atendendo caso suspeito de Mpox ou outras doenças infecto-contagiosas.
  - Atendendo contato de caso confirmado COVID, mesmo sem sintomas.



- Higienize as mãos caso tenha contato com secreções respiratórias.

- Evite tocar nos olhos, nariz e boca se não tiver higienizado as mãos.



##### Que pacientes devem usar máscara cirúrgica ou N95/PFF2?

- Nos seguintes casos ao frequentar o serviço de saúde ou em qualquer situação que estejam em contato com outras pessoas (sair de casa, trabalho, outros):
  - Pacientes com sintomas respiratórios ou que são caso suspeito/confirmado de Mpox ou outra doença infecto-contagiosa. Acompanhantes também devem usar máscara.
  - Pacientes sem sintomas respiratórios mas que são contato de caso confirmado de COVID-19.
  - Pacientes sem sintomas respiratórios mas que estão em sala de espera onde não foi possível separar pacientes com sintomas respiratórios dos demais.
  - Pacientes com fatores de risco<sup>1</sup> se frequentando locais fechados/mal ventilados, com aglomerações ou serviços de saúde.
  - Todos os pacientes independente de sintomas respiratórios no caso de situação epidemiológica com aumento de casos de COVID-19.

##### CERTO

- Higienize mãos antes de usar.
- Garanta que cubra nariz e boca e esteja bem ajustada.
- Troque se úmida, suja ou danificada.
- A máscara cirúrgica deve ser trocada cada 4 horas.
- Apenas toque as tiras para remover.
- Higienize mãos imediatamente após removê-las.

##### ERRADO

- Não use máscara cirúrgica por cima da máscara de pano ou da N95/PFF2.
- Não toque sua face e a máscara.
- Não deixe sua máscara nas superfícies sem embalagem.



- Não deixe a máscara deslizar ou puxe-a para baixo deixando nariz ou boca expostos.
- Nunca use a máscara de outra pessoa.

#### 5. Maneje o fluxo de pacientes no centro de saúde

- Se possível, tenha uma área de triagem para pacientes com sintomas respiratórios separada, bem ventilada e próximo a entrada.



- Garanta que todo sintomático respiratório ou suspeita de Mpox ou outra doença infecto-contagiosa esteja usando máscara cirúrgica ao entrar no serviço de saúde.
- Garanta ventilação adequada e mantenha distância de pelo menos 1,0 metro entre pacientes.



- Limite movimento de pacientes dentro do centro de saúde:
  - Faça testes (como teste rápido) e procedimentos no consultório.
  - Limite número de pessoas em contato com paciente, inclusive profissionais de saúde.

- Se paciente com lesões aparentes em pele/mucosas, oriente cobri-las. Se necessário, forneça e cubra com gaze e esparadrapo ou avental descartável/lençol.
- Evite acompanhantes. Se forem essenciais, limite a uma pessoa.
- Se possível, organize um sistema de agendamento de consultas/outras procedimentos para a maioria dos atendimentos.



<sup>1</sup>Idade > 60 anos, gestante, puérpera, uso de tabaco, HAS descompensada, DM, DRC, DCV, IMC ≥ 35, doença respiratória moderada/grave/descompensada, hepática, disfunção imune - HIV e CD4 < 350, câncer, uso de imunossupressor.

## Como remover EPI com segurança?

• Ao remover o EPI, lembre-se de que a parte externa das luvas, óculos/face shield, avental e máscara N95/PFF2 está contaminada: **se suas mãos tocarem parte externa de qualquer um desses itens durante a remoção, higienize imediatamente as mãos antes de remover o próximo item.**

Assista o vídeo: como colocar e retirar EPI



### 1 Retire luvas usadas, coloque novas luvas, desinfecte superfícies/equipamentos, retire luvas e higienize mãos

- Usando uma mão com luva, segure a área da palma da outra mão com luva e retire a primeira luva.
- Segure a luva removida na mão com luva.
- Deslize os dedos da mão sem luva sob a luva restante no punho e retire a segunda luva sobre a primeira.
- Descarte-as no lixo infectante.
- Coloque novas luvas não estéreis.
- Desinfecte superfícies/equipamentos (como termômetro, oxímetro) que paciente teve contato direto ou indireto.
- Retire luvas (como acima).
- **Higienize novamente as mãos** usando álcool ou lave as mãos com água e sabão conforme técnica adequada



### 2 Retire face shield, depois avental e então gorro/touca (se estiver usando óculos, retire após o gorro/touca)

- Remova face shield levantando a faixa da cabeça. Separe para higienização.
- Afrouxe os laços do avental. Certifique-se de que as mangas não toquem no corpo ao fazer isso.
- Afaste o avental do pescoço e dos ombros, tocando apenas a parte de dentro. Vire o avental do avesso.
- Dobre ou enrole para embrulhar e descarte no lixo infectante.
- Retire gorro/touca e descarte no lixo infectante.
- **Higienize as mãos** usando álcool ou lave as mãos com água e sabão conforme técnica adequada.
- Se estiver usando óculos, retire após o gorro/touca. Remova-os levantando as hastes. Separe-os para higienização.
- **Higienize novamente as mãos** usando álcool ou lave as mãos com água e sabão conforme técnica adequada.



### 3 Retire máscara N95/PFF2

- Primeiro pegue elástico inferior, depois o superior e remova sem tocar no exterior da máscara.
- Descarte no lixo infectante.



### 4 Higienize mãos, coloque luvas, desinfecte óculos ou face shield/bancada e retire luvas e higienize mãos

- Higienize as mãos usando álcool ou lave as mãos com água e sabão conforme técnica adequada. Coloque novas luvas.
- Desinfecte óculo/face shield e bancada onde ficou. Retire luvas, descarte-as no lixo infectante e **higienize novamente as mãos**.



- Se realizou procedimentos que geram aerossóis<sup>1</sup>: faça desinfecção terminal do ambiente após remoção do paciente.

<sup>1</sup>Procedimentos geradores de aerossóis incluem: uso de O2 via cânula nasal, nebulização, ressuscitação cardiopulmonar, indução de escarro, ventilação manual antes da intubação, intubação endotraqueal, coleta de amostras nasotraqueais, fisioterapia respiratória, aspiração de via aérea, ventilação não invasiva/com pressão positiva (CPAP e BiPAP)/de alta frequência oscilatória, traqueostomia, broncoscopia, uso de sugador ou broca ou de seringa tríplice.

**• Limpe e desinfecte frequentemente:**

- Cada 2 horas e após cada paciente suspeito/confirmado: limpe e desinfecte todas as superfícies, como mesa, telefones, teclados, maçanetas, equipamentos médicos, local onde paciente esperou (cadeiras), banheiro. Não varrer faça limpeza úmida). Use luvas e higienize mãos após.
- Desinfete com desinfetante como hipoclorito ou álcool 70%.
- **Ao final do dia**, providencie desinfecção terminal do consultório e sala de espera ou local onde paciente suspeito/confirmado transitou/encostou.



## 6. Pratique um bom controle de infecção ambiental

- Evite tocar superfícies a não ser que necessário.
- Deixe janelas abertas, se possível.
- Use os pés/quadril para abrir as portas ao invés da maçaneta.
- Se possível use equipamentos médicos descartáveis.
- Se utilizar mesmo equipamento para mais de um paciente limpe e desinfete após cada uso.
- Evite realizar procedimento que gere aerossóis<sup>1</sup> a menos que seja estritamente necessário. Nesse caso, use EPI apropriado.
- Garanta que roupas e lixo infectado sejam manejados de acordo com procedimento padrão de biossegurança.
- Troque lençóis a cada paciente.
- Não sacuda os lençóis ou outros tecidos que paciente teve contato.



## 7. Use Equipamento de Proteção Individual (EPI) apropriado

- Ajude a garantir o abastecimento adequado dos EPI usando eles apropriadamente e somente quando necessários. Evite desperdícios.
- Use EPI apropriado de acordo com sua tarefa:

**Acolhendo ou triando pacientes com sintomas respiratórios, febre ou lesões de pele (suspeita de Mpox e outras doenças infecto-contagiosas):**

- Máscara cirúrgica ou, se em ambiente com pouca ventilação, N95/PFF2



**Atendendo paciente com sintomas respiratórios ou febre e lesões de pele (suspeita de Mpox e outras doenças infecto-contagiosas) no consultório:**

- Cirúrgica ou N95/PFF2
- Óculos ou face shield
- Avental
- Luvas



**Realizando procedimento que gera aerossóis<sup>1</sup> em paciente com sintomas respiratórios ou febre/lesões de pele (suspeita de Mpox e outras doenças infecto-contagiosas):**

- Máscara N95/PFF2
- Óculos ou face shield
- Avental
- Luvas
- Gorro ou touca



### Quando devo trocar meu EPI?

- Troque luvas entre cada paciente atendido ou se estiver danificada/rasgada.
- Troque o avental se estiver molhado/sujo/danificado, após cada paciente com sintomas respiratórios/febre ou após realizar procedimento que gere aerossóis<sup>1</sup>.

**• Máscara cirúrgica:**

- Evite ao máximo tocar pelo lado de fora da máscara. Se tocada, lave/desinfete as mãos imediatamente e troque de luvas.
- Descarte se estiver fora do lugar, se tocada por mão não lavada, ficar úmida, molhada, suja ou danificada.
- Descarte após 4 horas seguidas de uso.

**• N95/PFF2:**

- Evite ao máximo tocar pelo lado de fora/de dentro da máscara. Se tocada, lave/desinfete as mãos imediatamente e troque de luvas.
- Descarte se estiver fora do lugar, se tocada por mão não lavada, ficar úmida, molhada, suja, danificada (como afrouxamento alças ou clip).
- Após o atendimento, armazene a máscara em envelope de papel limpo e arejado (não use saco plástico fechado). Não dobre ou amasse.
- Descarte após 7 dias seguidos de uso ou após procedimento de entubação.

<sup>1</sup>Procedimentos geradores de aerossóis incluem: uso de O2 via cânula nasal, nebulização, ressuscitação cardiopulmonar, indução de escarro, ventilação manual antes da intubação, intubação endotraqueal, coleta de amostras nasotraqueais, fisioterapia respiratória, aspiração de via aérea, ventilação não invasiva/com pressão positiva (CPAP e BiPAP)/de alta frequência oscilatória, traqueostomia, broncoscopia, uso de sugador ou broca ou de seringa tríplice.

## Como colocar EPI corretamente?

- Assegure-se de colocar EPI corretamente, **mesmo antes de realizar ressuscitação cardiopulmonar ou procedimentos de emergência.**
  - Deixe pelo menos 3 kits, contendo os EPIs necessários para serem usados no atendimento de pacientes com sintomas respiratórios graves.
- Use calçado fechado, não use adornos e nem celular .
- Certifique-se que consultório está limpo. Desligue ar condicionado e ventilador. Tenha cartaz com ordem correta para vestir o EPI no consultório e sala de procedimentos.
- Instale/use whatsapp web e outras ferramentas de comunicação remota para interconsultas, comunicação entre diferentes consultórios e setores do centro de saúde.
- Verifique se tem todos os equipamentos (termômetro - de preferência infravermelho, esteto, outros) e testes rápidos COVID-19 necessários para os atendimentos.

Assista o vídeo: como colocar e retirar EPI



### 1 Higienize mãos, coloque luvas, desinfete superfície/equipamentos, retire luvas e higienize mãos novamente

- Higienize as mãos usando álcool ou lave as mãos com água e sabão conforme técnica adequada.
- Coloque novas luvas não estéreis.
- Desinfete superfícies/equipamentos (como termômetro, oxímetro) e óculos/face shield com álcool 70% (de preferência, líquido).
- Retire luvas conforme técnica adequada.



### 2 Coloque avental

- Cubra totalmente tronco, do pescoço aos joelhos, os braços até o fim dos punhos e as costas.
- Amarre na parte de trás do pescoço e na cintura.
- Ao amarrar faça laços (não nós), pare facilitar a retirada.



### 3 Coloque máscara N95/PFF2

- Prenda laços ou elásticos no meio da cabeça e pescoço.
- Molde a pinça nasal no nariz.
- Verifique se máscara está cubrindo nariz e boca.
- Verifique ajuste inspirando e expirando: máscara deve se mover para dentro e para fora com respiração.



### 4 Coloque gorro/touca e depois face shield (ou óculos e depois gorro/touca)

- Coloque gorro/touca e depois face shield sobre o rosto e ajuste.
- Coloque óculos e ajuste. Depois gorro/touca.



### 5 Higienize mãos por pelo menos 20 segundos e coloque luvas não estéreis

- Higienize as mãos usando álcool ou lave as mãos com água e sabão conforme técnica adequada.
- Estenda as luvas para cobrir os punhos/extremidade do avental.





### Roupas

- Vista roupas simples, exclusivas para trabalho (como camisetas de manga curta e calças) e sapatos baratos/velhos também exclusivos para o trabalho. Se utilizar mangas longas, use-as dobradas.
- Evite utilizar adornos, cinto, brincos, joias.
- Lave com água quente e seque as roupas diariamente.



## 8. O que fazer antes de sair de casa

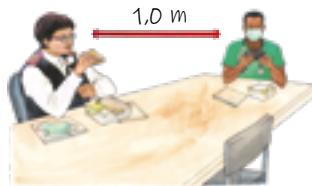
### Telefone, carteira e chaves

- Higienize mãos antes de tocar carteira, chaves, telefone, outros objetos pessoais.
- Mantenha telefone no bolso / bolsa, evite colocá-lo em superfícies de trabalho. Use whatsapp web.

### Cuidados pessoais

- Mantenha unhas curtas e limpas. Não use unhas artificiais.
- Prenda o cabelo e mantenha barba e bigode bem aparados ou raspe.
- Cubra cortes e escoriações nas mãos com curativos à prova de água.
- Mantenha mãos hidratadas para evitar escoriações.

- Faça escalas para evitar aglomeração na cantina. Faça pausas em ambiente externo, se possível.
- Se possível, mantenha pelo menos 1,0m de distância entre os colegas.



## 9. Como fazer uma pausa com segurança

- Para remover a máscara ao comer/ beber: remova cuidadosamente sem tocar na parte externa e guarde-a em um saco de papel limpo e identificado.
- Higienize as mão após remover e colocar a máscara.

- Evite compartilhar comidas e bebidas.



- Sempre lave as mãos antes de comer ou beber.



- Evite compartilhar toalhas. Use papel toalha.



### Saindo do trabalho

- Higienize cuidadosamente mãos, braços e objetos pessoais.



- Mantenha álcool no carro/bolsa e use-o para higienizar mãos após tocar superfícies de uso público.

## 10. O que fazer ao sair do trabalho e chegar em casa

### Chegando em casa

#### Passo 1

- Remova calçados antes de entrar em casa e deixe do lado de fora.
- Evite tocar nas solas dos sapatos.



#### Passo 3

- Lave bem as mãos e os braços.



#### Passo 2

- Remova roupas do trabalho antes ou logo após entrar em casa.
- Coloque roupas para lavar



#### Passo 4

- Tome um banho antes de abraçar, beijar ou entrar em contato direto com familiares.



# 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 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 ↗ 101

Discuta com profissional de saúde mental no mesmo dia.

## Adote medidas para diminuir seu risco de estresse ocupacional

### Proteja sua equipe

#### Escolha formas adequadas de comportamento no trabalho:

- Comunique-se efetivamente com seus pacientes e colegas ↗ 16.
- Trate colegas e pacientes com respeito.
- Apoiem-se uns aos outros. Considere montar um grupo de apoio aos funcionários.
- Evite reclamar o tempo todo, 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/ambiente 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.
- Apoiem-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 doses<sup>1</sup>/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↗ 152.
- 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 ↗ 154.

### Evento estressante recente no trabalho

- Diagnóstico de condição crônica
- Luto
- Acidente com agulha
- Evento traumático

### Baixa assiduidade no trabalho

- Absenteísmo frequente
- Frequentemente atrasado(a) ou em atestado médico

### Declínio marcante da performance no trabalho

- Falta de concentração
- Cansaço
- Desmotivação
- Frustração

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.

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

# Recursos de apoio

Recurso de Apoio	Serviços oferecidos	Forma de contato/acesso
<b>Atendimentos de urgência/emergência</b>		
CIATox/CE	Centro de Informação e Assistência Toxicológica do Ceará	3255-5012
Instituto Dr. José Frota- IJF	Traumas e lesões vasculares graves, queimaduras e intoxicações	3255-5000
Hospital São José de Doenças Infecciosas	Atendimento de emergências relacionadas a doenças infecciosas e PEP	3101-2352
Hospital Gonzaga M B Ceará (HDGMBC)	Atendimento de emergências obstétricas e clínicas	3452-2394
Hospital G. M. J. Walter (HDGMJW)	Atendimento de emergências obstétricas e clínicas	3452-9399
Hospital M. J. B. de Oliveria (HDMJBO)	Atendimento de emergência clínicas e traumatológicas	3131-7322
Hospital E. A. de Moura (HDEAM)	Atendimento de emergência clínicas e traumatológicas	3488-3210
Hospital Geral de Fortaleza (HGF)	Atendimento de emergências gerais	3101-3209
Maternidade Escola Assis Chateaubriand	Atendimento de emergências obstétricas	3366-8502
Hospital da criança de Fortaleza	Atendimento de emergências pediátricas	2180-6706
Hospital Nossa Senhora da Conceição	Atendimento de emergências obstétricas	3452-6701
UPA Vila Velha	Contato UPA Vila Velha	3284-2211
UPA Cristo Redentor	Contato UPA Cristo Redentor	3284-2321
UPA Bom Jardim	Contato Bom Jardim/Granja Lisboa	3245-8339
UPA Itaperi	Contato UPA Itaperi	34935388
UPA Jangurussu	Contato UPA Jangurussu	3269-7028 / 3269-7421
UPA Edson Queiroz - Dendê	Contato UPA Dendê	3247-6261
UPA Autran Nunes	Contato UPA Autran Nunes	3290-6724
UPA Praia do Futuro	Contato UPA Praia do Futuro	3234-4566
UPA José Walter	Contato UPA José Walter	3473-7918
UPA Canindezinho	Contato UPA Canindezinho	3296-2304
UPA Conjunto Ceará	Contato UPA Conjunto Ceará	3294-9714
UPA Messejana	Contato UPA Messejana	3459-0734
<b>Dúvidas clínicas e regulação</b>		
Célula de Vigilância Epidemiológica	Dúvidas sobre notificações	3452-6986 (horário comercial) - 98868-9893 (plantão finais de semana)
PVHIV e Hepatites virais	Orientações de fluxos de atendimentos	<a href="http://bit.ly/fluxosatendimentofortaleza">bit.ly/fluxosatendimentofortaleza</a>

Outros recursos de apoio → 188.

Recurso de Apoio	Serviços oferecidos	Forma de contato/acesso
<b>Dúvidas clínicas e regulação</b>		
Portaria de Enfermagem	Regulamenta práticas dos enfermeiros em Fortaleza	<a href="http://bit.ly/portariaenfermagem">bit.ly/portariaenfermagem</a>
Segunda opinião	Serviço de interconsulta para dúvidas clínicas em algumas especialidades	Acesso via fastmedic (manual disponível em: <a href="http://bit.ly/3s2GDgF">bit.ly/3s2GDgF</a>
Teleconsultoria do Telessaúde RS	Teleconsultorias gratuitas por telefone seg-sex das 08 às 17h30min	0800 644 6543
<b>Atendimento à Pessoa Vivendo com HIV (PVHA) e Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)</b>		
UDM CTA/SAE Emanuel Gomes Pinto	Contato da farmácia de ARV do CTA/SAE Emanuel Gomes Pinto	3283-4556
UDM Policlínica Dr Lusmar V. Rodrigues	Contato da farmácia de ARV da Policlínica Dr Lusmar Veras Rodrigues	4042-3133
UDM Policlínica Jangurusu	Contato da farmácia de ARV da Policlínica Jangurusu	2180-6705
UDM Policlínica Dr. José Eloy da Costa F.	Contato da farmácia de ARV da Policlínica Dr. José Eloy da Costa Filho	2180-7066
UDM Policlínica Dr. Luis Carlos Fontenele	Contato da farmácia de ARV da Policlínica Dr. Luis Carlos Fontenele	2180-7065
UDM Policlínica João P. Lopes Randal	Contato da farmácia de ARV da Policlínica João Pompeu Lopes Randal	2180-6705
UDM SAE do Hosp Gonzaga M. J. Walter	Contato da farmácia de ARV do SAE do Hospital Gonzaga M. J. Walter	3452-9399
UDM SAE Christus	Contato da farmácia de ARV do SAE Christus	99837-0495
UDM SAE NAMI	Contato da farmácia de ARV do SAE NAMI	3477-3626
CTA/SAE Emanuel Gomes Pinto	Atendimento à PVHIV, PrEP, coinfecção TB/HIV e IST	3283-4556
Hospital São José de Doenças Infecciosas	Emergências em PVHIV, PreP e PEP	3101-2352
SICLOM gerencial	Acesso às últimas notas técnicas e documentos, receitas para HIV e ARV	<a href="http://azt.aids.gov.br">azt.aids.gov.br</a>
SISCEL/SISGENO/LAUDO	Resultado de CD4, CV, genotipagem, HLA-B*5701 e histórico de uso ARV	<a href="http://laudo.aids.gov.br">laudo.aids.gov.br</a> / 0800 061 2439
<b>Saúde Mental</b>		
Centro de Valorização a Vida (CVV)	Apoio emocional e prevenção do suicídio	188
CAPS AD Dr. Airton Monte – CORES I	Especializado em atendimento por abuso de álcool e outras drogas	3433-9513
CAPS Nise da Silveira – CORES I	Transtornos mentais graves e persistentes - adultos	3105-1119 / 3452-1960
CAPS Nilson de Moura Fé – CORES II	Atendimento 24hs de transtornos mentais graves e persistentes - adultos	3105-2632 / 3105-2638
CAPS AD Dr. José G. B. Lobo – CORES II	Especializado em atendimento por abuso de álcool e outras drogas	3223-6388
SHR AD	Serviço Hospitalar de Referência de Álcool e outras drogas	4455-9130
CAPS Prof. Gerardo da F. Pinto - CORES III	Atendimento para transtornos mentais graves e persistentes - adultos	3433-2568 / 3105-3451
CAPS AD - CORES III	Especializado em atendimento por abuso de álcool e outras drogas	3105-3420 / 3105-3722
CAPS AD - Alto da Coruja	Especializado em atendimento por abuso de álcool e outras drogas	3493-5538
CAPS - CORES IV	Atendimento para transtornos mentais graves e persistentes - adultos	3131-1690 / 3494-2765
CAPS AD - CORES V	Especializado em atendimento por abuso de álcool e outras drogas	3105-1023 / 3488-5717
CAPS II - CORES V	Atendimento para transtornos mentais graves e persistentes - adultos	3245-7956 / 3105-2030

Recurso de Apoio	Serviços oferecidos	Forma de contato/acesso
<b>Saúde Mental</b>		
CAPS- CORES VI	Atendimento para transtornos mentais graves e persistentes - adultos	3488-3312 / 3276-2051
CAPSi Maria Ileuda Verçosa - CORES VI	Atendimento para transtornos mentais graves e persistentes - infantil	3105-1510 / 3105-1326
<b>Violência</b>		
Maternidade Escola Assis Chateaubriand	PEP + profilaxias	3366-8502 (24h)
Casa da Mulher Brasileira Fortaleza	Acolhimento e triagem, apoio psicossocial, delegacia, Juizado, MP, Defensoria Pública, promoção autonomia econômica e cuidados dos filhos.	Recepção: 3108-2992 / Plantão 24h: 3108-2931
Delegacia de Defesa da Mulher	Ações de prevenção, proteção e investigação dos crimes de violência doméstica e sexual às mulheres	Plantão 24h: 3108-2950 Rua Tabuleiro do Norte com Rua Teles de Sousa - Bairro Couto Fernandes
Central de atendimento à mulher	Serviço nacional de atendimento à mulher vítima de violência	180
Conselho Tutelar	Plantão 24h	3238-1828 / (85) 98970-5479 (24hs)
Acolhimento a gestação indesejada na APS	Cartilha de apoio para acolhimento APS	<a href="https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2021/09/CARTILHA_Gravidez-Indesejada-na-APS.pdf">https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2021/09/CARTILHA_Gravidez-Indesejada-na-APS.pdf</a>
<b>Medicamentos</b>		
Drugs.com	Acesso à interações medicamentosas	<a href="http://drugs.com/drug_interactions.html">drugs.com/drug_interactions.html</a>
Farmácia polo	Formulários e orientações sobre medicações de alto custo	<a href="http://bit.ly/medicamentoaltocustofortaleza">bit.ly/medicamentoaltocustofortaleza</a>
Hepatites	Acesso à interações medicamentosas de antivirais para hepatite	<a href="http://interacoeshiv.huesped.org.ar/">interacoeshiv.huesped.org.ar/</a>
Medscape	Medscape Acesso à interações medicamentosas	<a href="http://reference.medscape.com/drug-interactionchecker">reference.medscape.com/drug-interactionchecker</a>
HIV	Acesso à interações medicamentosas de ARV	<a href="http://interacoeshiv.huesped.org.ar/">interacoeshiv.huesped.org.ar/</a>
<b>Outros</b>		
Centro de Ref. de Ass. Social (CRAS)	Contato dos CRAS por regional de Saúde	<a href="http://bit.ly/CRASfortaleza">bit.ly/CRASfortaleza</a>
Centros para diagnóstico e tratamento malária	Informações, das 8h às 18h, sobre a malária e os locais para diagnóstico. Pode ser acionado 24h em caso de emergência (paciente febril com suspeita da doença)	+55 (21) 9988-0113 Consultar instituições por estado <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/malaria/centros-para-diagnostico-e-tratamento">https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/malaria/centros-para-diagnostico-e-tratamento</a>
UAPS de Fortaleza	Contato das unidades atenção primária por regional de saúde	<a href="http://saude.fortaleza.ce.gov.br/postos-de-saude">saude.fortaleza.ce.gov.br/postos-de-saude</a>

# PACK Brasil Adulto

## Sobre PEPFAR – Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da Aids

Comemorando 20 anos de existência, o Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da AIDS (PEPFAR) representa um compromisso sem precedentes para a saúde global, tendo salvado milhões de vidas e evitado inúmeras infecções por HIV. Por meio de parcerias estratégicas, o PEPFAR contribuiu para o notável sucesso no controle mundial da epidemia de HIV/Aids ao priorizar soluções inovadoras e com foco no cuidado da pessoa. À medida que enfrentamos os desafios finais na resposta à AIDS, garantir sistemas de saúde robustos e sustentáveis tem sido fundamental para um futuro melhor para todos.

[state.gov/pepfar](http://state.gov/pepfar)

## Sobre a Fiocruz e a ENSP

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foi criada em 1900, vinculada ao Ministério da Saúde e é a mais destacada instituição de ciência e tecnologia em saúde da América Latina. A Fiocruz possui 16 unidades técnico-científicas, voltadas para ensino, pesquisa, inovação, assistência, desenvolvimento tecnológico e extensão no âmbito da saúde. Entre elas está a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), criada em 1954, com atuação na capacitação e na formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o sistema de ciência e tecnologia, na produção científica e tecnológica e na prestação de serviços de referência no campo da saúde pública.

[portal.fiocruz.br](http://portal.fiocruz.br)

## Sobre a Fiotec

A Fiotec é uma fundação de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira e patrimônio próprio. Foi criada em 1998 para prover apoio administrativo e financeiro à Fiocruz com seus parceiros no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde.

[www.fiotec.fiocruz.br](http://www.fiotec.fiocruz.br)

## Sobre o A Hora É Agora

O Projeto A Hora É Agora tem como principal objetivo potencializar a resposta local no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids em cinco capitais brasileiras: Campo Grande, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza e Porto Alegre. Implementado por meio do acordo de cooperação entre a ENSP/Fiocruz/Fiotec e CDC, com recursos do PEPFAR, ele fortalece os serviços de saúde na prevenção combinada, promoção da testagem de HIV, detecção precoce do vírus e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), início rápido e adesão ao tratamento, entre outras ações estruturantes nos sistemas de saúde local. Em 2022, no âmbito do Projeto A Hora é Agora, foi criada a Unidade de Tradução do Conhecimento (UTC), responsável pelo desenvolvimento das atividades do programa PACK no Brasil.

[www.ahoraeagora.org](http://www.ahoraeagora.org)

## Sobre a Knowledge Translation Unit

A Knowledge Translation Unit é uma unidade de pesquisa de sistemas de saúde da University of Cape Town, comprometida em melhorar a qualidade da atenção primária para comunidades vulneráveis em todo o mundo por meio de ferramentas práticas, implementação baseada em evidências e engajamento dos sistemas de saúde, seus gestores, provedores e usuários finais.

[www.knowledgetranslation.co.za](http://www.knowledgetranslation.co.za)

## Sobre a University of Cape Town

A University of Cape Town é uma universidade sul-africana fundada em 1928, com uma orgulhosa tradição de excelência acadêmica e efetiva mudança social e desenvolvimento por meio de sua bolsa de estudos pioneira, professores e alunos.

[www.uct.ac.za](http://www.uct.ac.za)

