RELATÓRIO FINAL DA PROVA DE CONCEITO

EDITAL Nº 06/2025 – CISNORDESTE/SC
PREGÃO ELETRÔNICO, PARA REGISTRO DE PREÇOS, Nº 04/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 7/2025/CISNORDESTE/E-CIGA

A Comissão Especial de Avaliação, designada através da Portaria CISNORDESTE nº 16/2025 para acompanhamento da Prova de Conceito (POC) da empresa **TOPMED ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA.**, realizada no âmbito do Pregão Eletrônico nº 04/2025 – CISNORDESTE/SC, apresenta o presente relatório final. O objetivo do documento é registrar, de forma detalhada, as constatações técnicas e a análise do atendimento aos requisitos estabelecidos no Edital e no Termo de Referência.

A Prova de Conceito constitui etapa obrigatória do processo licitatório, nos termos do item 12 do Edital, e tem por finalidade comprovar, em ambiente prático e simulado, a conformidade da solução ofertada pela licitante com as especificações técnicas exigidas. Durante a sessão, foram simulados três (03) casos distintos, visando abranger fluxos de atendimento inicial, acolhimento/triagem e teleconsultas de enfermagem e médicas, além da demonstração dos dashboards e relatórios gerenciais, conforme tabela de avaliação objetiva descrita no subitem 12.13 do Edital.

O presente relatório, portanto, sistematiza as observações da Comissão e apresenta a apuração do percentual de conformidade obtido, conforme subitem 12.14 do Edital, a fim de concluir pelo resultado da POC e sua repercussão no andamento do certame.

Inicialmente, registra-se que esta Comissão acompanhou integralmente e de forma simultânea todas as telas envolvidas, visualizando, em tempo real, tanto as telas em que atuava como usuário quanto as dos profissionais de saúde. Essa dinâmica permitiu verificar as funcionalidades apresentadas e os fluxos de atendimento previstos.

Durante os acessos realizados via aplicativo, identificou-se a possibilidade de início do atendimento por **chat**, que pode direcionar o usuário a informações gerais ou atendimento profissional, conforme fluxo estabelecido no Termo de Referência.

Entretanto, no primeiro caso simulado, o atendimento foi iniciado diretamente por videochamada, não sendo o chat etapa obrigatória para o primeiro contato do usuário, conforme prevê o subitem 5.4.2.2 do Termo de Referência e os quesitos de avaliação do subitem 12.3 do Edital.

Todavia, nos dois atendimentos seguintes, o início se deu obrigatoriamente por chat de texto (via **WhatsApp)** atendendo, portanto, ao fluxo previsto. Assim, considerando que as avaliações desta comissão se dão por maioria, mostra-se viável a avaliação dos quesitos referentes ao primeiro atendimento por chat de texto.

Entre os quesitos avaliados nesta etapa, considera-se não atendido o que refere-se a previsão das perguntas e respostas realizadas em script de atendimento, uma vez que não foi apresentado protocolo ou script específico para a etapa de atendimento inicial via chat, de forma a possibilitar a verificação do funcionamento conforme fluxo previamente definido.

Os demais aspectos, como clareza, objetividade e tempo de atendimento, foram plenamente atendidos.

A seguir, no tocante à identificação dos profissionais, a devida identificação com nome e categoria profissional foi atendida nos 3 casos simulados, em todas as etapas do fluxo. Para todos os profissionais, os dados encontram-se visíveis em tela, bem como são declarados verbalmente pelos mesmos.

Quanto ao acolhimento (triagem), todos os quesitos foram atendidos. Os scripts foram exibidos em tela e seguidos conforme demonstrado, permitindo verificar o alinhamento entre o roteiro apresentado e a execução prática.

Observa-se que, as informações de desfecho no primeiro caso, não foram consideradas plenamente adequadas pela comissão, pois considera que faltaram informações quanto à gravidade do caso e emissão de documento para encaminhamento à unidade de saúde. Nos **demais casos**, as informações de desfechos foram **claras e objetivas**, com orientações adequadas sobre o prosseguimento do atendimento, espera e acesso à teleconsulta, permitindo ao usuário compreender e utilizar o serviço de forma independente, sem necessidade de orientações externas, resultando no atendimento do quesito.

Em relação às teleconsultas de enfermagem, não foram aplicadas aos casos previamente definidos em conformidade com os scripts de atendimento apresentados. A primeira simulação foi encaminhada para atendimento presencial, enquanto as demais demandaram atendimento médico, recebendo encaminhamento pela triagem direto a teleconsulta médica, conforme permite o subitem 5.4.2.2., II, e, do Termo de Referência.

Diante disso, esses quesitos foram classificados como **“não se aplica”** no julgamento dos quesitos, não influenciando positiva ou negativamente no cálculo final da avaliação, apenas deixando de serem considerados para o cálculo.

Nas teleconsultas médicas, realizadas em duas simulações, todos os quesitos foram atendidos. Os **scripts** foram corretamente seguidos conforme previsto e as informações de desfecho foram claras e completas, permitindo ao usuário compreender o diagnóstico, acessar e enviar documentos (inclusive imagens), com boa orientação do profissional, sem necessidade de questionamentos adicionais, demonstrando **comunicação eficaz**.

Por fim, quanto aos dashboards apresentados, verificou-se o atendimento integral dos quesitos relacionados, sem observações adicionais.

Por todo o exposto, diante da análise minuciosa dos elementos apresentados durante a Prova de Conceito, restou evidenciado que, a solução ofertada pela empresa licitante atendeu de forma satisfatória às exigências editalícias.

O cálculo final aferido pela Comissão, nos termos do subitem 12.14 do Edital, com base na análise de atendimento dos quesitos em anexo, apontou percentual de conformidade de 93,75% (noventa e três vírgula setenta e cinco por cento), valor **superior** ao **mínimo de 90% (noventa por cento**) previsto no Edital:

$$\text{Percentual de Atendimento } (\%) \quad \frac{15}{16} \times 93{,}75\%$$

Desse modo, ante todo exposto a Comissão Especial de Avaliação conclui pela **aprovação da solução apresentada** e, por consequência, pela **habilitação da empresa licitante TOPMED ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA.** no âmbito da Prova de Conceito do Pregão Eletrônico nº 04/2025 – CISNORDESTE/SC, devendo tal resultado ser publicado no Portal de Compras Públicas, para os devidos efeitos legais.

São anexos e subsidiam as informações do presente documento:

- **a)** ANEXO I - Tabela de avaliação objetiva de atendimento aos quesitos;
- **b)** ANEXO II - Portaria CISNORDESTE/SC n°16/2025 - Designação da comissão especial de avaliação;
- **c)** ANEXO III - Protocolos clínicos apresentados;
- **d)** ANEXO IV - Algoritmos Clínicos;
- **e)** ANEXO V - Algoritmo demonstrativo;
- **f)** ANEXO VI - Ata da Prova de Conceito - **TOPMED ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA.**
  - i) Procuração Topmed Assistência à Saúde Ltda.

Joinville/SC, 28 de outubro de 2025.

Renan Marcus de Santana
Coordenador de Sistemas em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Garuva

Ana Paula Michels Costa
Supervisora da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Guaramirim

Silvia Regina Bonatto
Gestora de Serviços em Saúde do CISNORDESTE/SC

Quesitos	Julgamento
PRIMEIRO ATENDIMENTO (CHAT DE TEXTO, POR CHATBOT E/OU PROFISSIONAL HUMANO)	
Tempo até o primeiro atendimento por chat de texto, por chatbot e/ou profissional humano, **menor ou igual a 30 (trinta) segundos**.	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
Todas as perguntas e respostas feitas no primeiro atendimento estão previstas nos scripts de atendimento (protocolos de atendimento e algoritmos pré-clínicos).	( ) Atende (X) Não atende ( ) Não se aplica
As informações são transmitidas ao usuário de maneira clara e objetiva.	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
ACOLHIMENTO, ESCUTA QUALIFICADA (TRIAGEM) E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
Tempo até o atendimento via videochamada para o Acolhimento, Escuta Qualificada (triagem) e Classificação de Risco, por enfermeiro, **menor ou igual a 3 (três) minutos**.	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
Profissional do primeiro atendimento devidamente identificado com nome e categoria profissional (enfermeiro).	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
Todas as perguntas e respostas feitas no Acolhimento, Escuta Qualificada (triagem) e Classificação de Risco estão previstas nos scripts de atendimento (protocolos de atendimento e algoritmos pré-clínicos).	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
As informações são transmitidas ao usuário de maneira clara e objetiva.	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
TELECONSULTAS DE ENFERMAGEM	
Tempo até o atendimento via videochamada para Teleconsulta de Enfermagem, **menor ou igual a 5 (cinco) minutos** (simulação de atendimento via Unidades de Saúde) ou **15 (quinze) minutos** (simulação de atendimento via direta pelo usuário).	( ) Atende ( ) Não atende (X) Não se aplica
Profissional da Consulta de Enfermagem devidamente identificado com nome e categoria profissional (Enfermeiro).	( ) Atende ( ) Não atende (X) Não se aplica
Todas as perguntas e respostas feitas pelo enfermeiro estão previstas nos scripts de atendimento (protocolos de atendimento e algoritmos pré-clínicos).	( ) Atende ( ) Não atende (X) Não se aplica
As informações de desfecho são transmitidas ao usuário de maneira clara e objetiva.	( ) Atende ( ) Não atende (X) Não se aplica

TELECONSULTAS MÉDICAS	
Tempo até o atendimento via videochamada para Teleconsulta Médica, **menor ou igual a 5 (cinco) minutos** (simulação de atendimento via Unidades de Saúde) ou **15 (quinze) minutos** (simulação de atendimento via direta pelo usuário).	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
Profissional da Consulta Médica devidamente identificado com nome e categoria profissional (Médico Generalista (Clínico Geral), Médico de Família e Comunidade e/ou Médico Pediatra).	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
Todas as perguntas e respostas feitas pelo médico estão previstas nos scripts de atendimento (protocolos de atendimento e algoritmos pré-clínicos).	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
As informações de desfecho são transmitidas ao usuário de maneira clara e objetiva.	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
DASHBOARDS	
Número de atendimentos total e por tipo de desfecho (desistência, abandono, encerramento do atendimento com resolução, encaminhamento para atendimento presencial).	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
Número de consultas de enfermagem realizadas no período definido.	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
Número de consultas médicas realizadas no período definido.	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
Tempo médio de resposta e tempo médio de atendimento, de cada etapa do fluxo de atendimento (atendimento inicial, acolhimento, escuta qualificada (triagem) e classificação de risco, teleconsulta de enfermagem e teleconsulta com médica).	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
Avaliação do grau de satisfação detalhada, total e por usuário.	(X) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
Assinatura do responsável pela análise: Ana Paula Michell Costa	
Assinatura do responsável pela análise: Renan Santana	
Assinatura do responsável pela análise:	

Diário Oficial
Municípios de Santa Catarina

Quinta-feira, 11 de setembro de 2025 às 13:42, Florianópolis - SC

PUBLICAÇÃO

Nº 7577948: PORTARIA CISNORDESTE/SC Nº 16, DE 11 DE SETEMBRO DE 2025

ENTIDADE

CISNORDESTE/SC - Consórcio Interfederativo de Saúde do Nordeste de Santa Catarina

MUNICÍPIO

Joinville

https://www.diariomunicipal.sc.gov.br/?q=id:7577948

PORTARIA CISNORDESTE/SC Nº 16, DE 11 DE SETEMBRO DE 2025

Designa Comissão Especial de Avaliação para condução do processo de avaliação de conformidade através da realização de Prova de Conceito no âmbito do Edital nº 06/2025 - CISNORDESTE/SC, Pregão Eletrônico, para Registro de Preços, nº 04/2025, Processo Administrativo nº 7/2025/CISNORDESTE/E-CIGA.

A DIRETORA EXECUTIVA DO CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO NORDESTE DE SANTA CATARINA – CISNORDESTE/SC, no exercício das atribuições legais, contratuais e estatutárias conferidas pelo 2º Termo Aditivo e Consolidação do Contrato de Consórcio Público do CISNORDESTE/SC, publicado em 01 de novembro de 2023, e pelo Regimento Interno, publicado em 16 julho de 2024, considerando as disposições da Lei Federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005, do Decreto Federal nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, e da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, com fundamento nos arts. 30 e 61, do 2º Termo Aditivo e Consolidação do Contrato de Consórcio Público do CISNORDESTE/SC, na Resolução nº 14, de 20 de março de 2023, alterada pela Resolução nº 49, de 7 de outubro de 2024, e pela Resolução CISNORDESTE/SC nº 26, e 10 de julho de 2025, considerando o Ofício nº 178/2025 da Secretaria Municipal de Saúde de Garuva, considerando o Ofício nº 14/2025 da Secretaria Municipal de Saúde de Guaramirim, e considerando o que consta do Processo de Atos Normativos nº 7/2025,

RESOLVE:

Art. 1º Designar os agentes públicos abaixo relacionados para atuar na Comissão Especial de Avaliação para condução do processo de avaliação de conformidade através da realização de Prova de Conceito no âmbito do Edital nº 06/2025 - CISNORDESTE/SC, Pregão Eletrônico, para Registro de Preços, nº 04/2025, Processo Administrativo nº 7/2025/CISNORDESTE/E-CIGA:

ÓRGÃO	NOME DO AGENTE	CARGO/EMPREGO	MATRÍCULA	DESIGNAÇÃO
Secretaria Municipal de Saúde de Garuva	Renan Marcus de Santana	Coordenador de Sistemas em Saúde	112585	Membro da Comissão Especial de Avaliação
Secretaria Municipal de Saúde de Guaramirim	Ana Paula Michels Costa	Supervisora da Atenção Primária	449300	Membro da Comissão Especial de Avaliação

Consórcio Interfederativo de Saúde do Nordeste de Santa Catarina - CISNORDESTE/SC	Silvia Regina Bonatto	Gestora de Informação em Saúde	58	Membro da Comissão Especial de Avaliação

Art. 2º Designar o(a) agente público(a) abaixo indicado(a) para atuar como substituto(a), em caso de ausência de qualquer membro titular, na Comissão Especial de Avaliação, incumbida de conduzir o processo de avaliação de conformidade por meio da realização de Prova de Conceito, no âmbito do Edital nº 06/2025 – CISNORDESTE/SC, Pregão Eletrônico para Registro de Preços nº 04/2025, Processo Administrativo nº 7/2025/CISNORDESTE/E-CIGA:

ÓRGÃO	NOME DO AGENTE	CARGO/EMPREGO	MATRÍCULA	DESIGNAÇÃO
Consórcio Interfederativo de Saúde do Nordeste de Santa Catarina - CISNORDESTE/SC	Felipe Paulo Airoso	Assistente Administrativo	74	Membro substituto

Art. 3º Caberá à Comissão Especial de Avaliação e aos seus membros observarem as regras e os procedimentos do processo de avaliação de conformidade, através da realização de Prova de Conceito, definidos no Edital nº 06/2025 - CISNORDESTE/SC, Pregão Eletrônico, para Registro de Preços, nº 04/2025, Processo Administrativo nº 7/2025/CISNORDESTE/E-CIGA e em seus anexos.

Art. 4º As designações de agentes de que trata esta Portaria não os isentam de suas atribuições regulares junto às Unidades e aos Órgãos em que atuam, observado o artigo 7º, § 1º, da Lei nº 14.133/2021.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CISNORDESTE

e-Ciga
Assinado digitalmente por:
ANA MARIA GROFF JANSEN
•••.290.129-••
Data: 11/09/2025 13:40
Ciga

Ana Maria Groff Jansen

Diretora Executiva do CISNORDESTE/SC

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS
SAÚDE

SUS

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

PACK
Practical Approach to Care Kit
KnowledgeTranslationUnit

2023/2024

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 **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.

Para informações adicionais sobre o PACK Brasil Adulto e seu programa de treinamento, para solicitar cópias impressas, ou oferecer feedback, contate a equipe da UTC Brasil: utcpackbrasil@gmail.com.

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, 2023

PACK Brasil Adulto 2023/2024

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 2023/2024 (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 2023/2024
Mariela Zaros Galana

Equipe UTC Brasil
Ana Carolina Faria e Silva Santelli
André Reynaldo Santos Perissé
Bernardo Manata Eloi
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 Andrades
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

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. 2023/2024 – Florianópolis/SC / Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. — Rio de Janeiro, RJ : Fiocruz, ENSP, Clinical management tool in Primary Health Care, The Health Foundation, Knowledge Translation Unit, 2023.
180 p. : il. color. ; tab ; PDF ; 37000 MB

ISBN: 978-65-89501-38-1

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Tuberculose. 3. HIV. 4. Hepatite. 5. Doenças Respiratórias. 6. Doença Crônica. 7. Saúde Mental. 8. Epilepsia. 9. Cuidados Paliativos. 10. Doenças Cardiovasculares. 11. Florianópolis (SC). I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1

ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE: Esta publicação foi financiada por meio do Acordo de Cooperação GH002174, entre a ENSP-Fiocruz-Fiotec 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.

© 2023, 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 2023/2024, conforme adaptado especificamente para uso no Brasil em e durante 2023.

© 2023, 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 2023/2024, em e durante 2023.

Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Saúde

Florianópolis,24 de julho de 2023.

Assunto: Retomada do Programa PACK Brasil Adulto, na rede municipal de saúde de Florianópolis

É com grande satisfação que informamos que a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis retomará o Programa PACK - Practical Approach to Care Kit (Kit de Cuidados em Atenção Primária), em nossa rede municipal de saúde.

O PACK é um programa para fortalecimento do sistema de saúde projetado para apoiar o trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), aprimorando sua prática clínica e os serviços de saúde onde atuam, a fim de atingir os melhores resultados para os seus usuários. O programa consiste em um guia, que auxilia a tomada da decisão clínica pelos profissionais da APS, aliado a um programa de treinamento. Ele foi desenvolvido e vem sendo implementado na África do Sul desde 1999 pela Knowledge Translation Unit (KTU) da University of Cape Town, a partir da evolução de outros guias e experiências de tradução de conhecimento. Alcançou mais de 30.000 profissionais de saúde nesse país e tem sido adaptado em diversos países de baixa e média renda em todo o mundo.

No Brasil, o programa PACK Global Adulto teve sua primeira adaptação e vem sendo implementado desde 2015 em Florianópolis/SC, capitaneado pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde do município e a KTU.

A retomada, em 2023, do Programa PACK Brasil Adulto em Florianópolis é uma ampla parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Knowledge Translation Unit (KTU) da University of Cape Town e os U. S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Apoiada com recursos do The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), a ENSP/Fiocruz criou em 2022 no âmbito do Projeto A Hora é Agora (AHA), a Unidade de Tradução do Conhecimento (UTC), responsável pelo desenvolvimento das atividades do programa PACK no Brasil. A UTC foi criada para traduzir e transferir os conhecimentos adquiridos com a KTU para a realidade de cada município, afim de fortalecer os sistemas de saúde no Brasil e das suas diversas populações.

O **guia PACK Brasil Adulto** integra múltiplos protocolos e recomendações clínicas para doenças transmissíveis, não transmissíveis, problemas de saúde mental e da mulher em uma ferramenta única e concisa, com interface amigável, composta de algoritmos e checklists para os sintomas e condições crônicas mais comuns em adultos na APS. Seu desenho se dá de forma a guiar o profissional na avaliação, diagnóstico e manejo dos sintomas e no cuidado de rotina de uma ou mais condições crônicas do paciente. Ele é embasado nas melhores evidências científicas disponíveis e está alinhado com os principais protocolos, listas de medicamentos, exames e procedimentos globais, nacionais, estaduais e municipais. Além disso, é revisado e atualizado anualmente.

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

Visite nosso site: **www.pmf.sc.gov.br/saude** - e-mail: gabinetesmsfpolis@gmail.com
Fones: (048) 3239-1585 / 3239-1500

Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Saúde

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. 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.

A nova versão do Programa PACK será realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e parceiros por meio de uma **estratégia de treinamento** conhecida como *outreach education*, que consiste em treinamentos curtos, no próprio serviço, com foco na aplicação prática do conhecimento. As equipes de médicos e enfermeiros da APS serão treinadas por outras duplas de médicos e enfermeiros capacitados para serem Treinadores Locais PACK, liderados pelos Líderes Municipais de Treinamento e Implementação. O PACK se propõe a incentivar o trabalho e responsabilidades compartilhadas entre enfermeiro e médico dentro da equipe de Saúde da Família com o objetivo de promover um cuidado mais seguro e integral.

O Programa PACK envolve ainda uma **rotina de monitoramento e potenciais estudos** visando aperfeiçoar cada vez mais o programa e avaliar o seu potencial impacto na melhoria do sistema de saúde, culminando na melhoria da saúde da população.

Entre 2015 e 2019, em Florianópolis, foram treinados todos os médicos e enfermeiros que atuavam na Atenção Primária do município. Em 2020, com a pandemia de COVID-19 os treinamentos foram interrompidos e retornarão em 2023.

A implementação do programa PACK em Florianópolis foi estudada através de pesquisa que produziu o artigo 'Effects of PACK guide training on the management of asthma and chronic obstructive pulmonary disease by primary care clinicians: a pragmatic cluster randomised controlled trial in Florianópolis, Brazil'. Essa pesquisa mostrou que o PACK '...é um método eficaz de melhorar o manejo da asma em adultos neste cenário urbano brasileiro'. Além disso, o programa permitiu a ampliação, qualificação e padronização da oferta clínica pelas equipes da APS; a ampliação exponencial da clínica do enfermeiro; a assimilação da metodologia de treinamento para outros espaços de educação continuada da rede; e uma maior motivação dos profissionais envolvidos no projeto.

O PACK ocorre de forma sinérgica com a elaboração dos Protocolos de Enfermagem e com a implementação da Carteira de Serviços/Política Municipal de Atenção Primária. Esses projetos são catalisadores de um amplo processo de melhoria do acesso e qualificação clínico-assistencial dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de Florianópolis, beneficiando a população do município.

Esse é o resultado dos esforços conjuntos de dezenas de profissionais da rede que merecem o reconhecimento de sua luta para alcançar o melhor cuidado possível para a população de Florianópolis. Trago aqui meu reconhecimento, agradecimento e apelo para que -esses projetos continuem a ser desenvolvidos e ganhem força.

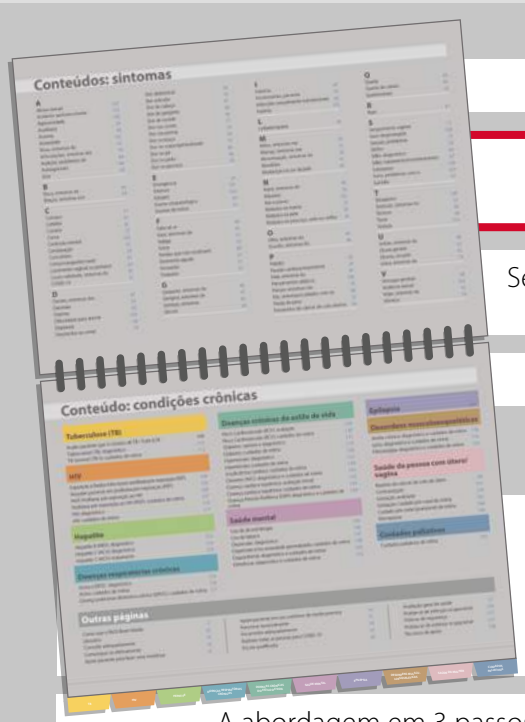
Atenciosamente,

CRISTINA PIRES PAULUCI:03527132759 Assinado de forma digital por CRISTINA PIRES PAULUCI:03527132759 Dados: 2023.07.24 15:59:43 -03'00'

Cristina Pires Pauluci
Secretária Municipal de Saúde

Visite nosso site: **www.pmf.sc.gov.br/saude** - e-mail: gabinetesmsfpolis@gmail.com
Fones: (048) 3239-1585 / 3239-1500

Como usar o PACK Brasil Adulto



Sempre comece pela página de conteúdos: Sintomas ou Condições crônicas

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

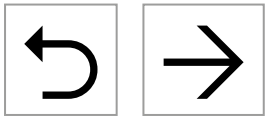
Se paciente não precisa de atenção urgente, siga o algoritmo para manejá-lo ou para considerar uma condição crônica.

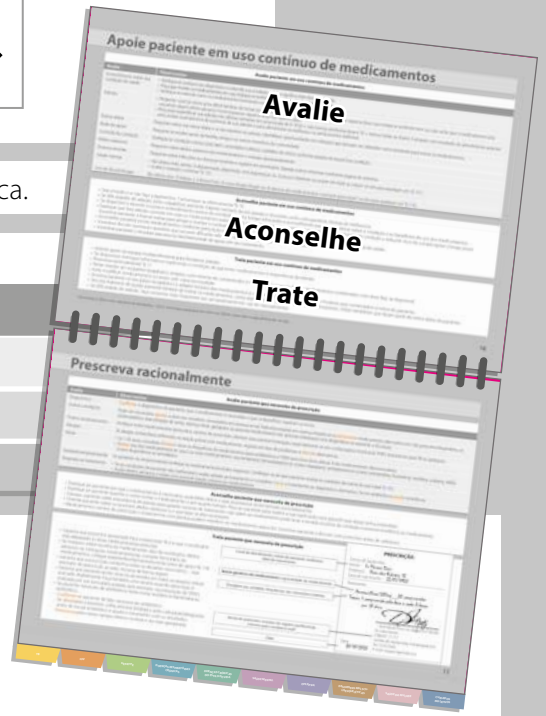
Paciente tem/precisa:

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 retorno 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.
- 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 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".

- 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.
- Consulte o glossário para abreviaturas e unidades usadas no PACK Brasil Adulto.

O PACK Brasil Adulto 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.
- 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 do município de Florianópolis 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 102
Acidente perfurocortante 104
Agressividade 100
Anafilaxia 29
Anemia 38
Ansiedade 101
Ânus, sintomas do 61
Articulações, sintomas das 76
Audição, problemas de 44
Autoagressão 97
Azia 58

B
Boca, sintomas da 46
Braços, sintomas nos 78

C
Cansaço 37
Cefaléia 41
Coceira 81
Coma 25
Confusão mental 100
Constipação 61
Convulsões 28
Coriza/congestão nasal 45
Corrimento vaginal ou peniano 62
Couro cabeludo, sintomas do 81
COVID-19 51

D
Dentes, sintomas dos 47
Desmaio 39
Diarreia 60
Dificuldade para dormir 103
Dispepsia 58
Disúria/dor ao urinar 74
Dor abdominal 58
Dor articular 76
Dor de cabeça 41
Dor de garganta 46
Dor de ouvido 44
Dor nas costas 77
Dor nas pernas 79
Dor no braço 78
Dor no corpo/generalizada 75
Dor no pé 80
Dor no peito 48
Dor no pescoço 78

E
Emergência 24
Estresse 101
Estupro 102
Exame citopatológico 69
Exames de rotina 21

F
Falta de ar 49
Face, sintomas da 43
Fadiga 37
Febre 33
Feridas que não cicatrizam 89
Ferimento agudo 27
Ferroadas 31
Fraqueza 37

G
Garganta, sintomas da 46
Gengiva, sintomas da 47
Genitais, sintomas 62
Glicose 26

I
Icterícia 93
Inconsciente, paciente 25
Infecções sexualmente transmissíveis 62
Insônia 103

L
Linfadenopatia 36

M
Mãos, sintomas nas 78
Mamas, sintomas nas 72
Menstruação, sintomas da 70
Mordidas 31
Mudanças na cor da pele 81

N
Nariz, sintomas do 45
Náuseas 59
Nervosismo 101
Nódulos na mama 72
Nódulos na pele 81
Nódulos no pescoço, axila ou virilha 36

O
Olho, sintomas do 42
Ouvido, sintomas do 44

P
Palidez 38
Parada cardíaca/respiratória 24
Pele, sintomas da 81
Pensamentos atípicos 100
Pernas, sintomas nas 79
Pés, sintomas/cuidados com os 80
Perda de peso 32
Preventivo do câncer de colo uterino 69

Q
Queda 39
Queda de cabelo 95
Queimaduras 30

R
Rash 81

S
Sangramento vaginal 71
Sexo desprotegido 104
Sexuais, problemas 73
Sibilos 50
Sífilis: diagnóstico 66
Sífilis: tratamento/monitoramento 67
Sobrepeso 128
Sono, problemas com o 103
Suicídio 97

T
Tabagismo 146
Testículo, sintomas no 62
Tontura 40
Tosse 49
Tristeza 101

U
Unhas, sintomas da 96
Úlcera genital 62
Úlceras, de pele 81
Urina, sintomas da 74

V
Verrugas genitais 68
Violência sexual 102
Visão, sintomas da 42
Vômitos 59

Conteúdo: condições crônicas

Tuberculose (TB)

Avalie paciente que é contato de TB / Trate ILTB 109
Tuberculose (TB): diagnóstico 110
TB Sensível (TB-S): cuidados de rotina 112

HIV

Exposição a fluidos infecciosos: profilaxia pós-exposição (PEP) 104
Reavalie paciente em profilaxia pós-exposição (PEP) 105
PrEP: Profilaxia pré-exposição ao HIV 106
Profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP): cuidados de rotina 107
HIV: diagnóstico 116
HIV: cuidados de rotina 117

Hepatite

Hepatite B (HBV): diagnóstico 122
Hepatite C (HCV): diagnóstico 123
Hepatite C (HCV): tratamento 124

Doenças respiratórias crônicas

Asma e DPOC: diagnóstico 125
Asma: cuidados de rotina 126
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): cuidados de rotina 127

Doenças crônicas do estilo de vida

Risco Cardiovascular (RCV): avaliação 128
Risco Cardiovascular (RCV): cuidados de rotina 130
Diabetes: rastreio e diagnóstico 131
Diabetes: cuidados de rotina 133
Hipertensão: diagnóstico 136
Hipertensão: cuidados de rotina 137
Insuficiência cardíaca: cuidados de rotina 139
Derrame (AVC): diagnóstico e cuidados de rotina 141
Doença cardíaca isquêmica: avaliação inicial 142
Doença cardíaca isquêmica: cuidados de rotina 143
Doença Arterial Periférica (DAP): diagnóstico e cuidados de rotina 144

Saúde mental

Uso de álcool/drogas 145
Uso de tabaco 146
Depressão: diagnóstico 147
Depressão e/ou ansiedade generalizada: cuidados de rotina 148
Esquizofrenia: diagnóstico e cuidados de rotina 150
Demência: diagnóstico e cuidados de rotina 152

Epilepsia

Epilepsia 153

Desordens musculoesqueléticas

Artrite crônica: diagnóstico e cuidados de rotina 154
Gota: diagnóstico e cuidados de rotina 155
Fibromialgia: diagnóstico e cuidados de rotina 156

Saúde da pessoa com útero/vagina

Rastreio do câncer de colo de útero 69
Contracepção 157
Gestação: avaliação 159
Gestação: cuidado pré-natal de rotina 161
Cuidado pós-natal (puerperal) de rotina 164
Menopausa 166

Cuidados paliativos

Cuidados paliativos de rotina 167
Atenda as necessidade de paciente em processo de morte 169

Outras páginas

Como usar o PACK Brasil Adulto 6
Glossário 10
Consulte adequadamente 12
Comunique-se efetivamente 14
Apoie paciente para fazer uma mudança 15
Apoie paciente em uso contínuo de medicamentos 16
Prescreva racionalmente 17
Encaminhe adequadamente 18
Rastreie todas as pessoas para COVID-19 19
Escuta qualificada 20
Avaliação geral de saúde 21
Proteja-se de infecção ocupacional 170
Práticas de segurança 171
Proteja-se do estresse ocupacional 177
Recursos de apoio 178

Glossário: acrônimos

A

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

B

BCF	Batimento cardíaco fetal
BT e F	Bilirrubina total e frações

C

CIT	Centro de Informações Toxicológica
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
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
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
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HSIL	Lesões escamosas intraepiteliais de algo grau

I

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

L

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

M

Mpox	Monkeypox
MMG	Mamografia

N

não-HDLc	Colesterol não-HDL

P

PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PCR	Proteína C-reativa
PEP	Profilaxia pós-exposição
PPL	Punho percussão lombar/sinal de Giordano
PrEP	Profilaxia pré-exposição de risco pelo HIV
PT	Prova tuberculínica
PT e F	Proteínas totais e frações
PU	Parcial de urina
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 (ABC)
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
TC	Tomografia computadorizada
TFGe	Taxa de filtração glomerular estimada
TGC	Triglicerídeos
TR	Teste rápido
TS	Teste de sensibilidade a drogas contra tuberculose
TTPa	Tempo de tromboplastina parcial ativada
TVP	Trombose venosa profunda

U

USG	Ultrassonografia
USTV	Ultrassonografia transvaginal

V

VHS	Velocidade de Hemossedimentação

Glossário: notação científica

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

Símbolo	Sistema Internacional de Unidades	Grandeza física
M		
m	Metro	Comprimento
mcg	Microgrma	Massa
mEq	Miliequivalente	Massa
mg	Miligrama	Massa
min	Minutos	Tempo
mL	Mililitro	Volume
mm	Milímetros	Comprimento
mm^3	Milímetro cúbico	Volume
MUI	Milhões de Unidades internacionais	Volume
S		
seg	Segundos	Tempo
sem	Semana	Tempo
U		
U ou UI	Unidade internacional	Volume

Consulte adequadamente

- Uma consulta adequada não precisa ser longa, mesmo se complexa. Comunique-se efetivamente ↩14.
- 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 ↩177 e de infecção ocupacional ↩170.
- 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 menospreze-os, acompanhantes podem contribuir com informações e influenciar negativa ou positivamente o paciente.
- 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, faça prevenção de demanda aditiva:
  - 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 para a linguagem não verbal do paciente e se esta 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 →13.

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 contemple 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 ↩16.

Encerrando a consulta

- Explique sobre sinais de alarme e o que fazer em caso de não melhorar (quais serviços de saúde buscar e quando).
- 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 seu/sua 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	Paciente pode sentir:	Não faça	Paciente pode sentir:
• Ofereça toda a sua atenção →	• 'Eu posso confiar nessa pessoa'	• Falar demais →	• 'Eu não estou sendo ouvido(a)'
• Reconheça linguagem não-verbal →	• 'Eu me sinto respeitado(a) e valorizado(a)'	• Apressar a consulta →	• 'Eu me sinto desempoderado(a)'
• Mostre honestidade, abertura e acolhimento →	• 'Eu me sinto esperançoso(a)'	• Dar palpites →	• 'Eu não sou valorizado(a)'
• Evite distrações ex. telefones →	• 'Eu me sinto ouvido(a)'	• Interromper →	• 'Eu não posso confiar nessa pessoa'

Discuta

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

Faça	Paciente pode sentir:	Não faça	Paciente pode sentir:
• Use perguntas abertas →	• 'Eu escolho com o que eu quero lidar'	• Impor suas ideias ao paciente →	• 'Eu não sou respeitado(a)
• Ofereça informação →	• 'Eu posso me ajudar"	• Ser especialista em 'resolver tudo' →	• 'Eu sou incapaz de tomar minhas próprias decisões'
• Incentive paciente a achar soluções →	• 'Eu me sinto apoiado(a) na minha decisão'	• Deixar paciente levar muitos problemas de uma vez →	• 'É esperado de mim que eu mude muito rápido'
• Respeite direito de escolha do paciente →	• 'Eu posso lidar com meus problemas'		

Pratique empatia

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

Faça	Paciente pode sentir:	Não faça	Paciente pode sentir:
• Escute e identifique os sentimentos dele(a) ex. 'Você parece muito chateado(a)' →	• 'Eu posso passar por isso'	• Julgar, criticar ou culpar paciente →	• 'Eu estou sendo julgado(a)'
		• Discordar ou confrontar/ser reativo →	• 'É muito para eu lidar'
• Permita paciente expressar emoção →	• 'Meu profissional de saúde me entende'	• Ficar desconfortável com altos níveis de emoção e fardo dos problemas →	• 'Eu não consigo lidar'
• Seja apoiador →	• 'Eu me sinto apoiado(a)'		• 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	O/A paciente pode sentir:	Não faça	O/A paciente pode sentir:
• Peça para paciente resumir →	• 'Eu posso fazer mudanças na minha vida'	• Dirigir as decisões →	• Meu profissional da saúde desaprova minhas decisões'
• Concordem com um plano →	• 'Eu tenho algo para trabalhar com'		
• Ofereça para escrever a lista de opções →	• 'Eu me sinto apoiado(a)'	• Ser abrupto →	• 'Eu me sinto ressentido(a)'
• Ofereça consulta de seguimento →	• 'Eu posso voltar quando eu precisar'	• Forçar uma decisão →	• 'Eu me sinto incompreendido(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 o 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 quão confiante ele(a) sente-se 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 menor. Pergunte o que pode ajudar a melhorar essa classificação.
- Resuma a visão do paciente. Pergunte o quão pronto ele(a) sente-se 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/dificultar paciente a mudar.
- Ajude paciente a planejar como ele irá ajustar a mudança na sua rotina do dia. 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
Entendimento sobre sua condição de saúde	• Verifique se conhece seu diagnóstico e entende sua condição e o que significa estar bem controlada. • Peça que mostre os medicamentos em uso, indique os nomes, a dose e frequência que deveria usar. • Verifique se entende como os medicamentos funcionam e porque é importante usá-los como indicado.
Adesão	• Pergunte: você às vezes acha difícil lembrar de tomar seus medicamentos? Você às vezes deixa de tomar alguma dose caso esteja se sentindo bem ou caso ache que o medicamento está causando algum efeito adverso? Você esqueceu alguma dose nos últimos dias? • Peça para quantificar sua adesão nas últimas semanas em uma escala de 0-10 (0 = não tomou nenhuma dose e 10 = tomou todas as doses). Compare com resultado do atendimento anterior para avaliar a perspectiva do paciente de sua adesão e para demonstrar se melhorou ou ainda precisa melhorar.
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.
Efeitos adversos	Pergunte sobre efeitos adversos dos medicamentos e maneje apropriadamente.
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 ↩ 147. • Avalie e maneje o estresse ↩ 101.
Uso de álcool/drogas	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.

Aconselhe paciente em uso contínuo de medicamentos

- Seja empático e não faça julgamentos. Comunique-se efetivamente ↩ 14.
- Se dificuldades de adesão, evite culpabilizar paciente. Explore motivos da má adesão e encontre, junto com paciente, formas de melhorá-la.
- Se diagnóstico recente ou pouco entendimento acerca da condição, invista tempo educando e aconselhando paciente. Explique sobre a condição e os benefícios do uso dos medicamentos.
- Explique que boa adesão consiste em usar os medicamentos todos os dias, na dose e no horário correto, e isso melhorará o controle da condição e reduzirá risco de complicações a longo prazo. Incentive paciente a buscar metas para atingir e manter o controle clínico de sua condição.
- Aconselhe paciente tomar medicamentos conforme prescrição e evitar descontinuar uso, a menos que seja orientado por um profissional de saúde.
- Incentive discutir quaisquer questões que possam dificultar adesão e retornar antes de parar os medicamentos.
- Incentive paciente a envolver parceria ou familiares/rede de apoio em seu tratamento.

Trate paciente em uso contínuo de medicamentos

- Solicite apoio da equipe multiprofissional para fortalecer adesão.
- Se disponível, entregue informativos explicando a condição do paciente, medicamentos e importância da adesão.
- Prescreva racionalmente ↩ 17.
- Tente manter um esquema terapêutico simples, com mínimo de comprimidos e menor dose possível. Prefira medicamentos combinados com dose fixa, se disponível.
- Evite modificar medicamentos ou doses sem clara necessidade.
- Envolva paciente no seu plano terapêutico e adapte horários dos medicamentos à sua realidade. Agende consultas em horários que contemplem a rotina do paciente.
- Discuta maneiras de ajudar paciente lembrar de tomar os medicamentos, como diários de uso, alarmes ou caixas organizadoras. Utilize lembretes que façam parte da rotina diária do paciente.
- Se dificuldade de adesão, faça consultas mais frequentes (ex: semanalmente em vez de mensalmente).

[1]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

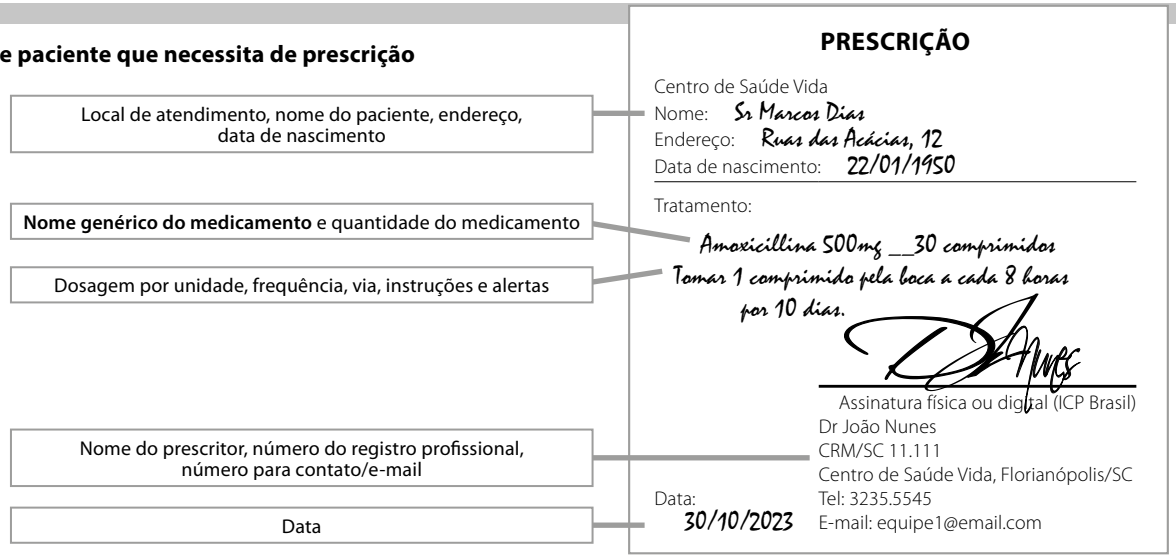
Avalie	Observações
Diagnóstico	Confirme: o diagnóstico do paciente, que o medicamento é necessário e que os benefícios superam os riscos.
Outras condições	Pode ser necessário ajustar a dose (ex: tenofovir, sinvastatina em doença renal; hidroclorotiazida em doença hepática) ou prescrever medicamento alternativo (ex: não prescreva ibuprofeno se úlcera péptica, exacerbação de asma, doença renal, gestação) ou associar medicamento (ex: associar omeprazol com ibuprofeno se paciente ≥ 65 anos).
Outros medicamentos	Verifique todos medicamentos (prescritos, isentos de prescrição, plantas) para possível interação, especialmente se em contraceptivo hormonal, TARV, tratamento para TB ou epilepsia.
Alergias	Se alergia conhecida/confirmada ou reação prévia com medicamento, registre em lista de problemas e discuta alternativas.
Idade	• Se > 65 anos considere diminuir dose ou frequência do medicamento (para antibióticos e TARV prescreva dose plena). Evite medicamentos desnecessários. • Revise uso dos medicamentos se: usa 5 ou mais medicamentos, usa omeprazol, benzodizepínicos (como diazepam), antidepressivos (como amitriptilina, fluoxetina), teofilina, codeína, AINEs (como ibuprofeno) ou anlodipino.
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 ↩ 159.
Resposta ao tratamento	• Se as condições do paciente não melhorarem, avalie adesão ao tratamento e considere trocar o tratamento ou diagnóstico alternativo. Se em antibióticos, avalie resistência. • Avalie efeitos adversos e relate uma possível reação adversa ao medicamento.

Aconselhe paciente que necessita de prescrição

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

Trate paciente que necessita de prescrição

- Garanta que prescritor apropriado faça a prescrição ↩ 7 e que o receituário seja adequado a classe medicamentosa prescrita.
- Se inseguro sobre escolha do medicamento, tipo de receituário, efeitos adversos ou interações medicamentosas, consulte formulário de medicamentos, colegas experientes/farmacêuticos/recursos de apoio ↩ 180.
- Garanta que a prescrição contenha todos os detalhes necessários – veja exemplo de prescrição ao lado. Escreva de forma legível.
- Garanta que paciente tenha uma via da receita em mãos ou arquivo virtual assinado digitalmente. Faça também uma receita quando prescrição é realizada por um formulário padrão (por exemplo, na prescrição de TARV).
- Se paciente necessita de antibiótico, tente evitar resistência bacteriana ao antibiótico:
  - Confirme se paciente de fato necessita de antibiótico.
  - Se necessário e possível, colha amostra biológica para cultura/antibiograma antes de iniciar antibiótico e ajuste o tratamento com os resultados.
  - Prescreva pelo menor tempo efetivo na dose e via mais apropriada.



Encaminhe adequadamente

Avalie paciente que necessita de encaminhamento

Avalie	Observações
Tipo de encaminhamento	• Confirme se paciente necessita de encaminhamento com urgência, no mesmo dia, com prioridade ou para próxima consulta disponível: - Se condição com risco imediato à vida, **encaminhe com urgência**. - Se condição menos grave que não ameaça a vida, mas necessita de cuidados adicionais no mesmo dia, **encaminhe no mesmo dia**. - Se condição não urgente que necessita ser vista o mais rápido possível: discuta investigação/manejo pré-encaminhamento com médico regulador/serviço de teleconsultoria/matriciamento ⮌ 178, verifique os guias de encaminhamento locais e **encaminhe com prioridade para** agendamento de consulta eletiva com especialista. • Se nenhum dos acima é necessário, **encaminhe** para agendamento de consulta eletiva com especialista.
Requisitos para encaminhamento com urgência ou no mesmo dia	• Se necessita **serviço de ambulância**, ligue para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 ou serviço de transporte intradiário conforme gravidade do caso ⮌ 178. • Verifique se necessita ser manejado em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou em Emergência Hospitalar. Verifique guias locais de encaminhamento, se disponível. • Discuta manejo pré-hospitalar com médico/enfermeiro de referência antes de encaminhar o paciente.
Requisitos para encaminhamento *que não é* de urgência/ emergência	• Assegure-se de que o paciente necessita de encaminhamento. Evite uso excessivo/desnecessário de consultas com especialistas. • Verifique investigação/manejo pré-encaminhamento. Se possível, investigue e resolva o problema sem encaminhamento: - **Discuta** com colegas de trabalho experientes ou equipe de apoio multiprofissional ou serviço de teleconsultoria ⮌ 178. - **Discuta** com médico experiente/especialista usando telefone/e-mail/ferramenta de comunicação virtual conforme guias de encaminhamento locais • 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. - Se dúvidas, **discuta** com médico/enfermeiro experiente/especialista, grupo de apoio matricial, consulte guia local de encaminhamento ou discuta com médico regulador ⮌ 178.

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.
- Assegure-se de que o paciente saiba que sua informação clínica pode ser/será revelada para outros:
  - Explique que a informação pode ser/será compartilhada: como (carta ou registro eletrônico), para quem e porquê será compartilhada.
  - Peça consentimento para compartilhar informações relevantes. Se paciente negar, respeite o desejo do paciente a não ser que seja essencial para a segurança dele: explique que o encaminhamento não pode acontecer sem disponibilizar certa(s) informação(ões). Garanta que apenas informações relevantes sejam compartilhadas.
- 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 mais 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 o encaminhamento contenha todas as informações relevantes e esteja de acordo com os protocolos locais. Inclua:
  - Motivo do encaminhamento (para tratamento/cirurgia/investigação/diagnóstico).
  - Problemas/sintomas/diagnósticos atuais e questões que você quer que o especialista responda.
  - Consultas prévias com especialista, medicamentos em uso e tratamentos e resultados de exames pré-encaminhamento
  - Contato 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 ⮌ 178.

Rastreie todas as pessoas para COVID-19

- Garanta que todos os profissionais de saúde saibam as práticas de segurança ⮌ 171 e que profissional do acolhimento/triagem esteja usando EPI apropriado (mascara 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 →49.

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 Nova alteração de olfato/paladar
- Dor de garganta

Sim para qualquer um

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

Sim

Atenda com urgência →49.

Não

- Encaminhe, se possível, para sala de espera separada/específica para pacientes sintomas respiratórios.
  - Organize cadeiras para que pacientes sentem-se ≥ 1,0 metros de distância entre eles.
  - Oriente etiqueta respiratória e higienização das mãos.

Não para todos

Paciente teve contato (próximo[1] ou domiciliar) com caso confirmado COVID-19 nos últimos 10 dias?

Sim

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 ≥ 1,0 metros de distância entre eles.
  - Oriente etiqueta respiratória e higienização das mãos.

Não

- Encaminhe paciente para sala de espera habitual.
  - Se possível, oriente que sente ≥ 1,0 metros de distância de outros pacientes.

[1]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 ≥ 15 minutos a < 1,0 metros).

Escuta qualificada

- **Garanta atendimento com médico/enfermeiro se situação de emergência óbvia: desmaio, convulsão, dor intensa, não consegue respirar.**
- Se *não tem* uma situação de emergência óbvia, 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 sintoma.
TB	Toda consulta	Se tosse ≥ 3 semanas, sudorese noturna, febre ≥ 2 semanas, dor no peito ao respirar ou escarro sanguinolento, exclua TB ⮌ 110.
Planejamento familiar	Toda consulta	Avalie necessidades de contracepção ⮌ 157 e planos de gravidez. Se planos, prescreva ácido fólico ⮌ 23. Se gestante, ofereça cuidado pré-natal ⮌ 159.
Saúde sexual	Toda consulta	• Pergunte sobre sintomas genitais ⮌ 62 e problemas sexuais ⮌ 73. • Pergunte qual sua identidade de gênero (homem ou mulher cis, homem ou mulher trans/travesti, não binarie), orientação sexual (hetero, homo ou bissexual) e identifique fatores de risco para HIV/ISTs (IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias sexuais, uso irregular de preservativo). - Se fatores de risco para HIV/ISTs, reforce sexo seguro/prevenção combinada e considere oferecer PrEP ⮌ 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 ⮌ 147.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ⮌ 145.
Uso de tabaco	Toda consulta	Se fuma tabaco, motive parar ⮌146. Apoie para mudança ⮌15.
Riscos em pessoa idosa: saúde mental	Se > 65 anos: toda consulta	• Se teve perda em função laboral/social, confusão ou comportamento atípico ⮌ 100. • Se ao menos 6 meses ≥ 1: problema de memória, desorientação, dificuldade de fala, menos capaz para atividades diárias ou laborais/sociais ⮌ 152.
Riscos em pessoa idosa: medicamentos	Se > 65 anos: toda consulta	• Considere diminuir dose/frequência de medicamentos (prescreva dose plena de antibióticos e TARV) e evitar medicamentos desnecessários. Discuta alternativas se usa ≥ 5 medicamentos. • Evite/discuta se usa medicamentos com potencial anticolinérgicos (como dimenidrinato, dexclorfeniramina, prometazina, hioscina), metoclopramida, inibidores de bomba de prótons (como omeprazol) por > 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).
Riscos em pessoa idosa: quedas	Se > 65 anos: toda consulta	Se história de quedas, problemas/limitações de mobilidade, marcha, equilíbrio ou visão/audição: considere **risco aumentado para quedas**, envolva equipe multiprofissional de apoio e programe visita domiciliar para intervenções de segurança doméstica (corrimãos nas escadas/banheiros, melhora da iluminação, uso de revestimentos/tapetes de banho antiderrapantes).
Riscos em pessoa idosa: idoso frágial	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 ⮌ 167.
Violência íntima	Se mulher: anualmente e se nova parceria	Pergunte sobre violência física, sexual, psicológica ou perseguição por parceria sexual. • Se presente, discuta e considere envolver equipe multiprofissional de apoio.
IMC: peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m)	Anualmente	• Se IMC < 18,5 (se > 65 anos: < 22), discuta com nutricionista. • Se IMC > 25 (se > 65 anos: > 27), avalie RCV ⮌ 128.
PA	Primeira consulta, então conforme valor	Verifique PA ⮌ 136.
RCV	Se entre 40-75 anos ou se fatores de RCV: 1ª consulta e então conforme resultado	• Avalie RCV ⮌ 128 na primeira consulta, depois conforme resultado. - Se entre 40-75 anos, solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos. Interprete resultados ⮌ 130. Use colesterol total para calcular RCV ⮌ 128. • 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).

Continue avaliando a saúde geral do paciente → 22.

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

Continue avaliando a saúde geral do paciente

Avalie	Quando avaliar	Observações
Diabetes	Se necessário	Verifique necessidade de rastrear diabetes ⮌ 131.
HIV	• Se necessário • Anualmente • Se fator de risco: cada 6 meses	• Verifique necessidade de rastrear/rastreie HIV ⮌ 116. • 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 pratica *chemsex*[1] e diminui/perde julgamento sobre práticas sexuais e uso de preservativos.
Sífilis	• Se necessário • Se ≤ 30 anos: anualmente • Se fator de risco: cada 6 meses	• Verifique necessidade de rastrear/rastreie sífilis ⮌ 66. • Fatores de risco para sífilis: HIV; uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias; ou troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia.
Hepatite B	Se necessário	Verifique necessidade de rastrear HBV ⮌ 122.
Hepatite C	• Se necessário • Se fatores de risco: anualmente	• Verifique necessidade de rastrear/rastreie HCV ⮌ 123. • 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; pratica *chemsex*[1] e diminui/perde julgamento sobre práticas sexuais e uso de preservativos; ou está em situação de rua ou privada de liberdade.
Clamídia (CT) e gonococo (NG)[2]	Se fatores de risco *e* mulher cis < 25 anos, mulher trans/travesti, gay/HSH ou HIV: rastreie anualmente	• Se fatores de risco para CT/NG: IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativo. • 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 somente CT detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: prescreva dose única de azitromicina 1g via oral.
Câncer colorretal	• Se 50-75 anos • Se ≥ 40 anos e fator de risco[3]	• Se 50-75 anos: solicite sangue oculto em fezes (3 amostras consecutivas). Se negativo, repita cada 2 anos. Se positivo: solicite colonoscopia e interprete. • Se ≥ 40 anos e fator de risco[3]: solicite colonoscopia e interprete. Se normal, repita cada 5 anos até 75 anos.
Câncer de colo uterino	Se necessário	Se mulher cis ou homem trans: avalie necessidade de fazer rastreio de câncer do colo de útero ⮌ 69.
Câncer de mama em mulheres	• Se 50-69 anos • Se ≥ 40 anos e fatores de risco[4]	• Examine para nódulos/sintomas em mamas ⮌ 72 ou nódulos em axilas ⮌ 36. • Solicite MMG de rastreio (USG não é exame de rastreio) e interprete: - BIRADS 0: • Se assimetria global ou focal em mamas não densas ou com distorção de parênquima, solicite MMG com compressão seletiva. • Se assimetria global ou focal em mamas densas, solicite USG. • Se calcificações/microcalcificações agrupadas, solicite MMG com magnifcação. • Se nódulo, solicite USG. • Discuta para interpretar resultados dos exames solicitados. . • BIRADS 1 ou 2: **rastreio negativo**. • BIRADS 3: repita em 6, 12, 24 e 36 meses. Se imagem sem modificação: **rastreio negativo**. - Se imagem com nódulo, também solicite USG e discuta. • BIRADS 4A ou incerto: discuta/encaminhe com prioridade para decidir sobre avaliação complementar. • BIRADS 4B, 4C ou 5: discuta/solicite biópsia por agulha grossa (*core-biopsy*)[5] e encaminhe com prioridade. • BIRADS 6: câncer, encaminhe com prioridade para tratamento. • Se rastreio negativo, repita MMG cada 2 anos. - Se fatores de risco[4], repita anualmente e discuta com especialista quando parar.

Aconselhe paciente sobre sua saúde em geral →23.

[1]Sexo sob influência de drogas (álcool, metanfetaminas, GHB, MDMA, cocaína, poppers) para aumentar/facilitar experiências sexuais. [2]Solicite detecção de CT/NG por biologia molecular (PCR) em amostra de urina para rastreio genital. [3]Dois ou mais pais/irmãos com CA colorretal, ou um pai/irmão com CA de cólon ou pólipos adenomatosos antes dos 60 anos de idade. [4]Mãe/irmã/filha com CA de mama antes dos 50 anos; ou mãe/irmã/filha com CA de mama bilateral ou CA de ovário em qualquer idade; ou pai/irmão/filho com CA de mama em qualquer idade; ou história pessoal de radiação torácica antes dos 30 anos. [5]Discuta e escolha entre *core-biopsy* guiada por esterotaxia ou USG. Se *core-biopsy* não disponível, considere PAAF.

Aconselhe paciente sobre sua saúde em geral

- Pergunte sobre preocupações e expectativas da consulta de rotina/check-up e tente respondê-las. Para dicas de comunicação efetiva ↩ 14.
- Eduque que nem todos os exames, tratamentos e procedimentos ajudam a prevenir doenças. Alguns têm pouco/nenhum benefício e podem até causar danos.
- Sugira que, para avaliar se está recebendo quantidade adequada de cuidados, pergunte ao profissional de saúde: 'Eu realmente preciso fazer esse exame/tratamento/procedimento? Quais são os riscos? Existem opções mais simples ou seguras? O que acontece se eu não fizer esse exame/tratamento/procedimento? Quais os custos (financeiros, emocionais ou de tempo)?'
- Oriente evitar suplementos vitamínicos sem indicação clínica: sem benefícios e uso excessivo pode causar dano (ex: vitamina C e cálcio, podem causar pedras nos rins). Contraindique suplementos de betacaroteno principalmente se fuma (aumenta risco de câncer de pulmão e mortalidade por doenças cardíacas).
- Ajude escolher mudanças de estilo de vida para melhorar ou manter sua saúde em geral. Apoie para mudança ↩ 15.

Maneje o estresse
Avalie e maneje o estresse ↩ 101.

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

Coma bem
- Coma diferentes alimentos com moderação. Reduza o tamanho das porções.
- Aumente o consumo de frutas e vegetais.
- Reduza alimentos gordurosos/fritos ou ultraprocessados (biscoitos/salgadinhos, refrigerantes, bolos, fasfood).
- Reduza alimentos salgados pré-processados (caldos e molhos, sopa de pacote). Evite adicionar sal direto ao alimento.
- Evite ou use menos açúcar.

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

Pratique sexo seguro e prevenção combinada
- Teste regularmente para HIV, sífilis e hepatites.
- Oriente parcerias a testarem regularmente.
- Saiba onde buscar PEP e PrEP (oriente fluxos).
- Use preservativos e gel lubrificante (forneça e oriente uso).

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

Pare/evite fumar
Se fuma tabaco ↩ 146.

Se exponha ao sol com segurança, principalmente se pele clara
- Evite exposição solar das 10h às 15h.
- Use protetor solar e roupas para proteção (como bonés) quando exposto/a ao sol.

Trate preventivamente para manter 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).
- Se veganismo, discuta e considere suplementação de vitamina B12.
- Evite medicamentos para dormir pois podem causar dependência. Se dificuldades para dormir ↩ 103.
- 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 vacine se alergia a componente da vacina ou agudamente doente). Se tem condição crônica, vide página específica para outras vacinas.

Vacina	Quem e quando	Observações
Hepatite B	Se não vacinado, vacinação incompleta ou desconhecida	Prescreva 3 doses em zero, 1 e 6 meses[2]. 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)	• Se último reforço ≥ 10 anos atrás • Se vacinação incompleta (< 3 doses de difteria e tétano na vida) ou desconhecida • Se gestante	• Se último reforço de dT ≥ 10 anos atrás: prescreva reforço de dT. • Se vacinação incompleta ou desconhecida: prescreva vacinação ou complete esquema vacinal com 2 meses de diferença entre doses. • Se gestante: aplique dTpa (em cada gestação) ↩ 163. • Não vacine se história de Síndrome de Guillain Barre em até 6 semanas após vacina dT.
Sarampo, caxumba e rubéola	Se < 50 anos e vacinação incompleta (< 2 doses na vida) ou desconhecida	• Se 30-49 anos, prescreva uma dose. Se < 29 anos ou profissional de saúde, prescreva 2 doses com 1 mês de diferença entre doses. • Oriente contracepção confiável até 28 dias após última dose. Não vacine se gestante ou HIV com CD4 < 200.
Influenza	Se ≥ 60 anos e restrito ao leito/institucionalizado[3]	• Prescreva vacina anualmente. • Não vacine se Síndrome de Guillain Barre em até 6 semanas após vacina contra influenza.
Febre amarela	Se não vacinado e mora/viajando para região próxima/área de febre amarela	• Prescreva uma dose da vacina na vida (pelo menos 10 dias antes de viajar). Se > 60 anos ou gestante, discuta e avalie risco/benefício. • Não vacine se amamentando bebê < 6 meses ou se HIV com CD4 < 200.
Pneumocócica (VPP23)	Se ≥ 60 anos e restrito ao leito/institucionalizado	Prescreva uma dose e uma dose de reforço após 5 anos.

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]Se dificuldade de vinculação, considere intervalo menor: 0, 1-2 e 4 meses. [3]Verifique campanha anual de vacinação para outras indicações.

Paciente com uma emergência

Atenda paciente com uma emergência:

Paciente responde à sua voz ou estímulo físico?

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

Sim

Sem pulso ou não tem certeza

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

Com pulso

O paciente está respirando?

Não
- Verifique se vias aéreas estão desobstruídas.
- Faça 1 respiração cada 6 segundos com balão de oxigênio e máscara.
- Verifique pulso cada 2 minutos. Se sem pulso, inicie RCP (veja ao lado).

Sim

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

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

Respiração
- Se falta de ar ou SaO2 < 90%, aplique oxigênio 1-6L/min via cânula nasal.
- Se FR < 9 ou lábios/lingua azul(is), conecte bolsa-válvula-máscara ao oxigênio e lentamente ventile cada respiração com o paciente.
- Intube se bolsa-válvula-máscara e ainda dificuldade para respirar, SaO2 < 90% ou lábios/lingua azul(is).
- Se falta de ar súbita, ruídos respiratórios diminuídos/mais ressonantes/dor em 1 dos lados, desvio de traqueia: provável **pneumotórax hipertensivo**:
  - Insira cateter calibre 14 acima da 3ª costela na linha médio clavicular. Providencie dreno torácico.

Circulação
- Estabeleça acesso EV.
- Se PAS < 90, FC ≥ 100 ou sangramento intenso: aplique cloreto de sódio 0,9% 250mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.
- Pare sangramento: aplique pressão e eleve membros. Se sangramento intenso persistir, aplique torniquete acima do ferimento.

Nível de consciência

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

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

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

Continue o manejo de acordo com o problema e os sintomas:
- Se pupilas assimétricas ou com pouca resposta à luz, eleve a cabeça em 30 graus. Se ferido, mantenha o corpo reto e incline elevando a cabeça (não curve a coluna).
- Imobilize o pescoço com colar cervical rígido (se disponível) e sacos de areia/blocos em ambos os lados da cabeça/pescoço se paciente ferido e >1: lesão na cabeça, ECG < 15, sensibilidade no pescoço/coluna, membro fraco/dormente ou pupilas anormais. Use prancha de imobilização se precisa mover o paciente.
- Identifique todos os ferimentos e procure causas: desnude o paciente e avalie frente e costas. Se ferido, utilize rolagem para virar. Então cubra e mantenha aquecido.
- Continue avaliando o paciente de acordo com os sintomas. Maneje os sintomas como na página do sintoma. Se inconsciente →25. Se ferido →27.

[1]Se paciente tem uma doença terminal, considere se deve ou não prosseguir. Se RCP não necessária (paciente em cuidados paliativos) →167. [2]Continue RCP por mais tempo se Tax <35ºC, 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 ↩ 24.
- 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, dor abdominal intensa, vômito persistente ou exposição à possível alérgeno[1], considere **anafilaxia** ↩ 29.
- Verifique glicemia, temperatura e pupilas:

Glicemia

< 70mg/dL

- Aplique glicose 50% 25mL EV em 1-3 minutos.
- Repita se glicemia ainda < 70mg/dL após 15 minutos.
- Se alcoolismo/ malnutrição também aplique tiamina 200mg EV.
- Continue glicose 5% 1L EV a cada 6 horas.

> 200mg/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.

Temperatura

≤ 35°C

- Remova roupas frias/molhadas e cubra com cobertores quentes.
- Aqueça fluidos EV a 40ºC (evite fluidos frios).
- Se não responder ou temperatura ≤ 32°C, também use aquecedor externo.

≥ 38°C

- Aplique ceftriaxona 2g IM.
- Se temperatura > 40°C:
  - Remova roupas.
  - Use ventilador e spray de água para resfriar paciente.
  - Aplique pacotes de gelo nas axilas, virilha e pescoço.
  - Pare assim que temperatura < 39°C.

Pupilas

Ambas pupilas igualmente diminuídas (miose)

Se uso de drogas ilícitas e/ou FR < 12

Provável **overdose por opioides**

- Aplique oxigênio via cânula nasal (1-2L/min).
- Se disponível, aplique naloxona 0,4mg EV. Repita cada 2-3 minutos, aumente dose em 0,4mg cada vez até FR >12, máximo de 10mg.

Se secreções excessivas ou contraturas musculares

Provável **envenenamento por organofosforado**

- Se disponível, aplique atropina 2mg EV. Repita cada 5 minutos, dobrando dose cada vez, até secreções controladas.
- Remova roupas contaminadas e lave a pele.

Ambas pupilas igualmente dilatadas (midríase)

Provável **overdose por drogas estimulantes**

Assimétricas ou com pouca resposta à luz

- Erga a cabeça em 30 graus.
- Se ferido, mantenha o corpo reto e incline elevando a cabeça (não curve a coluna).

Discuta ou contate o Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001).

- **Encaminhe com urgência.**
- **Enquanto aguarda a remoção:**
  - Verifique PA, FC, FR, SaO2 e nível de consciência (Glasgow) a cada 15 minutos. Insira cateter urinário, se disponível.
  - Se PAS < 90, FC > 100, FR > 20 ou < 9, SaO2 < 90% ou queda no nível de consciência (Glasgow), reavalie e maneje vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência ↩ 24.

[1]Alérgeno pode ser: picada de inseto, ingestão de um medicamento ou uma comida nova nas últimas horas.

Avalie e maneje glicemia capilar aleatória

Se diabetes conhecida →133. Somente verifique glicemia capilar aleatória se paciente não está bem ou tem sintomas de diabetes (sede, aumento de frequência urinaria, perda de peso).

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

< 55 mg/dL — Paciente tem **hipoglicemia**

Atenda com urgência

Paciente está alerta?

Sim

- Dê glicose[1] via oral.
- Se incapaz de ingerir, aplique glicose 50% 25mL EV em 1-3min.
- Verifique glicose após 15 minutos:

< 55

Dê **glicose**[1] via oral ou aplique **glicose 50%** 25mL EV em 1-3min. Verifique glicose após 15 minutos e, se ainda < 55, **repita** glicose via oral ou EV e **discuta**.

≥ 55

Discuta para investigar causa. Retorne para página de sintomas.

Não

- Se alcoolismo ou desnutrição, aplique tiamina[2] 200mg IM.
- Aplique glicose 50% 25mL EV em 1-3min.
- Se inconsciente →25.
- Se convulsionando ↩28.
- Verifique glicose após 15 minutos:

< 55

- Aplique **glicose 50%** 25mL EV em 1-3min e continue **glicose 5%** 1L EV cada 6 horas.
- Encaminhe com urgência

55-129 mg/dL

Verifique necessidade de rastrear diabetes →131.

130-199 mg/dL

Solicite glicemia após jejum de 8 horas e verifique resultado

< 110

- Repita glicemia de jejum após 1 ano.
- Avalie e maneje RCV ↩ 128.

110-125 **Risco aumentado para diabetes**

- Repita glicemia de jejum

< 126

- Repita glicemia de jejum após 1 ano.
- Avalie e maneje RCV ↩ 128.

≥ 126

Confirme com outra glicemia de jejum após primeira ≥ 126

< 126

- Repita glicemia de jejum após 1 ano.
- Avalie e maneje RCV ↩ 128.

≥ 126

Diagnostique diabetes

- Se < 35 anos, considere diabetes tipo 1 e discuta.
- Se ≥ 35 anos, ofereça cuidados de rotina para diabetes →133.

≥ 200 mg/dL

Avalie se paciente necessita de atenção urgente

- Diminuição da consciência →25
- Dor no peito →78
- Convulsões ↩28
- Confusão
- Sonolência
- Respiração rápida
- Náuseas ou vômitos
- Dor abdominal
- Temperatura ≥ 38ºC
- Desidratação[3]

Não

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

Não

Solicite glicemia após jejum de 8 horas e verifique resultado

< 110

- Repita glicemia de jejum após 1 ano.
- Avalie e maneje RCV ↩ 128.

110-125 **Risco aumentado para diabetes**

- Repita glicemia de jejum

< 126

- Repita glicemia de jejum após 1 ano.
- Avalie e maneje RCV ↩ 128.

≥ 126

Confirme com outra glicemia de jejum após primeira ≥ 126

< 126

- Repita glicemia de jejum após 1 ano.
- Avalie e maneje RCV ↩ 128.

≥ 126

Diagnostique diabetes

- Se < 35 anos, considere diabetes tipo 1 e discuta.
- Se ≥ 35 anos, ofereça cuidados de rotina para diabetes →133.

Sim

- 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.
- Encaminhe com urgência.

[1]Uma colher de sopa de açúcar (pode ser diluída em 1 copo de água) ou meio copo de suco/refrigerante com açúcar. [2]De acordo com apresentação disponível, aplique vitamina B1+B6+B12 (100mg + 100mg + 500mcg) solução injetável 4mL IM. Aplique antes da glicose. Se indisponível: aplique glicose, discuta/encaminhe com urgência e providencie aplicação de tiamina assim que possível. [3]Sede sucessiva, mucosas secas, turgor da pele diminuído, olhos encovados, PAS < 90, FC > 100.

Paciente com ferimentos

Atenda com urgência paciente com ferimentos:

- Primeiro avalie/maneje vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência ↺ 24.
- 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 piorar.

Ferida e ≥ 1 dos seguintes:

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

- Aplique cloreto de sódio 0,9% 250mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.
- Se sangramento excessivo ou pulsátil, aplique pressão direta e eleve o membro.
- Se sangramento grave e persistente, faça torniquete acima da ferida.

Fratura e ≥ 1 dos seguintes:

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

- Aplique morfina 5mg EV.
- Se baixa perfusão ou fraqueza/dormência abaixo da fratura: gentilmente realinhe na posição normal.
- Se fratura exposta: remova corpo estranho, irrigue com cloreto de sódio 0,9% e cubra com gase embebida em solução salina. Aplique ceftriaxona 2g IM.
- Coloque tala e imobilize articulação acima e abaixo da fratura.
- Se fratura pélvica, amarre lençóis no quadril para imobilizar.

Ferimento na cabeça e ≥ 1 dos seguintes:

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

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

- **Encaminhe com urgência.** Enquanto aguarda transporte, verifique PA, FC, FR, SaO2 e nível de consciência (Glasgow) cada 15 minutos.
- Se PAS < 90, FC > 100 ou < 50, FR > 20 ou < 9, SaO2 < 90% ou queda do nível de consciência (Glasgow), verifique e maneje via aérea, respiração, circulação e nível de consciência ↺ 24.

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[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↺ 145. Se violência sexual ↺ 102.

Ferimento

- Aplique pressão diretamente para parar sangramento.
- Remova corpo estranho, pele solta/morta. Se sujo: irrigue com cloreto de sódio 0,9% ou solução iodopovidona diluída[2].
- Se sutura necessária: suture e considere aplicar mupirocina 2% pomada e curativos não aderentes por 24 horas. Se mupirocina não disponível, considere neomicina 5mg/g + bacitracina 250UI/g.
- 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. Se sinais de infecção (vermelhidão, calor, dor), dê cefalexina 500mg cada 6 horas por 5 dias. Reavalie em 2 dia: se sem infecção e se necessário, suture. Se tiro/puntiforme fundo, não suture e lave/cubra cada 2 dias.
- Prescreva paracetamol ou dipirona[3] 500-1000mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias e oriente retornar se sinais de infecção.
- 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 →89.

Fratura

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

Ferimento na cabeça

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

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

Convulsões

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

- Se ferimento atual na cabeça ↩ 27.
- 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 ou incapaz de medir, dê glicose 50% 25mL EV em 1-3min. Se alcoolismo/malnutrição, dê tiamina[1] 200mg EV. 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 (1-2mg/min) ou via retal[2]. Se convulsão continuar, repita após 10 minutos.
- Se convulsão não responder a 2 doses de diazepam ou paciente não recuperar consciência entre as convulsões:
  - Se disponível, aplique fenitoína[3] 20mg/Kg EV em 60 minutos (aplique em acesso diferente do diazepam). Se mantém crise, repita 10mg/Kg em 30 minutos.
  - Encaminhe com urgência.

Abordagem do paciente que não está mais convulsionando

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

Sim

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

- Temperatura ≥ 38°C ou rigidez de nuca/meningismo: aplique ceftriaxona 2g IM.
- Dor de cabeça nova/diferente ou que está piorando/mais frequente
- HIV sem epilepsia conhecida
- Redução do nível de consciência > 1 hora após convulsão
- Glicemia < 55 mg/dL ou > 200mg/dL uma hora após tratamento ou paciente em glibenclamida/glicazida/glimepirida/insulina
- 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 →159.

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** →153.

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 teve ≥ 2 convulsões sem causa identificável, considere epilepsia, discuta/encaminha e ofereça cuidados de rotina →153.

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** →141.

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

Provável **desmaio comum** →39.

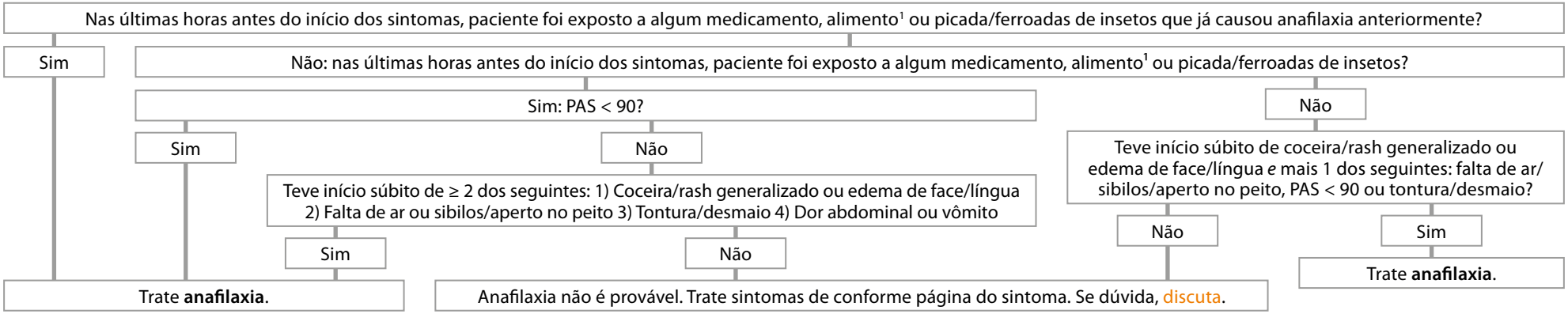
Se diagnóstico incerto: discuta ou encaminhe com prioridade.

[1]De acordo com apresentação disponível, aplique vitamina B1+B6+B12 (100mg + 100mg + 500mcg) solução injetável 4mL IM. [2]Dilua 30mg de diazepam em 4mL de cloreto de sódio 0,9%, aplique via retal a 4-6cm do ânus. [3]Fenitoína EV pode causar queda de PA e arritmia cardíaca: 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[2] e aplique oxigênio de 8 a 10L/min via máscara com reservatório.
- 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 independente da PA. Depois, se PAS < 90, também aplique cloreto de sódio 0,9% 500mL EV rápido, repita até PAS > 90. Continue 1L cada 6 horas. 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 não disponível, aplique ao invés salbutamol 400-800mcg (4-8 jatos) via espaçador. Se não melhorar, repita cada 20 minutos até 3 vezes.
- Aplique hidrocortisona 200mg IM ou EV lento e, se coceira ou urticária, aplique também prometazina 50mg IM.

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[1] e picada/ferroadas de inseto.
Outras alergias	No diagnóstico	• Se tosse recorrente, sibilos, aperto no peito ou dificuldade para respirar, exclua **asma** ⮌ 125. Se asma conhecida, ofereça cuidados de rotina ⮌ 126. • Se placas secas, descamativas e pruriginosas em punho, tornozelo, dobra de cotovelo ou atrás do joelho, provável **eczema** ⮌ 83. • Se coceira, vermelhidão, pápulas elevadas que aparecem repentinamente e geralmente desaparecem em 24 horas, provável **urticária** ⮌ 83. • Se espirros recorrentes ou nariz com coceira/coriza/congestão, provável **rinite alérgica** ⮌ 45. • Se lacrimejamento e coceira em ambos os olhos, provável **conjuntivite alérgica** ⮌ 42.

Oriente paciente com história prévia de anafilaxia

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

[1]Alimentos comuns que causam anafilaxia incluem amendoim, castanhas, oleaginosas, ovo, leite, camarão e peixe. [2]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):

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
- SaO2 < 90%
- Porcentagem total da superfície corporal queimada (%SCQ) > 15%

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

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

Avalie e maneje necessidade de hidratação se %SCQ > 10%:
- Insira acesso EV calibroso em área longe da pele queimada. Se %SCQ significativa, insira um segundo acesso EV.
- Aplique cloreto de sódio 0,9% EV:
  - Calcule volume total necessário nas próximas 24 horas (mL) = %SCQ x peso(kg) x 4
  - Aplique metade desse volume nas primeiras 8 horas após a queimadura. Calcule o volume por hora (mL) = volume total ÷ 2 ÷ 8
- Insira um cateter urinário e registre o débito urinário a cada hora.

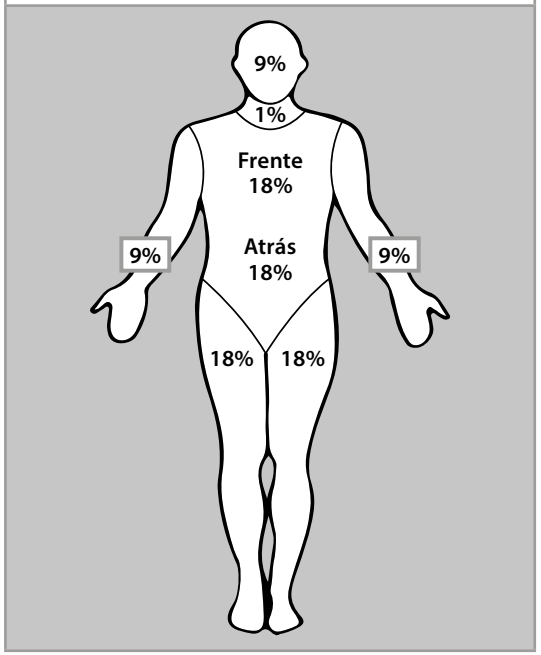
Precreva medicamentos:
- Se dor intensa, aplique morfina 5mg EV cada 4 horas. Se dor não intensa, prescreva paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg cada 6 horas.
- Prescreva reforço da vacina dT (difteria e tétano) se última dose há > 5 anos. Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/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

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

Encaminhe no mesmo dia o paciente com qualquer um dos seguintes:
- %SCQ > 10%
- Queimadura de terceiro grau
- Queimadura em face/pescoço/mãos/pés/genitais/articulações
- Queimadura circunferencial de membros/tórax
- Queimadura inalatória/elétrica/química
- Outros ferimentos

- Enquanto aguarda transposte, monitores sinais vitais: PA, FC, FR, SaO2, nível de consciência (Glasgow) e débito urinário.
- Reavalie diariamente (como abaixo) se não necessita encaminhamento no mesmo dia.

Calcule % total superfície corporal (SCQ):
- Cabeça 9%
- Pescoço 1%
- Frente 18%
- Atrás 18%
- Cada braço 9%
- Cada perna 18%



Reavalie diariamente paciente com queimadura(s) que não necessita de encaminhamento no mesmo dia:
- Limpe com cloreto de sódio 0,9%. Se tecido morto/necrosado, remova cuidadosamente. Faça curativos diários: aplique sulfadiazina de prata 1% creme e cubra com curativo não aderente. Verifique sinais de infecção (vermelhidão, calor, inchaço, aumento da dor, odor fétido ou pus). Se infecção, prescreva cefalexina 500mg cada 6 horas por 7 dias.
- Prescreva paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg e/ou ibuprofeno[2] 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias. Se não responder, adicione codeína 30-60mg a cada 4 horas se necessário até 360mg ao dia. Se dor aumentada/ansiedade com troca de curativos, prescreva codeína 30mg 1 hora antes da troca de curativos.
- No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[3]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
- Se infecção grave (vermelhidão/inchaço extenso, Tax ≥ 38°C), dor não responder aos medicamentos ou queimadura não cicatrizar em 2 semanas, discuta/encaminhe.

[1]Não prescreva se alergia prévia. [2]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [3]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Mordidas e ferroadas

Atenda com urgência 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** ↩ 29
- 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:**
  - Tranquilize paciente.
  - Remova joias/bijuterias e imobilize o membro mordido. Evite aplicar torniquete ou sugar o veneno.
  - Discuta sobre necessidade de soro antiofídico, ligue para o Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001).
- Se 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 sangramento pulsátil ou excessivo, aplique pressão direta e eleve membro. Se sangramento excessivo e persistente, aplique torniquete acima do ferimento.
- Remova pele solta/necrosada e limpe a ferida com água e sabão. Irrigue com pressão usando cloreto de sódio 0,9% por 15 minutos. Evite suturar o ferimento.
- Prescreva reforço da vacina dT (difteria e tétano) se última dose há > 5 anos. Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/encaminhe para soro/imunoglobulina antitetânica.

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

Mordida(s) humana ou animal

- Remova pele solta/necrosada e limpe ferida com água e sabão. Irrigue com pressão usando cloreto de sódio 0,9% por 15 minutos.
- Evite suturar o ferimento.
- Considere risco de raiva se mordida/arranhão ou lambedura nos olhos/boca/pele não intacta por cão, gato, animal silvestre[1] ou de produção[2]
  - Discuta com Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001). Notifique.
  - Lave ferimento com água e sabão.
  - Oriente observar o animal por 10 dias após exposição para sinais de raiva. Se desaparecer/morrer/se tornar raivoso ou animal silvestre[1]/de produção[2]: prescreva 4 doses de vacina antirrábica (0, 3, 7 e 14 dias após exposição).
  - Se animal silvestre ou se ferimento em mucosas/mãos/pés/cabeça/extenso/profundo *e* animal desaparecido/raivoso/de produção[2]: prescreva também soro/imunoglobulina antirrábica.
- Se disfunção imune[3] ou mordida é profunda, infectada, envolve mão/cabeça/pescoço/genitais: prescreva 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 mordida humana com rompimento da pele, também avalie necessidade de PEP para HIV e hepatite B ↩ 104.
- Prescreva paracetamol ou dipirona[4] 500-1000mg e/ou ibuprofeno[5] 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- Se mordida infectada e sem resposta ao antibiótico em 48h, ou dor persiste apesar da analgesia, discuta.
- Se ferida não cicatrizar completamente após 3 meses ou cicatrizar < 50% após 6 meses de tratamento →89.

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 dor, prescreva ibuprofeno[5] 300-600mg cada 6 horas por até 5 dias.
- Se picada de escorpião muito dolorida, injete lidocaina 2% 2mL ao redor do local da picada.
- Se picada de aranha ou dúvidas, discuta com Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001).

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

[1]Como morcego, raposa, macaco, outros. [2]Como boi, cavalo, cabra, ovelha, porco, outros. [3]HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. [4]Não prescreva se alergia prévia. [5]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, 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 ≥ 5% do peso corporal nos últimos 6 meses.

PASSO 1: investigue TB, HIV *e* diabetes

Exclua TB
- Inicie investigação para TB ⮌ 110.
- Ao mesmo tempo investigue HIV ⮌ 116, diabetes ⮌ 131 e considere outras causas abaixo.

Teste para HIV
- Teste para HIV ⮌ 116.
- Se paciente HIV com perda de peso ≥ 10% e diarreia ou febre > 1 mês, discuta ou encaminhe com prioridade.

Investigue diabetes
Verifique glicemia capilar aleatória, interprete ⮌ 26.

PASSO 2: pergunte sobre sintomas comuns de câncer

Corrimento/sangramento vaginal anormal

Considere **câncer de colo de útero**. Faça exame especular e preventivo →69.

Nódulo(s) de mama ou descarga mamilar

Considere **câncer de mama**. Examine mamas/axilas para nódulos →72.

Sintomas urinários em homem

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.
- Se dispepsia: solicite EDA.
- Se massa abdominal: solicite USG.
- Faça toque retal. Se massa em toque retal ou sangue oculto em fezes positivo: solicite colonoscopia.

Tosse ≥ 2 semanas, escarro sanguinolento, longa história de tabagismo

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

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

Náusea ou vômitos

→59.

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 ⮌ 101.

Sem dinheiro para alimentação

Discuta/encaminhe para assistente social.

Se paciente tem uma doença terminal

Considere oferecer cuidado paliativo →167.

Ferida oral ou dificuldade em engolir

Provável **candidíase oral/esofágica** →46.

PASSO 4: investigue outras causas

- Revise medicamentos: anticonvulsivantes, antidepressivos, antidiabéticos e medicamentos para tireoide.
- Solicite TSH se um ou mais dos seguintes: FC ≥ 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 ⮌ 147.
- No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ⮌ 145.
- Investigue negligência em idoso ou em paciente doente necessitando de cuidado. Se suspeita, discuta/encaminhe para assistente social.

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

[1]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 ≥ 37,8ºC 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 ⮌ 28
- Rebaixamento nível de consciência ⮌ 25
- Rigidez de nuca /meningismo ou rash purpúrico, provável **meningite**
- Dor à descompressão súbita do abdome inferior D, provável **apendicite**
- PAS < 90
- FC ≥ 30 ou SatO2 < 90% ou falta de ar[1]
- Icterícia[2]
- Facilidade para sangramento/hematomas[2]
- 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 crepitações pulmonares.
- Se FR ≥ 30, SaO2 < 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 até 15L/min.
- Se provável meningite ou rebaixamento do nível de consciência ou remoção demorar > 2 horas e falta de ar/SaO2 < 90%/FR ≥ 30: aplique ceftriaxona 2g IM.

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

Se esta ou esteve em área de malária[3] no último mês: notifique e discuta/investigue.

Febre há < 7 dias

Está/esteve em área de dengue, zika, chikungunya, febre maculosa ou de surto de febre amarela há < 2 semanas ou está/esteve em risco de lepstospirose[4] no último mês?

Sim para qualquer um: avalie se esta/esteve em área de:

- Dengue e ≥ 2: dor de cabeça/retro-orbital, dor muscular/articular, rash, petéquias, náuseas/vômitos, provável **dengue**.
- Zika vírus e rash com coceira, provável **zika vírus**.
- Chikungunya e dor articular súbita/intensa não explicada por outras condições, provável **Chikungunya**.
- Febre maculosa e história/marca picada de carrapato e dor muscular e dor de cabeça, provável **febre maculosa**.
- Surto de febre amarela e sem registro de vacina e ≥ 2: dor de cabeça, dor muscular, lombar, abdominal, mal-estar, calafrios, náuseas, tontura, provável **febre amarela**.
- Risco para leptospirose[4] e dor muscular e dor de cabeça, provável **leptospirose**.

Não para todos

Qualquer um dos acima

- Se provável **dengue** →35.
- Se *não é* provável dengue →34.

Nenhuma dessas condições provável: tem rash e ≥ 1: tosse, coriza, olho vermelho ou esta ou esteve em área de sarampo no último mês?

Sim Considere **sarampo** →34.

Não: Está ou esteve em risco para **hantavirose**[5] 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** ⮌ 51.
- Se ≤ 40 anos, dor de garganta recente e ≥ 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.

Febre há ≥ 7 dias

- Exclua TB ⮌ 110, HIV ⮌ 116 e sífilis ⮌ 66.
- 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 ⮌ 123 e B ⮌ 122.
  - Interprete e discuta /encaminhe.

[1]Considere hantavirose se teve contato ou esteve em área de roedores silvestres (áreas rurais, locais abandonados, depósitos, camping) há < 60 dias: notifique e discuta. [2]Considere febre amarela se está ou esteve em área de transmissão há ≤ 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. [3]Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. [4]Contato com áreas alagadas, lama ou esgoto, após chuvas ou enchentes. [5]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 ⮌ 33 (se mais de uma condição suspeita, notifique para cada uma delas).
- Solicite/colete exame diagnóstico. 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	• Se coceira, prescreva loratadina 10mg ao dia se necessário por até 5 dias. • Não prescreva e oriente não usar AAS ou anti-inflamatórios (como ibuprofeno) pois aumentam risco de sangramento. • Oriente retornar se sensação de formigamento em braços/pernas ou alterações de consciência.
Chikungunya	• Se dor intensa, prescreva codeína[1] 30-60mg cada 4 horas se necessário até 360mg ao dia. • Se dor articular ≥ 15 dias, discuta. • Não prescreva e oriente não usar AAS ou anti-inflamatórios (como ibuprofeno) pois aumentam risco de sangramento. • Oriente para aliviar dor articular: compressas frias cada 4 horas por 20 minutos, repouso e evitar atividades que sobrecarreguem articulações.
Febre Maculosa	• Prescreva doxiciclina 100mg cada 12 horas por 7 dias. Se gestante, discuta. - Se não melhorar em 7 dias, discuta.
Febre Amarela	• Evite prescrever e oriente não usar > 3g de paracetamol por dia. • Não prescreva e oriente não usar AAS ou anti-inflamatórios (como ibuprofeno) pois aumentam risco de sangramento. • Solicite ou encaminhe para realizar TGO, TGP, creatinina, TAP/RNI e hemograma. Avalie paciente e resultados em 24 horas, discuta para interpretar. • Discuta/encaminhe no mesmo dia se sinais/sintomas do quadro vermelho ⮌ 33 ou ≥ 1 dos seguintes sinais de alarme: pele/olhos amarelos, sangramento fácil/hematomas, vômitos persistentes, diminuição do volume urinário, alteração de consciência. • Reavalie paciente e também solicite ou encaminhe para repetir exames cada 24 horas até completar 48 horas sem febre. • Oriente retornar/procurar atendimento com urgência se sinal de alarme (como acima).
Leptospirose	• Prescreva doxiciclina 100mg cada 12 horas por 7 dias. - Se gestante ou doença hepática/renal conhecida, dê ao invés amoxicilina 500mg cada 8 horas por 7 dias. • Se alergia à penicilina, prescreva ao invés azitromicina 500mg ao dia por 3 dias. • Solicite hemograma e avalie resultado em 24h: - Se leucócitos < 4.000: discuta para considerar parar antibiótico e investigar outros diagnósticos. - Se leucócitos > 4.000: mantenha antibiótico e reavalie paciente para sinais de alerta cada 2 dias até 2 semanas do início dos sintomas: • Discuta/encaminhe no mesmo dia se sinais/sintomas do quadro vermelho ⮌ 33 ou ≥ 1 dos seguintes: falta de ar/tosse/FR > 30, tosse com sangue, sangramento fácil/hematomas, diminuição do volume urinário, alteração de consciência, vômitos persistentes, pele/olhos amarelos, palpitações/arritmias. • Oriente retornar/procurar atendimento com urgência se sinal de alarme (como acima).
Sarampo	• Oriente isolamento até completar quatro dias após início do rash. • Discuta com vigilância local para identificar contatos[2] e verificar o status de vacinação contra sarampo ⮌ 23: - Se contato com vacinação incompleta ⮌ 23/não vacinado (se profissional de saúde, considere vacinação completa se 2 doses), vacine[3] em até 72 horas. - Monitore os contatos por 30 dias para o aparecimento de rash/sintomas.

Se febre persiste apesar do tratamento, reavalie diagnóstico ⮌ 33 e discuta.

[1]Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo. [2]Todas as pessoas que tiveram contato próximo nos 21 dias antes e até 4 dias após o início do rash. [3]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.

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

- PAS < 90 ou hipotensão postural[1]
- FC ≥ 100
- Tempo enchimento capilar ≥ 3 segundos
- Desmaio
- FR ≥ 30 ou Sa02 < 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

Maneje e encaminhe com urgência:

- Aplique cloreto de sódio 0,9% 10ml/Kg na 1ª hora, independente da PA. Se PAS < 90, FR ≥ 30, Sa02 < 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 Sa02 < 90% ou falta de ar, aplique oxigênio 1-6L/min via cânula nasal para SaO2 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.

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 **chikungunya** há ≤ 14 dias e dor articular súbita/intensa não explicada por outras condições, notifique e maneje ↩ 33.
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, trate como abaixo e encaminhe no mesmo dia para hemograma em até 4h.
Rash com coceira	1ª consulta	Se esta/esteve em área de zika vírus nos últimos 14 dias, também notifique e maneje como **zika vírus** ↩ 33.
Petéquias	Toda consulta	Se petéquias, trate como abaixo e encaminhe no mesmo dia para hemograma em até 4h.
Prova do laço	1ª consulta: se necessário	Se sem fatores de risco para agravamento e sem petéquias, faça prova do laço: • Se positiva, trate como abaixo e encaminhe no mesmo dia para hemograma em até 4h. Uma vez positiva, não repita prova do laço.
Hemograma	Se fator de risco ou prova do laço positiva/petéquias	• Encaminhe no mesmo dia para hemograma com resultado em até 4h e após repita hemograma e revise resultado cada 24h até 48h sem febre. • Se hematócrito > 50% homem ou > 44% mulher *ou* aumento > 20% em relação ao anterior *ou* plaquetas ≤ 50.000, encaminhe no mesmo dia. Se dúvidas, discuta. • Se hematócrito < 50% homem ou < 44% mulher *e* não aumentou > 20% em relação ao anterior *e* plaquetas > 50.000, maneje como abaixo.
Exame para dengue	1ª consulta	Se < 5 dias do início dos sintomas, solicite isolamento viral (NS1). Se ≥ 6 dias, solicite sorologia IgM para dengue. Se negativo, discuta e considere outros diagnósticos ↩ 33.

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 60/kg/dia, sendo 1/3 como solução de reidratação oral e 2/3 como outros líquidos[2].
  - 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[3] 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.

[1]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. [2]Água, sucos de fruta, água de coco. [3]Não prescreva se alergia prévia.

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

Encaminhe com urgência se nódulo/edema em virilha que aumenta se paciente ficar em pé/tossir/evacuar e com 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 →88.
- Se nódulos abaixo da pele, primeiro exclua nódulo da tireóide, hérnia e aneurisma:
  - Nódulo no pescoço que se move quando o paciente engole, provável **nódulo de tireóide**: solicite TSH e USG de tireóide, interprete e discuta, se necessário.
  - Nódulo na virilha que aumenta com 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 (≥ 2 áreas)?

Linfadenopatia generalizada

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

Discuta/encaminhe.

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 →72.

Virilha: o nódulo na virilha é quente e dolorido?

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

Sim

Trate paciente e parcerias para **linfogranuloma venéreo**
- Primeiro avalie e aconselhe paciente e parcerias ↩62.
- Prescreva doxiciclina 100mg cada 12 horas via oral por 21 dias. Se gestante ou amamentando dê ao invés azitromicina 1.000mg semanal por 3 semanas.
- Se linfonodo flutuante, aspire o pus pela pele íntegra de maneira estéril e repita se necessário
- Reavalie após 14 dias. Se não melhorar, discuta.

A causa foi encontrada?

Não

- Teste para HIV (faça teste rápido) ↩116. Se HIV positivo, ofereça cuidados de rotina ↩117.
- Teste para sífilis: se não tem história de sífilis, faça TR. Se não, solicite TNT. Interprete ↩66.
- Se tosse ≥ 3 semanas, perda de peso, sudorese noturna ou febre ≥ 2 semanas, exclua TB ↩110.
- Solicite HMG, interprete e discuta, se necessário.
- Revise medicamentos: anti-hipertensivos (atenolol, captopril, hidralazina), antibióticos (SMZ/TMP, penicilinas), anticonvulsivantes (fiorentina, carbamazepina), alopurinol podem causar linfadenodopatia. Se dúvidas, discuta.
- Se *nenhum dos acima*, decida como manejar:

Linfadenopatia localizada *e* paciente bem

- Tranquilize paciente e oriente retornar se sintomas.
- Se linfonodo persiste > 4 semanas, discuta.

Sim

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

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** →141
- Dor no peito →48
- Frequência respiratória ≥ 30 ou falta de ar ou SaO2 < 90% →49
- 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, PAS < 90, FC ≥ 100
- Fraqueza progressiva em perna(s).
- Se falta de ar pior ao deitar e com edema em pernas, provável **insuficiência cardíaca** →139

Maneje:

- Se desidratação, dê solução de reidratação oral. Se incapaz de beber ou PAS < 90, aplique cloreto de sódio 0,9% 250mL EV rápido, repita até 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 ↩ 26 ou se diabetes e glicemia < 70 ↩ 133.
- 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.
- Se fraqueza ou cansaço persistente após COVID-19 aguda com < 3 meses de duração ↩ 56. Se > 3 meses, siga algoritmo abaixo.
- Verifique sintomas, condições crônicas, saúde mental e medicamentos. Em seguida, examine paciente para confirmar se ele tem fraqueza muscular ou não:

Verifique sintomas

- Pergunte sobre sintomas e maneje conforme página do sintoma.
- Se perda de peso ↩ 32.
- Se tosse, perda de peso, sudorese noturna ou febre, exclua TB ↩ 110.
- Se dificuldade de dormir ↩ 103.

Verifique condições crônicas

- Avalie necessidade de rastrear HIV ↩ 116.
- Exclua gestação. Se gestante, tranquilize que cansaço é comum especialmente no 1º e 3º trimestres. Ofereça cuidados de rotina ↩ 159.
- Avalie necessidade de rastrear diabetes ↩ 131.
- Avalie necessidade de rastrear anemia ↩ 38.
- Se ganho de peso sem aumento de apetite, desânimo, pele seca, piora/nova constipação, intolerância ao frio: solicite TSH. Se TSH anormal, discuta investigações adicionais e tratamento.
- Se paciente tem uma doença incurável, ofereça também cuidados paliativos ↩ 167.

Verifique saúde mental

- Se tristeza, estresse ou ansiedade ↩ 101.
- No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.

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 sinvastatina/estatina e início de fraqueza/dor muscular/câimbras, solicite CK total. Se ≥ 5 LSN, pare estatina e discuta. Se < 5 LSN, discuta.

Tem fraqueza muscular ao exame[2]?

Não: quanto tempo paciente está com cansaço:

< 1 mês

- Se qualquer 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.

Sim

- Pergunte sobre traumas prévios.
- Solicite potássio, sódio, cálcio, fostato, TSH e discuta.

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]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 →162 ou mulher no pós-parto/puerpério com Hb < 11g/dL →165.
  - Homem com Hb < 13g/dL.

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

- Hb < 7g/dL
- FC ≥ 100
- FR ≥ 30 ou SaO2 < 90%[1]
- 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 SaO2 < 90%, aplique oxigênio 1-6L/min via cânula para manter SaO2 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 nos últimos 3 meses, notifique e discuta.
- Exclua gravidez. Se gravidez →159.
- Se *não* está grávida, avalie hemograma e maneje de acordo com o resultado do volume celular médio (VCM)[1]:

VCM baixo (geralmente < 80)

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

Não

- Verifique uso deAINE (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.

Sim

- Pergunte sobre sangramento vaginal anormal: se anormal ↩ 71.
- 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, oleaginosas, açúcar mascavo, sementes. Alimentos ricos em vitamina C ajudam na absorção de ferro: frutas vermelha, roxas, amarelo-alaranjadas, kiwi, abacate, tomate, pimentão, couve manteiga.
  - Evite bebidas com cafeínas (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.

VCM normal

Provável **doença sistêmica** ou **crônica**

- Exclua HIV ↩ 116 e TB ↩ 110.
- Solicite reticulócitos e discuta para considerar outras investigações (como função hepática e renal).
- Se tem uma doença incurável, ofereça cuidado paliativo ↩ 167.

VCM alto (geralmente > 100)

Diagnostique **anemia macrocítica**

- Revise medicamentos: se usa zidovudina ou anticonvulsivantes, discuta.
- Investigue uso de álcool[2].
- Solicite vitamina B12 e folato, discuta para interpretar.

[1]O volume celular médio (VCM) ajuda identificar causa da anemia. Verifique se VCM é baixo, normal ou alto em comparação com intervalo de referência. [2]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

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

- Glicemia < 55mg/dL ou > 200mg/dL ↩ 26.
- Se rash/coceira generalizada, edema de face/língua, sibilos, falta de ar, dor abdominal/vômito persistente ou exposição a possível alérgeno[1], considere **anafilaxia** ↩ 29.
- 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** →141
- Rebaixamento do nível de consciência →25
- Convulsão →28
- Dor no peito →48
- Falta de ar →49
- 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/atraso menstrual com dor abdominal e sangramento vaginal
- Dor lombar ou abdominal 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 ou novas crepitações pulmonares.

Abordagem do paciente que desmaiou e não necessita de atenção urgente

- Solicite ECG, interprete resultados e discuta/encaminhe.
- Solicite HMG. Se Hb < 12 (mulher) ou Hb <13 (homem) ↩ 38.
- Rastreie para uso de álcool/drogas: no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[2]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
- Verifique PA: se ≥ 140/90 ↩ 136. Se < 140/90, meça PA deitado e repita após ficar em pé por 3 minutos:

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

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 ↩ 60, se vômito ↩ 59, se febre ↩ 33.
- Oriente sentar-se antes de levantar quando deitado.
- Discuta/encaminhe se:
  - Diabetes
  - Tremor, rigidez, lentidão no movimento (considere **parkinsonismo**)
  - Constipação ou problemas de ereção
  - Dor/dormência pés (considere **neuropatia periférica**).

PA sistólica não cai ≥ 20 (ou ≥ 30 se hipertensão conhecida) e PA diastólica não cai ≥ 10
Paciente estava respirando muito rápido ou profundamente imediatamente antes ou durante o colapso?

Não

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

Sim

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.

Não

- Se desmaio é associado a tosse, deglutição, rotação da cabeça, discuta para considerar investigações adicionais.
- Se diabetes conhecida ↩ 133.

Sim

Provável **hiperventilação**

- Tranquilize e encoraje paciente respirar em uma frequência normal.
- Verifique e maneje o estresse ↩ 101.

- Se nenhum dos acima, verifique e maneje: sintomas da visão ↩ 42, sintomas articulares ↩ 76, sintomas nos pés ↩ 80, sintomas nas pernas ↩ 79, demência ↩ 152.
- 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.

[1]Alérgeno pode ser: picada de inseto, ingestão de um medicamento ou uma comida nova nas últimas horas. [2]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** →141
- Início súbito de tontura intensa com náusea/vômitos, movimento ocular ou marcha anormal.
- Glicemia < 55 →26 (< 70 se diabético →133)
- PAS < 90
- FC < 50 ou irregular
- Dor no peito →48
- Falta de ar pior ao deitar e edema em pernas, provável **insuficiência cardíaca** →139
- 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 em 30 minutos, 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 ↩ 44.
- Pergunte sobre episódios de desmaio ↩ 39.
- Rastreie para uso de álcool/drogas: no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
- Revise medicamentos: antidepressivos, antihipertensivos e antiepiléticos, furosemida e efavirenz podem causar tonturas.
- Se diabético, verifique glicemia (se ainda não tiver feito) →133.
- 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** ↩ 38.
- Verifique PA: se > 140/90 ↩ 136. Verifique hipotensão postural: meça PA deitado e repita após ficar em pé por 3 minutos:

PA sistólica cai ≥ 20 (ou ≥ 30 se sabidamente hipertenso) *ou* PA diastólica cai ≥ 10

Provável **hipotensão postural**

- Comum no idoso.
- Se sede e FC em pé ≥ 100, provável **desidratação**. Prescreva solução de reidratação oral. Se diarreia ↩ 60, vômito ↩ 59, febre ↩ 33.
- Oriente paciente a sentar-se antes de levantar quando deitado.

PA sistólica não cai ≥ 20 (ou ≥ 30 se sabidamente hipertenso) *e* PA diastólica não cai ≥ 10

Peça para o paciente respirar rapidamente por 2 minutos. Os sintomas são reproduzidos?

Sim

Provável **hiperventilação**

- Assegure e encorage o paciente a respirar em uma frequêcia normal.
- Verifique e maneje o estresse ↩ 101.

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

Provável **vertigem posicional**

- Tranquilize o 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 perda auditiva ou zumbido, solicite audiometria e discuta.
- Se dor de cabeça ou sintomas visuais, discuta/encaminhe.

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

Provável **neurite vestibular**

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

Sim

Solicite audiometria, interprete e discuta/encaminhe pra investigações adicionais.

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

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

Dor de cabeça

Atenda com urgência 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 ≥ 180/110 em não gestante →136
- Gestante ou 1 semana após o parto e PA ≥ 140/90 →159
- Rebaixamento do nível de consciência →25
- Problemas visuais ou dor ocular →42
- Fraqueza ou dormência na face, braços ou pernas ou alteração da fala ou tontura súbita →141
- Vômitos persistentes
- Diferença de tamanho entre as pupilas

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável **meningite**, aplique ceftriaxona 2g IM.

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

- Se febre, tosse, dor de garganta, sintomas nasais ou de olfato/paladar: considere **COVID-19** ↩ 51.
- Se > 50 anos, dor em couro cabeludo/têmporas, problemas visuais, cansaço/dor muscular, considere **arterite temporal**: dê prednisona 60mg e discuta/encaminhe no mesmo dia.
- A dor de cabeça é incapacitante e recorrente com náusea ou sensibilidade ao barulho/luz, e que resolve completamente em até 72h?

Sim: provável **enxaqueca**

- Dê imediatamente e cada 6 horas se necessário: ibuprofeno[1] 300-600mg ou paracetamol ou dipirona[2] 500-1000mg. Se pouca melhora/dor intensa, aplique dipirona[2] 500-1000mg EV e metoclopramida 10mg via oral ou EV.
- Se náuseas, dê metoclopramida 10mg cada 8 horas por até 5 dias.
- Aconselhe reconhecer/tratar crise no início, descansar num quarto escuro/silencioso. Fazer diário da dor (identificar/evitar desencadeantes: falta de sono/fome/estresse/ alguns alimentos ou bebidas). Evite contraceptivos com estrogênio ↩ 157.
- Se ≥ 3 crises/mês ou prejuízo da qualidade de vida: dê propranolol[3] 40mg cada 12 horas (aumente até 240mg/dia, se necessário) *ou* amitriptilina 25-75mg à noite *ou* ofereça acupuntura.

Não: sensação de pressão/dor na testa ou região maxilar (bochecha), resfriado comum recente, coriza/obstrução nasal?

Sim: provável **sinusite**

- Prescreva paracetamol ou dipirona[2] 500-1000mg ou ibuprofeno[1] 300- 600mg cada 6 horas, se dor, por até 5 dias.
- Prescreva solução fisiológica nasal[4] 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[5] por 14 dias.
- Oriente que os sintomas podem levar até 14-21 dias para se resolver.
- Se rigidez de nuca, infecção dentária, inchaço em região sinusal ou periorbital: discuta/encaminhe no mesmo dia.
- Se sinusite recorrente (≥ 4/ano), teste para HIV ↩ 116.
- Se secreção nasal purulenta com febre e dor intensa *ou* se sintomas que pioraram após uma melhora inicial: prescreva antibiótico.
  - Usou antibiótico último mês ou tem fator de risco para complicação[6]?

Não: dê amoxicilina 500mg cada 8 horas por 5 dias. Se alergia, dê doxiciclina[7] 200mg ao dia por 7 dias. Se não melhorar em 3-5 dias: discuta ou trate como ao lado.

Sim: dê amoxicilina/clavulanato (500/125mg) mais amoxicilina 500mg cada 8 horas por 5 dias. Se alergia, dê doxiciclina[7] 200mg ao dia por 7 dias. Se não melhorar em 3-5 dias, discuta.

Não

- Se usa analgésicos > 2 dias/semana por ≥ 3 meses: considere **cefaléia por abuso de analgésicos**.
  - Oriente não usar regularmente, diminuir uso e que melhora em 2 meses.
- Pergunte sobre o tipo e local da dor:

Aperto em volta da cabeça ou dor em pressão generalizada

Provável **dor de cabeça tensional**

- Prescreva se necessário: paracetamol ou dipirona[2] 500-1000mg ou ibuprofeno[1] 300-600mg a cada 6 horas por até 7 dias
- Aconselhe exercícios regulares e aborde o estresse ↩ 101.
- Se ≥ 15 dias/mês, considere amitriptilina 25-75mg à noite por 3-6 meses (após: avalie parar/reduzir dose) *ou* ofereça acupuntura.

Dor persistente e constante, músculos cervicais doloridos

Provável **dor cervical muscular** →78.

Dor temporal/ periorbital unilateral ≥1: olho vermelho ou lacrimejando, pupila diminuída, pálpebra caída, nariz entupido ou coriza, suor em face

Considere **cefaléia em salvas**

- Dê oxigênio 12-15 L/ min via máscara com reservatório por 5-15 min e discuta/encaminhe.

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

[1]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [2]Não prescreva se alergia prévia. [3]Não prescreva se asma, insuficiência cardíaca descompensada, FC < 60. Cuidado se DPOC. [4]Aplique 20-100mL com seringa passando de uma narina à outra. Se necessário, ofereça preparo caseiro: 1/2 colher de chá de sal e 1/2 de bicarbonato de sódio para 2 copos de água fervida. [5]Insira aplicador na narina apontando para orelha do mesmo lado e evite inspiração vigorosamente. [6]Idade > 65 anos, alcoolismo, HIV ou diabetes mal controlado, doença renal, hepática, autoimune, câncer, hospitalização últimos 5 dias. [7]Se gestante, não prescreva doxiclina e discuta opções.

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** →141
- PA ≥ 180/110 em não gestante →136
- Gestante ou 1 semana após o parto, e PA ≥ 140/90: maneje como **pré-eclâmpsia grave** →159
- Olhos amarelos: provável **icterícia** →93
- 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 ao mexer olho ou alteração visual: provável **celulite orbital**
- Trauma penetrante
- Laceração 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 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

Olho(s) com secreção ou lacrimejando. Tem coceira proeminente?

Sim: Tem eczema, rinite ou asma e ambos os olhos estão envolvidos?

Não

Provável **causa localizada**

- Oriente lavar olho com água limpa.
- Identifique e remova a causa.
- Reavalie após 24h, se não melhorar discuta.

Sim

Provável **conjuntivite alérgica**

- Oriente aplicar compressas frias e remover lentes de contato até melhora.
- Identifique/evite alérgenos que piorem/ desencadeiem.
- Evite colírio corticoide.
- Dê loratadina 10mg ao dia se necessário.
- Se não mehorar após 2 semanas, discuta.
- Encaminhe com urgência se:
  - Úlcera na córnea
  - Hipersenssibilidade à luz
  - Baixa visão

Não: A secreção é clara ou purulenta?

Clara

Provável **conjuntivite viral**

- Oriente aplicar compressas frias e remover lentes de contato até melhora.
- Oriente evitar coçar olhos, compartilhar toalhas/roupas de cama e a lavar mãos regularmente.
- Oriente retorno ao trabalho após 7 dias ou quando sem secreção.
- Se rash com coceira, considere **Zika vírus** ⮌ 34.
- Se rash e febre, considere **sarampo** ⮌ 34.

Purulenta

Provável **conjuntivite bacteriana**

- Prescreva tobramicina[1] 3mg/ mL ou gentamicina[1] 5mg/ml colírio 1 gota cada 4 horas por 7 dias.
- Oriente remover lentes de contato por até 1 dia após tratamento e melhorar. Evitar coçar olhos, compartilhar toalhas/roupas de cama e lavar mãos regularmente.
- Oriente retorno ao trabalho após 2 dias.

Se não melhorar após 5 dias, discuta.

Pálpebra(s) vermelha(s) ou inchada(s)

Provável **hordéolo/blefarite**

- Oriente aplicar compressa quente por 5-10 minutos, lave crostas cada 12 horas. Oriente que pode demorar para resolver.
- Se não melhorar, prescreva tobramicina[2] 3mg/mL ou gentamicina[2] 5mg/ml colírio 1 gota cada 12 horas por 14 dias.
- Se não melhorar com tratamento, discuta.

Corpo estranho

- Oriente lavar olho com água limpa ou cloreto de sódio 0.9%.
- Se possível, remova gentilmente o corpo estranho com bastão com algodão.
- Encaminhe no mesmo dia se:
  - Não conseguir remover
  - Dano no olho
  - Visão ou movimento ocular anormal.
  - Sem melhora 2 dias após remoção.

Baixa visão

- Encaminhe para oftalmologista.
- Considere rastrear diabetes ⮌ 131 e hipertensão ⮌ 136.

[1]Se disponível, prefira ciprofloxacino 0,3% colírio 1 gota cada 4 horas por 7 dias. [2]Se disponivel, 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** →141.
- 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[1], considere **anafilaxia** ⮌ 29.
- 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/irritação no olho, provável **celulite orbital**.
  - Se *nenhum dos acima*: de 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 →47.
- Se rash na face →81.
- Se dor na face, sensação de pressão/dor na testa ou região maxilar (bochecha), resfriado comum recente, coriza/obstrução nasal, dor de cabeça, provável **sinusite** →45.
- 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 **Neuralga do trigêmeo**

- Dê carbamazepina 200mg cada 12 horas, aumente até melhora da dor em 200mg/dia até 1.200mg/dia.
- Ofereça acupuntura.
- Se não melhora ou dúvidas sobre diagnóstico, discuta para considerar RNM.

História de herpes zoster no mesmo lado da dor na face

Provável **Neuralgia pós-herpética**

- Se dor leve, dê paracetamol ou dipirona[2] 500-1000mg ou ibuprofeno[3] 300-600mg cada 6 horas se dor por até 5 dias.
- Se dor moderada/intensa, dê codeína[4] 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 adverso, 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 faça redução de 10mg por dia até parar. Sem melhora discuta.
- Dê também aciclovir 400mg 5 vezes/dia por 10 dias.
- Proteja o olho:
  - Não coçar 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 enalapril, pare e *nunca inicie novamente*.
- Prescreva loratadina 10mg ao dia até melhora do edema.
- Revise medicamentos e alérgenos[1].
- Oriente a retornar urgentemente 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[2] 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 **orquiepididimite**: oriente repouso, gelo e elevação escrotal. Prescreva ibuprofeno[3] 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.

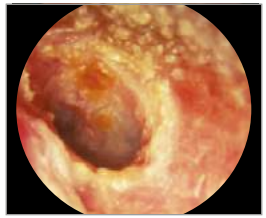
[1]Alérgeno pode ser: picada de inseto, ingestão de um medicamento ou uma comida nova nas últimas horas. [2]Evite se alergia prévia. [3]Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação. Considere associar omeprazol 20mg em jejum se HAS, diabetes, insuficiência cardíaca, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [4]Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo.

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[1].
- Dê paracetamol ou dipirona[2] 500-1000mg cada 6 horas se dor por até 5 dias.
- Dê polimixina B (com ou sem associações) 4 gotas cada 8 horas por 7 dias.
- Se disfunção imune[3], dor intensa, Tax ≥ 38°C ou não melhorou: dê ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 7 dias. Se não responder em 2 dias, discuta.
- Se dor intensa/vermelhidão e edema periauricular/ATM, paralisia facial ou canal auditivo ocluído: encaminhe no mesmo dia.

Dor no ouvido

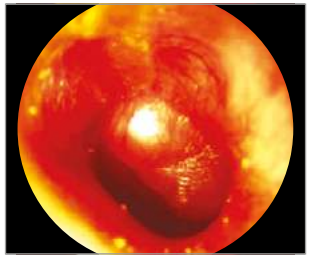
Tímpano e canal auditivo normais

© University of Cape Town

Provável **dor referida**

- Procure causa:
  - Se problema em dente ou gengiva →47.
  - Se problema na garganta →46
  - Se dor na articulação temporomandibular, procure por sintomas articulares →76
  - Se edema dolorido em um/ambos lados da face, provável **caxumba** →43
- Se causa incerta, discuta.

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



© University of Cape Town

Provável **otite média aguda**

- Prescreva paracetamol ou dipirona[2] 500-1000mg ou ibuprofeno[4] 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 7 dias.
- Se secreção, limpe canal[1].
- Prescreva amoxicilina 500mg cada 8 horas por 7 dias. Se alergia à penicilina, troque por azitromicina 500mg ao dia por 5 dias. Se febre (≥ 38ºC), 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 5 dias ou ≥ 4 episódios/ano, discuta ou encaminhe.
- Se edema doloroso retroauricular ou rigidez de nuca, encaminhe com urgência.

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[1] 3 vezes/dia. O ouvido pode se recuperar apenas se estiver seco.
- Prescreva polimixina B (com ou sem associações) 4 gotas cada 8 horas por 14 dias.
- Discuta ou encaminhe se:
  - Sem melhora após 2 semanas
  - Secreção malcheirosa ou depósito branco/amarelo no tímpano, provável **colesteatoma**.
  - Perfuração significativa do tímpano
  - Perda auditiva
  - Dor de ouvido
- Encaminhe com urgência se:
  - Edema doloroso retroauricular
  - Rigidez de nuca
- Se baixa resposta ao tratamento, exclua TB ↩ 110 e HIV ↩ 116.

Dificuldade auditiva ou zumbido

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

Tem cera

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

Sem cera

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

Como fazer lavagem de ouvido[5]

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

[1]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 ao 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). [2]Não prescreva se alergia prévia. [3]HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. [4]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [5]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
Maneje de acordo com o/s sintoma/s nasal/is:

Coriza/obstrução nasal ou roncos persistentes
- Se febre, dor de cabeça, tosse, dor de garganta ou nova alteração de olfato/paladar: considere COVID-19 ⮌ 51.
- Pergunte sobre sintomas associados:

Dor de garganta ou febre

Dor no corpo/dor muscular ou calafrios

Não: provável **resfriado comum**

Sim: provável **influenza (gripe)**

- Oriente cuidados de higiene ao tossir/espirrar e lavar as mãos regularmente.
- Prescreva paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias para alívio da dor/mal-estar.
- Explique que antibióticos não são necessários.
- Oriente paciente a retornar se:
  - Sintomas persistirem > 7 dias ou piora com falta de ar.
  - Inicialmente melhor mas febre retornou e:
    - Tosse produtiva →49.
    - Dor de ouvido →44.
    - Dor em região maxilar (bochecha), provável **sinusite** (maneje como ao lado).
- Oriente vacina contra influenza anualmente se paciente gestante, ≥ 60 anos e restrito ao leito/institucionalizado, HIV positivo ou DPOC e verifique campanha anual de vacinação para outras indicações.
  - Verifique campanha anual de vacinacao para outras indicacoes.

Sensação de pressão/dor na testa ou região maxilar (bochecha), dor de cabeça, resfriado recente

Provável **sinusite**
- Prescreva paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg ou ibuprofeno[2] 300- 600mg cada 6 horas, se dor, por até 5 dias.
- Prescreva solução fisiológica nasal[3] 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[4] por 14 dias.
- Oriente que os sintomas podem levar até 14-21 dias para se resolver.
- Se rigidez de nuca, infecção dentária, inchaço em região sinusal ou periorbital: discuta/encaminhe no mesmo dia.
- Se sinusite recorrente (≥ 4/ano), teste para HIV ⮌ 116.
- Se secreção nasal purulenta com febre e dor intensa *ou* se sintomas pioraram após melhora inicial: dê antibiótico.
  - Usou antibiótico último mês; tem > 65 anos; alcoolismo; HIV ou diabetes mal controlado; doença renal/hepática/autoimune/câncer; ou hospitalização últimos 5 dias?

Não
- Prescreva amoxicilina 500mg cada 8 horas por 5 dias. Se alergia, dê doxiciclina (se gestante, não prescreva doxiciclina e discuta opções) 200mg ao dia por 7 dias.
- Se não melhorar em 3-5 dias: discuta ou trate como ao lado.

Sim
Dê amoxicilina/clavulanato (500/125mg) *mais* amoxicilina 500mg cada 8 horas por 5 dias. Se alergia, dê doxiciclina (se gestante, não prescreva doxiciclina e discuta opções) 200mg ao dia por 7 dias. Se não melhorar em 3-5 dias, discuta.

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

Provável **rinite alérgica**
- Ajude identificar e evitar alérgenos.
- Dê loratadina 10mg ao dia por até 5 dias apenas quando sintomas piorarem.
- Se por ≥ 4 dias, dê budesonida spray nasal 64mcg ou beclometasona 50mcg 2 jatos cada narina[4] ao dia até controle. Use menor dose efetiva para manter controle. Lave narinas com solução salina antes de usar.
- Se não melhorar ou sintomas debilitantes, discuta.

Roncos pesistentes ou sonolência durante o dia

Provável **apneia obstrutiva do sono**
- Se obstrução ou coceira nasal persistente, considere **rinite alérgica**
- Avalie RCV ⮌ 128.
- Aconselhe evitar álcool, cuidados na direção se sonolência, evitar dormir de barriga pra cima e uso de benzodiazepínicos.
- Discuta ou encaminhe se:
  - Hipertrofia amigdalas.
  - Paradas respiratórias, sufocamento ou engasgos no sono.

Sangramento nasal

- Aperte narinas 10 min com paciente sentado e inclinado para frente.
- Verifique PA:
  - 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.
  - Se ≥ 140/90 ⮌ 136.
- 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, esportes de contato e trauma nasal
  - Se coceira nasal contínua, considere rinite alérgica (veja ao lado).
  - Oriente paciente evitar medicamentos como AAS, ibuprofeno/AINE, se usa anticoagulante, solicite TAP.
  - Oriente apertar as asas nasais quando houver sangramento.
  - Se não melhorar, discuta.

[1]Não prescreva se alergia prévia. [2]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [3]Aplique 20-100mL com seringa passando de uma narina à outra. Se necessário, ofereça preparo caseiro: 1/2 colher de chá de sal e 1/2 de bicarbonato de sódio para 2 copos de água fervida. [4]Insira aplicador na narina apontando para orelha do mesmo lado e evite inspiração vigorosamente.

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[1], considere anafilaxia ↩ 29.

Encaminhe no mesmo dia.

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

- Se problemas na gengiva ou dentes →47.
- Se boca seca, dificuldade/dor progressiva ao engolir e comida/líquidos ficam presos, discuta com prioridade para investigação complementar.
- Examine a boca e garganta e verifique se há vermelhidão, lesões esbranquiçadas, vesículas ou úlceras:

Vermelhidão na garganta

- Se febre, dor de cabeça, tosse, sintomas nasais ou de olfato/paladar: considere COVID-19 ↩ 51.
- Verifique se sintomas somam ≥ 3 pontos?
  - Febre > 38ºC (+1)
  - Sem tosse (+1)
  - Pus/placa em tonsilas (+1)
  - Linfonodos cervicais dolorosos (+1)
  - Idade > 45 (-1)

Não: provável **faringite viral**
- Explique que antibióticos não são necessários.

Sim: provável **faringinte/tonsilite bacteriana**
- Prescreva amoxicilina 500mg a cada 12 horas por 10 dias ou penicilina benzatina 1,2MUI IM dose única. Se alergia à penicilina prescreva azitromicina 500mg ao dia por 3 dias.
- Se episódios graves e recorrentes discuta e considere tonsilectomia.

- Prescreva paracetamol ou dipirona[2] 500-1000mg ou ibuprofeno[3] 300-600mg a cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- Oriente que gargarejo com salmora 2 vezes ao dia pode ajudar.

Placas brancas removíveis em mucosa bucal, gengiva, língua, palato, pode ter rachaduras no canto da boca

Provável **candidíase oral**
- Dê nistatina 100 000UI/mL 4-6mL oral cada 6 horas por 14 dias. Manter na boca máximo possível.
- Se usa corticoide inalado, oriente enxaguar boca após uso.
- Teste para HIV ↩ 116 e DM ↩ 131.
- Se tem doença incurável ↩ 167.
- Se não melhora, discuta.

Se dificuldade ou dor ao engolir, provável **candidíase esofágica**
- Dê fluconazol 300mg ao dia por 14-21 dias.
- Se sem resposta em 3-7 dias, solicite EDA e discuta.

Vesículas doloridas em lábios/boca

Provável **herpes simples**
- Se dor dê paracetamol ou dipirona[2] ou lidocaína gel 2% cada 6 horas por até 5 dias.
- Se ≤ 72 horas do início e:
  - 1º episódio ou recorrência moderada/grave, dê aciclovir 400mg cada 8 horas por 7 dias.
  - Recorrência leve, considere não tratar ou dê aciclovir 5% creme cada 5x/dia por 5 dias.
- Se > 6 episódios/ano, discuta.

Úlcera(s) dolorosa(s) em boca/garganta

Provável **úlcera(s) aftosa(s)/afta(s)**
- Se dor dê prednisolona 3mg/mL para bochechar por 2min 1 colher de sopa 5x/dia por 5 dias.
- Se > 1 cm, vermelha, esbranquiçada, borda endurecida ou sem melhora em 2-3 semanas, disccuta/encaminhe dentista.

Boca seca

- Se sede, aumento frequência urinária ou perda de peso, avalie **diabetes** ↩ 131.
- Se coriza ou obstrução nasal ↩ 45.
- Procure e trate candidíase oral conforme outras colunas.
- Revise medicamentos: furosemida, amitriptilina, antipsicóticos, morfina podem causar isto.
- Oriente o paciente a beber líquidos frequentemente. Consumir laranja, abacaxi, limão ou maracujá pode ajudar.
- Se tem uma doença incurável ↩ 167.

Cantos da boca vermelhos, fissurados

Provável **queilite angular**
- Oriente aplicar óxido de zinco pomada cada 8 horas.
- Se também tem candidíase oral, trate como na outra coluna e prescreva miconazol 20mg/g creme cada 12 horas por 2 semanas.
- Se crostas/bolhas ao redor da boca, provável **impetigo** ↩ 92.
- Se muita coceira, provável **dermatite de contato**. Identifique e remova irritante.
- Se usa prótese dentária, discuta/encaminhe dentista.
- Se usa corticoide inalatório, oriente enxaguar boca após uso.

Se não melhorar/causa incerta:
- Solicite hemograma.
- Teste para HIV ↩ 116 e DM ↩ 131.
- Se dúvidas, discuta.

- 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 ↩ 66. Se úlcera e contato com Mpox nos últimos 21 dias ou alta prevalência local, considere **Mpox** e discuta.

[1]Alérgeno pode ser: picada de inseto, ingestão de um medicamento ou uma comida nova nas últimas horas. [2]Não prescreva se alergia prévia. [3]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Sintomas dos dentes/gengivas

Atenda com urgência paciente com sintomas dos dentes/gengivas com um ou mais dos seguintes:
- Temperatura ≥ 38°C e inchaço da face/mandíbula ou próxima ao dente.
- Não consegue abrir a boca (trismo) ou comer/beber

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

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

© BMJ Best Practice

Provável **cárie dentária**
- Aconselhe paciente a cuidar de sua boca (abaixo).
- Encaminhe para dentista.

Gengivas vermelhas/sangrando ou inchadas

© BMJ Best Practice

Provável **gengivite/periodontite**
- Aconselhe paciente a cuidar de sua boca (abaixo).
- Oriente enxaguar a boca com 15mL de clorexidine 0,12% por cerca de 30 segundos duas vezes ao dia, após escovar os dentes, por 5 dias:
  - Agite na boca, mas não engula.
  - Evite o uso repetido, pois pode danificar os dentes.
  - Aconselhe evitar comer/beber por 30 minutos após o enxágue.
- Revise medicamentos: fenitoína e anlodipina podem causar crescimento exagerado das gengivas.
- Encaminhe para dentista.
- Se dor importante, prescreva paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg cada 6 horas por até 5 dias.
- Se início súbito ou manifestação grave/exacerbada, teste para HIV ⮌ 116.

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

© 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[1] 500-1000mg ou ibuprofeno[2] 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[3] 500mg cada 8 horas por 5 dias.
- Oriente retornar se sintomas piorarem, temperatura ≥ 38°C ou não melhorar após 2 dias: encaminhe no mesmo dia/discuta.

Aconselhe o paciente com sintomas das gengivas/dentes a cuidar de sua boca
- Aconselhe ter uma dieta saudável ⮌ 23.
- Oriente escovar os dentes e usar o fio dental duas vezes ao dia e, se possível, fazer check-up odontológico cada 6 meses.
- Se usa dentaduras, oriente limpar completamente todos os dias. Se dentadura mal encaixada ou desconforto, encaminhe para dentista.
- Pergunte sobre tabagismo e uso de álcool/drogas. Se uso de tabaco ⮌ 146. Se uso de de álcool/drogas ⮌ 145.

[1]Não prescreva se alergia prévia. [2]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [3]Evitar álcool até 24 horas após metronidazol.

Dor no peito

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

- FR ≥ 30 ou SaO2 < 90% ou falta de ar
- PA ≥ 180/120 ou PAS < 90
- Pulso irregular, FC > 100 ou < 50
- Dor intensa
- Dor nova ou desconforto em lado esquerdo/central do peito
- Dor irradia para pescoço, mandíbula, ombro(s) ou braço(s)
- Náusea ou vômitos
- Palidez ou sudorese
- Doença cardíaca isquêmica conhecida
- Em risco de ataque cardíaco/IAM (diabetes,tabagismo, homem ≥ 55 anos ou mulher ≥ 65 anos, hipertensão, dislipidemia, alto RCV conhecido, história familiar)

Faça ECG (se disponível)

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

Considere **doença cardíaca isquêmica** →142.

ECG não disponível ou ECG normal/outras anormalidades ou incerto

A dor no peito piora ao deitar, na respiração profunda ou à palpação (reproduzível à palpação[1])?

Não

Sim: considere **pleurite** ou **pericardite** ou **costocondrite**

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se FR ≥ 30 ou SaO2 < 90%, aplique oxigênio 1-6L/min via cânula para manter SaO2 entre 90-96%.
- Se falta de ar súbita, ruídos respiratórios diminuídos/mais ressonantes/dor num dos lados, desvio de traquéia, provável **pneumotórax hipertensivo:**
  - Insira cateter calibre 14 acima da 3ª costela na linha médio clavicular. Contate SAMU (192) e providencie dreno torácico.
- Se 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.
- Se PA ≥ 180/120, discuta com especialista a necessidade de tratamento urgente.

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

- Se dor no peito central recorrente, desencadeada por esforço e que alivia ao repouso: considere **doença cardíaca isquêmica** → 142.
- Se tosse, febre ou dor na respiração profunda ⮌ 49.
- 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 ⮌ 146. Se bebe álcool ≥ 4 doses[2]/sessão ⮌ 145.
- Avalie e maneje o estresse ⮌ 101. Ofereça acupuntura, se disponível.
- Se circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou 102cm (homem), incentive perda de peso e avalie RCV ⮌ 128.
- Prescreva omeprazol 20mg ao dia por pelo menos 4 semanas. Se baixa resposta, aumente para 40mg ao dia. Considere hidróxido de alúminio 60mg/mL 10mL (2 colheres de chá) 3-6 vezes/dia se necessário. Se sem resposta após 8 semanas, discuta para considerar tratar H Pylori (discuta para decidir se trata mesmo sem EDA/confirmação diagnóstica).
- 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 interprete.

Sensibilidade à palpação da junção costocondral, sem febre ou tosse

Provável **problema musculoesquelético**

- Prescreva ibuprofeno[3] 300-600mg a cada 8 horas por até 10 dias.
- Discuta se a dor persistir > 4 semanas.

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

Provável **herpes zoster** →82.

Se *nenhum dos acima*, considere **ansiedade/pânico**, avalie e maneje estresse ⮌ 101. Se não melhorar ou dúvidas, discuta/encaminhe.

[1]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). [2]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [3]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Tosse ou falta de ar

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

- Cianose (face/lábios azulados)
- FC ≥ 100
- Falta de ar súbita, ruídos respiratórios diminuídos/mais ressonantes/dor em 1 dos lados, desvio de traqueia, PAS < 90, provável **pneumotórax hipertensivo**
- Se sibilos/aperto no peito →50
- Falta de ar pior ao deitar e com edema em pernas, provável **insuficiência cardíaca** →139
- Respiração rápida e profunda com glicemia > 200mg/dl →26.
- Falta de ar em repouso, falar ou com sinais de esforço (tiragens intercostais, batimento asa do nariz)
- FR ≥ 30 ou SaO2 < 90%[1]
- Tosse com sangue vivo
- Confusão mental
- PAS < 90
- Edema e dor em uma panturilha

Maneje e encaminhe com urgência:

- Aplique oxigênio via cânula nasal 1-6L/min para alvo inicial SaO2 > 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 ou até 3L. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitações pulmonares.
- Se temperatura ≥ 38°C e remoção demorar > 2 horas: aplique ceftriaxona1g IM para possível **pneumonia bacteriana grave**.

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

Pergunte sobre duração da tosse (se fatores de risco[2], considere investigar TB se tosse independente da duração e sem outra causa provável ↩ 110)

Tosse < 3 semanas *e* não recorrente

Considere COVID-19 ↩ 51.
Tem tosse com secreção/escarro e mais 1: FC ≥ 100 ou Tax ≥ 38°C?

Não

- Se DPOC e aumento de escarro ou mudança cor (amarela/verde): dê antibióticos ↩ 127.
  - Se não, provável **bronquite aguda**: tranquilize que antibióticos não são necessários. Oriente retornar se sintomas piorarem, nova febre ou não melhora em 2-3 semanas.

Sim: provável pneumonia

Confirme com crepitação pulmonar/respiração brônquica na ausculta *ou* rx de tórax.

Há risco de infecção grave[3]?

- Não: dê amoxicilina[4] 500mg cada 8 horas por 7 dias.
- Sim: dê amoxicilina/clavulanato[5] 500/125mg 1g cada 8 horas por 5 dias e azitromicina 500mg ao dia por 3 dias.

- Reavalie em 48h: se não melhora, discuta/encaminhe no mesmo dia.
- Se > 50 anos, solicite rx de tórax e discuta.

Tosse/falta de ar ≥ 3 semanas (ou ≥ 2 semanas, se DM) ou tem episódios recorrentes

- Exclua tuberculose ↩ 110.
- Considere também outras causas de tosse ou falta de ar:

HIV com CD4 < 200 e tose 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

- Motive parar ↩ 146.
- 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, espirometria 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 ↩ 45.
- Se usa enalapril, discuta.

Se sibilos, aperto no peito ou falta de ar, considere também asma ou DPOC ↩ 125.

Se paciente tem uma doença incurável, ofereça cuidado paliativo →167. Se diagnóstico incerto/pouca resposta ao tratamento, discuta para considerar DRGE, pneumonia atípica e outras causas.

[1]Certifique-se que paciente não está usando esmalte/unha postiça e que oxímetro está bem-posicionado, fixo e estabilizado. Se SaO2 91-94% e sem outros sinais/sintomas do quadro vermelho, discuta para decidir se aplicar O2 e encaminha com urgência. [2]HIV, profissional de saúde, pessoa em situação de rua, privada de liberdade/institucionalizada, indígena, imigrante. [3]Idade > 65 anos, HIV ou DM mal controlados, doença renal/hepática/autoimune/câncer ou uso de antibiótico nos últimos 3 meses ou alcoolismo. [4]Se alergia à penicilina, dê ao invés azitromicina 500mg no dia por 3 dias. [5]Se alergia à penicilina, discuta alternativas; ou dê ao invés se disponível, levofloxacina 750mg ao dia por 5-7 dias.

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[1], considere **anafilaxia** ↩ 49.
- Se falta de ar pior ao deitar e edema em pernas, provável **insuficiência cardíaca** →139.

Atenda com urgência paciente com sibilos/aperto no peito:

Avalie a gravidade do episódio:
Qualquer um: FR > 30, SaO2 < 90, FC > 120, incapaz de falar frase completa, usa musculatura respiratória acessória, sem ruídos na ausculta (aperto no peito mas sem sibilos), agitação, sonolência ou confusão?

- Não → **Leve** ou **moderado**
- Sim → **Grave**

Leve ou **moderado**

- Aplique salbutamol 400-1000mcg (4-10 jatos) via espaçador. Se espaçador não disponível ou paciente incapaz de usar inalador com espaçador, aplique bromidrato de fenoterol 5mg/mL 10-20 gotas em 4mL de cloreto de sódio 0,9% via nebulizador com oxigênio (6L/min). Se não melhorar, repita cada 20 minutos durante a primeira hora.
- Se asma/DPOC conhecido, dê prednisona 40mg oral.
- Monitore resposta regularmente:

→ Melhorando ou sem mudança na primeira hora

→ Verfique frequência respiratória. O paciente consegue falar normalmente?

- Consegue falar normalmente e frequência respiratória ≤ 20
  - Sibilo/aperto no peito resolvido
    - Se primeiro episódio de sibilo/aperto no peito, avalie para asma e DPOC →125.
    - Se asma/DPOC conhecida, ofereça cuidados de rotina: se asma →126, se DPOC →127.
  - Sibilo/aperto no peito ainda presente
    - Repita salbutamol cada hora ou se necessário.
    - Sibilo/aperto no peito ainda presente após 3 horas?
      - Não → Se primeiro episódio de sibilo/aperto no peito, avalie para asma e DPOC →125. Se asma/DPOC conhecida, ofereça cuidados de rotina: se asma →126, se DPOC →127.
      - Sim → Continue salbutamol e discuta ou encaminhe.
- Não consegue falar normalmente ou frequência respiratória > 20

→ Piorando apesar do tratamento

Grave

- Encaminhe com urgência.
- Enquanto aguarda transporte:
  - Aplique bromidrato de fenoterol 5mg/mL 10-20 gotas em 4mL de cloreto de sódio 0,9% via nebulizador com oxigênio 6L/min cada 20 minutos (ou continuamente, se necessário) ou aplique ao invés salbutamol 400-800mcg (4-8 jatos) via espaçador cada 20 minutos.
  - Se optou por salbutamol, aplique oxigênio 1-4L/min via cânula nasal, almeje SaO2 entre 93-95% (se DPOC conhecida, considere SaO2 entre 88-92%).
    - Se em cânula nasal a 4L/min e SaO2 < 93% (se DPOC conhecida, SaO2 < 88%), coloque máscara com reservatório e eleve fluxo de O2 até 15L/min, para atingir meta de SaO2.
  - Aplique brometo de ipratrópio 0,25mg/mL 20-40 gotas via nebulizador cada 20 minutos (ou mais frequente se necessário).
  - Se ainda não tiver feito, dê prednisona 40mg oral. Se não for possível medicamento oral, aplique ao invés hidrocortisona 100mg EV.

[1]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[1].
  - 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 SaO2 < 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 avental impermeável):

- Chame ajuda, peça para ligar **SAMU 192** e explicar que se trata de caso suspeito de COVID-19 com sinal de gravidade.
- Se SaO2 < 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 SaO2 > 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 ou até 3L. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitações pulmonares.
- Se FR ≥ 30 ou SaO2 < 90% ou falta de ar ou confusão mental *e* temperatura ≥ 38°C *e* remoção demorar > 2 horas: considere **pneumonia bacteriana grave** e aplique ceftriaxona1g IM.

Se sinais de gravidade limítrofes ou tem fatores de risco[2] 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

- Discuta para considerar se coinfecção/infecção com COVID-19 é provável:
  - Se *é provável*, notifique e decida qual teste fazer → 52.
  - Se *não é provável*, avalie como página do sintoma.

Não

Paciente preenche critérios para caso suspeito de COVID-19

- Se teve COVID-19 há < 30 dias, discuta se reinfecção por COVID-19 é provável[4] 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 →52.
  - Se disponibilidade/capacidade de testes limitada, teste somente se: fatores de risco[2] ou se paciente é profissional de saúde ou de segurança pública. Se paciente não for testado, maneje como caso confirmado →53.

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

Sim

- Se paciente *é* contato[3] de caso confirmado e está assintomático →57.
- Se paciente *não é* contato de caso confirmado, **COVID-19 é improvável**.

Não

[1]Se dor de cabeça sem outros sintomas respiratório ou febre, discuta para decidir se paciente tem risco de ter COVID-19. [2]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. [3]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). [4]Se usou nirmatrelvir/ritonavir há < 7 dias, considere possível reativação da COVID-19 (não precisa testar), continue com manejo e isolamento. Se dúvidas, discuta.

Decida qual teste para COVID-19 fazer[1]**:** quantos dias desde o início dos sintomas (considere a data do início dos sintomas como Dzero)?

Zero dias (< 24h)
Teste rápido de antígeno para SARS-CoV-2 (TRAg) disponível?

- Não
  - Colete/agende RT-PCR para SARS-CoV-2 (RT-PCR) entre D1 e D8
  - Maneje paciente como caso COVID-19 enquanto aguarda coleta/resultado do teste ↩ 53. Quanto resultado disponível, interprete resultado como abaixo.
- Sim
  - Realize ou agende teste rápido de antígeno (TRAg) entre Dzero e D6: qual o resultado?
    - Positivo → 53.
    - Negativo
      RT-PCR com resultado em 24-48h?
      - Sim
        Colete/agende RT-PCR entre D1 e D8
      - Não
        Agende TRAg após 48-72h do primeiro teste

      Maneje paciente como COVID-19 enquanto aguarda coleta/resultado do teste ↩ 53. Quando resultado disponível, interprete resultado como abaixo.

1 a 8 dias
RT-PCR com resultado disponível em 24-48h?

- Não
  TRAg disponível?
  - Sim
    Realize ou agende TRAg entre Dzero e D6[2]: qual o resultado?
    - Negativo
      Agende TRAg após 48-72h do primeiro teste
    - Positivo → 53.
  - Não
    Colete/agende RT-PCR para SARS-CoV-2 (RT-PCR) entre D1 e D82

    Maneje paciente como COVID-19 enquanto aguarda coleta/resultado do teste → 53. Quando resultado disponível, interprete resultado como abaixo.
- Sim
  Colete/agende RT-PCR para SARS-CoV-2 (RT-PCR) entre D1 e D82

  Maneje paciente como COVID-19 enquanto aguarda coleta/resultado do teste → 53. Quando resultado disponível, interprete resultado como abaixo.

≥ 9 dias

Não tem indicação de TRAg ou RT-PCR

- Considere paciente COVID-19 positivo por critérios clínicos e epidemiológicos. Se dúvidas, discuta.
- Maneje como COVID-19 → 53.

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

Qual o teste paciente aguardava?

Teste rápido de antígeno (TRAg) – segundo TRAg realizado 48-72h após um primeiro teste negativo
Qual o resultado do teste?

- Positivo
  - Explique que resultado significa que paciente está infectado.
  - Maneje como COVID-19 → 53.
- Negativo
  Tem um ou mais dos seguintes sintomas: febre (sem uso de antitérmico) *ou* tosse (com ou sem catarro) *ou* coriza/espirros nas últimas 24h?
  - Não para todos
    Oriente que pode sair do isolamento domiciliar. Se dúvidas, discuta.
  - Sim para qualquer um
    Discuta para decidir se mantém isolamento e considera novo RT-PCR (se entre 1 e 8 dias do início dos sintomas). Se decidiu manter em isolamento, após 5 ou 10 dias da data do início dos sintomas (D0), decida se pode sair do isolamento → 55.

RT-PCR
Qual o resultado do teste?

- Indetectável
  Tem um ou mais dos seguintes sintomas: febre (sem uso de antitérmico) *ou* tosse (com ou sem catarro) *ou* coriza/espirros nas últimas 24h?
  - Não para todos
    Oriente que pode sair do isolamento domiciliar. Se dúvidas, discuta.
  - Sim para qualquer um
    Discuta para decidir se mantém isolamento e considera novo RT-PCR (se entre 1 e 8 dias do início dos sintomas). Se decidiu manter em isolamento, após 5 ou 10 dias da data do início dos sintomas (D0), decida se pode sair do isolamento → 55.
- Detectável[3]
  - Explique que resultado significa que paciente está infectado.
  - Maneje como COVID-19 → 53.

[1]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. [2]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. [3]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) →49

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[1], 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:
  - 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).
  - Explique que só poderá sair do isolamento após nova avaliação de seus sintomas/resultados de testes por profissional de saúde.

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[2] sempre que em contato com pessoas, evitar contato com pessoas com fatores de risco[1] 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 →57.

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[3]) *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 Dzero): **decida se tem indicação de tratamento com nimatrelvir/ritonavir** ↩ 54.
  - 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 →52.
- 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 →52.

Se paciente é caso confirmado de COVID-19: **decida se pode sair do isolamento** →55.

[1]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. [2]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. [3]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[1] 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 Dzero)?

Sim

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[2]
- Insuficiência hepática grave (Child-Pugh classe C)
- Registro de TGP últimos 6 meses > 5 vezes o limite superior de normalidade (LSN)
- Peso < 40 Kg

Não para todos

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

- 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.

Não

Sim para qualquer um

Não para todos

Paciente não tem indicação de tratamento com nirmatrelvir/ritonavir

Continue manejando paciente →53.

[1]Se teste positivo para COVID-19 foi por autoteste, é necessário confirmar com teste rápido de antígeno (TRAg) ou RT-PCR. [2]Verifique interação medicamentosa ↩ 180. Se usa rifampicina, rifapentina, amiodarona, clopidogrel, clozapina, midazolam, carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, sinvastatina, atorvastatina, rosuvastatina, clonazepam, eritromicina, ergotamina, erva de são joão), não prescreva nirmatrelvir/ritonavir e continue manejando paciente →53.

COVID-19: decida se pode sair do isolamento

Verifique se paciente tem possibilidade de descontinuação antecipada do isolamento[1]
Após cinco dias de isolamento, paciente tem ≥ 1 dos seguintes sintomas nas últimas 24h: febre[2] *ou* tosse[3] 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[4] 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[2] *ou* tosse[3] *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[2] *ou* tosse[3] 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[2], tosse[3], coriza/espirros ou outros sintomas de COVID-19 persistentes (que duram mais de 10 dias) após infecção confirmada de COVID-19, avalie e maneje →56.

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.

[1]Se **internação por COVID-19**, deve fazer isolamento por 20 dias da data do início dos sintomas (Dzero) sem possibilidade de saída antecipada. [2]T ≥ 37,8ºC aferida ou referida. [3]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. [4]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) ↩ 51.

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 ↩ 110.
- 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[1] 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 7 dias.
- Se febre[2] (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 ↩ 101.

- 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 ↩ 159.

Verifique necessidade de testar para HIV ↩ 116.

Verifique necessidade de testar para diabetes ↩ 131.

Verifique necessidade de testar para anemia ↩ 38.

Avalie saúde mental
Se estresse, nervosismo ou tristeza, avalie e maneje ↩ 101.

- 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 ↩ 103. Se fraqueza/cansaço há > 3 meses ↩ 37.
- 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 ↩ 152.
- 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.

[1]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [2]T ≥ 37,8ºC 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 ≥ 15 minutos e < 1,0 metro com caso confirmado no período de transmissão[1].

Paciente que é contato já teve COVID-19 confirmado?

Não

Nos últimos 7 dias paciente tem/teve ≥ 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

Sim para qualquer um

Paciente preenche critérios para caso suspeito de COVID-19

- Se febre, avalie/notifique também outras patologias que se apresentam com febre ↩ 33.
- Avalie se precisa de atenção urgente (vide quadro vermelho) notifique, decida qual teste fazer/maneje→51.

Não para todos

- Ao final do atendimento notifique.
- Oriente usar máscara cirúrgica ou N95 (mesmo sem sintomas) por 10 dias da data da última exposição[1] sempre que em contato com pessoas, evitar contato com pessoas de risco[3] 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 reavalie usando esse algoritmo desde o início.
- Se teste disponível, decida qual fazer: quantos dias desde data da última exposição[2] com caso confirmado COVID-19?

Zero a 4 dias
Não são indicados testes, teste a partir de 5 dias desde data da última exposição[1].

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

Sim

Colete/agende RT-PCR entre D5 a D12

Não: TRAg disponível?

Não

Sim

Faça/agende TRAg preferencialmente entre D5 e D7

≥ 13 dias
Não são indicados testes.

- Interprete resultado:
  - Se negativo: oriente continuar com máscara por 10 dias da data da última exposição[2], evitar contato com pessoas de risco[3], não frequentar locais onde não possa usar máscara e automonitorar sintomas de COVID-19.
  - Se positivo: oriente isolamento e maneje →53.

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

Há < 30 dias

Paciente tem sintomas respiratórios/febre?

Não

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.

Sim

Discuta se reinfecção por COVID-19 é provável[2] e se realiza teste (considere testar principalmente se tiver teste negativo após última infecção).

Há ≥ 30 dias

Nos últimos 7 dias paciente tem/teve ≥ 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

Sim para qualquer um

Paciente preenche critérios para caso suspeito de COVID-19

- Se febre, avalie/notifique também outras patologias que se apresentam com febre ↩ 33.
- Avalie se precisa de atenção urgente (vide quadro vermelho) notifique, decida qual teste fazer/maneje→51.

Não para todos

- Ao final do atendimento notifique.
- Oriente usar máscara cirúrgica ou N95 (mesmo sem sintomas) por 10 dias da data da última exposição[1] sempre que em contato com pessoas, evitar contato com pessoas de risco[3] 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 reavalie usando esse algoritmo desde o início.
- Se teste disponível, decida qual fazer: quantos dias desde data da última exposição[2] com caso confirmado COVID-19?

Zero a 4 dias
Não são indicados testes, teste a partir de 5 dias desde data da última exposição[1].

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

Sim

Colete/agende RT-PCR entre D5 a D12

Não: TRAg disponível?

Não

Sim

Faça/agende TRAg preferencialmente entre D5 e D7

≥ 13 dias
Não são indicados testes.

- Interprete resultado:
  - Se negativo: oriente continuar com máscara por 10 dias da data da última exposição[2], evitar contato com pessoas de risco[3], não frequentar locais onde não possa usar máscara e automonitorar sintomas de COVID-19.
  - Se positivo: oriente isolamento e maneje →53.

[1]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. [2]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. [3]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.

Dor abdominal

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

- Glicemia > 200 →26
- Dor em quadrante inferior direito com náusea/vômito/febre: provável **apendicite**
- Dor forte no quadrante superior direito com náusea/febre/perda de apetite: provável **colecistite**
- Se início súbito de dor abdominal e mais 1: rash/coceira generalizada, edema de face/língua, PAS < 90, desmaio ou exposição à possível alérgeno considere **anafilaxia** ⮌ 29
- Não consegue urinar →74
- Dor no peito →48
- Gestante, ou 1 semana após o parto, e PA ≥ 140/90 →159
- Recente término da gestação/aborto/parto →164
- Gestante e sangramento vaginal →159
- Dor abdominal superior súbita irradiando para costas com náusea/vômito: provável **pancreatite**
- 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 nas últimas 24 horas com/sem vômito

Maneje e encaminhe com urgência:

- 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 novas crepitações pulmonares.
- Se provável **aneurisma de aorta abdominal roto**: não aplique fluidos EV mesmo se PA < 90/60 (elevar a PA pode piorar a ruptura).
- Se dor forte, aplique morfina 10mg IM ou morfina diluída 3-10mg EV lento[1]. Pare se PAS < 90.

Abordagem do paciente dor abdominal que não necessita de atenção urgente

- Se cólicas com vômitos, diarreia, perda de apetite, dor no corpo ou febre, provável **gastroenterite** →59. Se sintomas urinários →74.
- 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** →70.
- Pergunte sobre corrimento vaginal anormal e faça palpação bimanual para verificar dor mobilização 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[2] 500mg via oral a cada 12 horas por 14 dias.
- Para dor, prescreva paracetamol ou dipirona[3] 500-1000mg cada 6 horas se necessário. Se não melhora, dê ibuprofeno[4] 300-600mg cada 8 horas ate 5 dias.
- Se não responder, prescreva também ibuprofeno[4] 300- 600mg cada 8 horas até 5 dias.
- Trate parcerias sexuais últimos 60 dias ⮌ 62.
- 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

- Se perda de peso ⮌ 32.
- Se eliminação vermes: se tênia/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 constipação e/ou diarreia com dor recorrente que alivia com fezes ou gases, provável **síndrome do intestino irritável**: avalie e maneje o estresse ⮌ 101; evite cafeína, leite/lacticínios; se dor, considere hioscina 10-20mg cada 6 horas até 5 dias, se necessário.
- Se constipação →61. Se diarreia →60.

Não

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

Sim: **provável dispepsia/azia**

- Oriente evitar café/bebida com gás/alimento gorduroso, condimentado ou ácido e, se sintomas noturnos, elevar cabeceira da cama e evitar comer tarde à noite.
- Pare AINEs e discuta sobre parar AAS. Pergunte sobre uso de tabaco e álcool. Se fuma tabaco ⮌ 146. Se bebe álcool ≥ 4 doses[5]/sessão ⮌ 145.
- Avalie e maneje o estresse ⮌ 101. Ofereça acupuntura, se disponível.
- Se circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou 102cm (homem), incentive perda de peso e avalie RCV ⮌ 128.
- Prescreva omeprazol 20mg ao dia por 4 semanas. Se baixa resposta, aumente para 40mg ao dia. Considere hidróxido de alúminio 60mg/mL 10mL (2 colheres de chá) 3-6 vezes/dia se necessário. Se sem resposta após 8 semanas, discuta e considere tratar H Pylori (discuta para decidir se trata mesmo sem EDA/confirmação diagnóstica).
- 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 interprete.

Se não melhorar ou diagnóstico incerto, discuta/encaminhe.

[1]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. [2]Evitar álcool até 24 horas após metronidazol via oral. [3]Não prescreva se alergia prévia. [4]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [5]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 →41
- Dor no peito →48
- 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 D com febre: provável **apendicite**
- Rigidez de nuca/meningismo ou rash purpúrico: provável **meningite**
- Vômitos sanguinolentos
- Icterícia
- Dor/distensão abdominal e sem evacuações ou gases por mais de 24h
- Sonolência/confusão/respiração rápida profunda
- Se início súbito de coceira/rash generalizado, edema de face/língua, sibilos, falta de ar, PAS < 90, tontura/desmaio, dor abdominal intensa, considere **anafilaxia** ⮌ 29

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável **meningite**, aplique ceftriaxona 2g IM.
- 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 novas 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[1], pare se PAS < 90.
- Verifique glicemia: se < 55 ou > 200 ⮌ 26 ou se diabetes e < 70 ⮌ 131.

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% 250mL EV rápido. Se sem melhora após reidratação EV ou 2h de VO, encaminhe no mesmo dia.
- Exclua gravidez. Se gestante, tranquilize que náusea/vômitos são comuns no 1º trimestre. 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 cuidados de pré-natal ⮌ 159.
- Se tontura associada ⮌ 40.
- Revise medicamentos: AINEs, metformina, contraceptivos, terapia hormonal, teofilina, quimioterapia e morfina podem causar náuseas/vômitos. Se em tratamento para TB ⮌ 114 ou em TARV ⮌ 121.
- Rastreie uso de álcool/drogas: no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[2]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ⮌ 145.

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

Sim: provável **dispepsia/azia**

- Oriente evitar café/bebida com gás/alimento gorduroso, condimentado ou ácido e, se sintomas noturnos, elevar cabeceira da cama e evitar comer tarde da noite.
- Pare AINEs e discuta sobre parar AAS. Se fuma tabaco ⮌ 146. Se bebe álcool ≥ 4 doses[2]/sessão ⮌ 145.
- Avalie e maneje o estresse ⮌ 101. Ofereça acupuntura, se disponível.
- Se circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou 102cm (homem), incentive perda de peso e avalie RCV ⮌ 128.
- Prescreva omeprazol 20mg ao dia por pelo menos 4 semanas. Se baixa resposta, aumente para 40mg ao dia. Considere hidróxido de alúminio 60mg/mL 10mL (2 colheres de chá) 3-6 vezes/dia se necessário. Se sem resposta após 8 semanas, discuta para considerar considere tratar H Pylori (discuta para decidir se trata mesmo sem EDA/confirmação diagnóstica).
- 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 interprete.

Não

- Avalie estresse e ansiedade ⮌ 101.
- Se paciente tem uma doença incurável, ofereça também cuidados paliativos ⮌ 167.
- Discuta se: náuseas/vômitos persisitentes > 2 semanas ou diagnóstico incerto.

[1]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 .[2]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**

Maneje:
- 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% 250mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou novas 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: fezes liquefeitas e/ou > 3 evacuações ao dia.
- Oriente paciente aumentar consumo de fluidos e alimentos leves e salgados, comer refeições pequenas e frequentes e a evitar bebidas doces/cafeinadas.
- 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 por ≤ 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.
- Temperatura ≥ 38°C e/ou sangue ou muco/pus nas fezes?

Sim
Provável **disenteria**
- Trate com ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 3 dias. Se gestante, substitua por azitromicina 500mg ao dia por 3 dias.
- Se não melhorar após 2 dias adicione metronidazol[1] 500mg cada 8 horas por 7 dias.

Não
Provável **gastroenterite**
- Se sintomas respiratórios, alteração/perda olfato/paladar, provável COVID ↺ 51.
- Se disponível, prescreva loperamida 4mg inicialmente, depois 2mg após evacuações, máximo 16mg/dia.
- Se esteve em área de **cólera** (diarreia 'água de arroz'[2] em grande volume): dê azitromicina 1g dose única e discuta.
- Oriente que antibióticos não são necessário, que deve beber bastante líquidos e retornar se piora ou sangue nas fezes.

Reavalie em 2 semanas se diarreia persistir

Diarreia por > 2 semanas

- Teste para HIV ↺ 116. Se HIV positivo, discuta.
- Se sangue/muco, discuta.
- Solicite exame parasitológico de fezes e cultura/antibiograma e, enquanto aguarda resultado/se exame não for viável, considere tratar **giardíase**: prescreva metronidazol[1] 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.

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

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

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

- Se diarreia persiste 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.

- Aconselhe aumentar ingestão de líquidos, higiene frequente das mãos com água e sabão, antes de preparar alimentos/após ir banheiro. Lavar todas as superfícies/equipamentos utilizados na preparação de alimentos. Lavar e descascar frutas e vegetais. Usar apenas água segura/desinfetada para preparar alimentos/bebidas/gelo. Cozinha bem alimentos, evitar alimentos crus/não cozidos, 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 ↺ 167.

[1]Evitar álcool até 24 horas após metronidazol via oral. [2]Diarreia aquosa turva sem sangue/pus e sem odor fecal (pode ter odor de peixe).

Constipação

Atenda com urgência paciente com constipação e:
- Sem fezes ou gases há 24 horas com dor/distensão abdominal e vômito

Discuta/encaminhe no mesmo dia.

Abordagem do paciente com constipação que não necessita de atenção urgente:
- Revise dieta, ingestão de líquidos e medicamentos (amitriptilina, codeína, morfina e antipsicóticos podem causar constipação). Pergunte sobre uso regular de enema ou laxativos.
- Exclua gravidez. Se gestante, oriente que constipação é comum durante gestação. Ofereça cuidados de pré-natal ↩ 159 e aconselhe como abaixo.
- Se ganho de peso sem aumento de apetite, desânimo, pele seca, intolerância ao frio: solicite TSH. Se TSH anormal, discuta investigações adicionais e tratamento.
- Se paciente está acamado ou tem uma doença incurável, considere oferecer também cuidados paliativos ↩167.
- 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. Oriente dieta rica em fibras (vegetais, frutas, cereais integrais, farelos e ameixas secas cozidas), ingestão de líquidos e ≥ 30min de exercícios moderados (p. ex. caminhada rápida) na maior parte dos dias.
- Se não melhorar com dieta e exercícios, dê óleo mineral 15-45mL ao dia ou a cada 8 horas. Evite uso prolongado. Se não melhorar, discuta.
- Se ≥ 40 anos, verifique necessidade de rastrear câncer colorretal ↩ 21. Se constipação recente inexplicada e sem melhora, perda de peso inexplicada ↩ 32, sangue ou sangue oculto positivo em fezes, anemia, história familiar de câncer colorretal/doença inflamatória intestinal: solicite HMG, TSH, glicose, creatinina, cálcio, rx abdome e colonoscopia. Interprete e discuta.

Sintomas anais

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

Discuta/encaminhe no mesmo dia.

- Pergunte sobre prática sexual anal receptiva desprotegida, dor anal, sangramento, corrimento e coceira/irritação anal. Então examine o ânus e maneje abaixo de acordo com o problema.
- Se tem prática sexual anal, também pergunte sobre sintomas genitais ↩ 62.

Fissura/s

- Oriente banho de assento com água morna 2-3x/dia.
- Se constipação, trate como acima.
- Dê lidocaína 2% gel antes/após evacuar. Sem melhora, discuta.

Nódulo/plicoma: provável **hemorroidas**

- Maneje constipação (como acima). Oriente evitar esforço ao evacuar e banho de assento com água morna 2-3x/dia.
- Dê dexametasona 0,1% pomada cada 12 horas até 7 dias. Se dor, dê lidocaína 2% gel cada 12 horas. Sem melhora, dê ibuprofeno[1] 300-600mg cada 8 horas até 5 dias.
- Se sem melhora, irredutível ou trombosada, discuta/encaminhe.

Úlceras ou corrimento

- Se úlceras →65.
- Se corrimento, provável **proctite**[2]: dê ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g VO dose única para paciente/parcerias.
- Se contato com Mpox ou alta prevalência local, considere **Mpox** e discuta.
- Se dúvidas ou sem melhora, discuta.

Verrugas perianais

Trate como verrugas genitais →68.

Coceira/irritação com pele vermelha/cruenta

- Oriente boa higiene.
- Oriente aplicar óleo mineral. Se coceira intensa, prescreva também dexametasona 0,1% pomada a cada 12 horas por 5 dias.
- Procure causa de contato. Se diarreia ↩60.
- Discuta se não melhorar.

Suspeita de vermes

- Dê albendazol[3] 400mg, repita dose em 14 dias. Trate familiares junto.
- Eduque higiene pessoal.

[1]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [2]Considere proctite se prática sexual anal receptiva e dor/desconforto, sangue e/ou corrimento/pus anal/retal ou nas fezes. [3]Se gestante, discuta opções de tratamento.

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 identidade de gênero (cis, trans/travesti, não binarie), orientação sexual (hetero, homo ou bi), problemas sexuais ⮌ 73, risco de IST/HIV (IST ou PEP há < 1 ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativo). Se risco para IST/HIV, aconselhe sexo seguro/prevenção combinada como quadro abaixo e ofereça PrEP ⮌ 106.
Violência sexual	Pergunte sobre violência sexual. Se sim ⮌ 102.
Planejamento Familiar	Avalie necessidade de contracepção ⮌ 157. Exclua gravidez. Se gravidez ⮌ 159.
Exame físico	• Pessoa com útero/vagina: examine abdome para massas, investigue corrimento/úlcera/rash/nódulo. Palpação bimanual para dor à mobilização do colo ou massas pélvicas. Exame especular para alteração cervical. • 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.
HIV	Teste para HIV (prefira sempre teste rápido) ⮌ 116. Se positivo, inicie TARV (em até 7 dias) e ofereça cuidados de rotina ⮌ 117.
Sífilis	Se não tem história de sífilis, faça teste rápido (TR). Se história de sífilis ou TR não disponível, solicite TNT. Interprete ⮌ 66. Se diagnóstico de sífilis, trate paciente e parcerias ⮌ 67.
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 e verifique necessidade de vacinar ⮌ 122.
Hepatite C	Teste para hepatite C ⮌ 123.
Exame citopatológico	Avalie necessidade de rastrear câncer de colo de útero ⮌ 69. Se corrimento vaginal anormal, trate corrimento antes de rastrear ⮌ 64.

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 sexuais.
- 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 pelo menos 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 →63	Vaginal →64	Anal →61	→63	Corrimento vaginal →64	Pênis →63	Área púbica →68	→65	Virilha →36	Pele →68

Diagnóstico do paciente	Trate parcerias de acordo com o diagnóstico de paciente e oriente parcerias com sintomas a procurarem avaliação
Cervicite/doença inflamatória pélvica	Prescreva às parcerias dos últimos 60 dias (mesmo sem sintomas ou teste positivo) dose única de ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g via oral.
Uretrite masculina ou orqui/epididimite	Prescreva às parcerias dos últimos 60 dias (mesmo sem sintomas ou teste positivo) dose única de ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g via oral.
Úlcera genital (sífilis/cancroide)	Prescreva às parcerias últimos 90 dias (mesmo sem sintomas ou teste positivo) dose única de penicilina benzatina 2,4MUI IM e azitromicina 1g via oral. • Se alergia confirmada à penicilina/silicone locais aplicação ⮌ 67.
Sífilis positivo	• Prescreva às parcerias dos últimos 90 dias (mesmo sem sintomas ou teste e positivo) penicilina benzatina 2,4MUI IM dose única. - Se alergia confirmada à penicilina/silicone locais aplicação ⮌ 67. • Teste parceria para sífilis ⮌ 66, interprete resultado e decida se necessita tratar para sífilis tardia.
Balanite/balanopostite	Se parceria com sintomas vaginais, dê miconazol 2% creme vaginal 1x/dia à noite por 7 dias ou dose única de fluconazol 150mg via oral (se gestante, não dê fluconazol).
Pediculose pubiana	Prescreva permetrina 1%[1] loção nas áreas afetadas, enxaguar após 10 minutos (evitar mucosas, abertura uretral e áreas cruentas). Repita após 7 e 14 dias se necessário.
Linfogranuloma venéreo	• Se parcerias sintomáticas, prescreva doxiciclina 100mg via oral cada 12 horas por 21 dias. Se gestante/amamentando, prescreva azitromicina 1g/semana por 3 semanas. • Se parcerias dos últimos 60 dias assintomáticas, prescreva dose única de azitromicina 1g via oral

[1]Dilua 1 parte de permetrina 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**.

Maneje:

- 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 ↩ 62. Se disúria/aumento da frequência/urgência urinária e sem corrimento e sem sexo desprotegido/nova parceria no último mês →74.

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

© University of Cape Town

Provável **uretrite masculina**.

- Prescreva dose única de ceftriaxona 500mg IM *e*
- Dose única de azitromicina 1g via oral.
- Notifique paciente e trate parcerias últimos 60 dias ↩ 62.

Oriente retornar em 7-10 dias se não melhorar:

- Se tratamento incompleto ou nova exposição/parceria não tratou, retrate paciente e parcerias ↩ 62.
- Se tratamento adequado paciente/parceria e sem nova exposicao:
  - Prescreva dose única de ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 2g via oral e, se sexo vaginal, metronidazol[1] 2g via oral.
  - Se sintomas persistirem apos 7-10 dias, discuta.

Dor ou edema escrotal

© University of Cape Town

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

- Prescreva dose única de ceftriaxona 500mg IM *e* doxiciclina 100mg cada 12 horas por 10 dias.
- Trate parcerias últimos 60 dias ↩ 62.
- Se dor, prescreva paracetamol ou dipirona[2] 500-1000mg ou ibuprofeno[3] 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.

Dor, coceira ou odor fétido na glande

© University of Cape Town

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

- Aconselhe lavar todo dia com água, evitar sabonete. Retrair prepúpio ao lavar, secar totalmente. Considere hidrocortisona 1% tópica, se disponível, 2x/dia por 5-7 dias.
- Se sinais típicos[4] ou parceira com/candidíase, dê miconazol 20mg/g creme cada 12 horas por 7 dias (ao invés da hidrocortisona). Se sintomas intensos prescreva fluconazol 150mg dose única e considere associar hidrocortisona.
- Se fimose/parafimose: discuta indicação de circuncisão.
- Se parceria sintomática, trate ↩ 62.
- Oriente paciente retornar em 7 dias se sintomas persistirem:
  - Se baixa adesão, repita tratamento.
  - Considere testar para DM ↩ 131 e HIV ↩ 116 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.

[1]Evitar álcool até 24 horas após metronidazol. [2]Não prescreva se alergia prévia. [3]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [4]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 ↩ 62. 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 ou amamentando, não prescreva fluconazol. Se parceria sintomática, trate balanite/balanopostite ↩ 63.
  - Se sintomas intensos/disfunção imune[1], dê fluconazol[2] 150mg via oral em 0, 3 e 6 dias. Se ≥ 4 episódios/ano, trate com fluconazol[3] 150mg via oral em 0, 3 e 6 dias, então 1x/semana por 6 meses. Teste para diabetes ↩ 26 e HIV ↩ 116.
- 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

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

Sim

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[4] 500mg cada 12 horas por 7 dias.
- Notifique paciente e trate parcerias últimos 60 dias (indepentente de sintomas/testes) ↩ 62.

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[4] 2g via oral dose única para paciente e parcerias sexuais. Reavalie em 7 dias. Se não melhorar, discuta/encaminhe.
  - 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[4] 500mg 2g via oral dose única e reavalie em 7 dias. Se já usou metronidazol, discuta/encaminhe.

Sim

Atenda com urgência paciente com 1 ou mais dos seguintes:
- Aborto/parto/término 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 em 30 minutos, repita até PAS > 90 ou até 3L. Pare se falta de ar ou novas crepitações 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** →74. Se improvável, trate conforme abaixo.

Provável **doença inflamatória pélvica**
- Prescreva ceftriaxona 500mg IM dose única *e* doxiciclina 100mg cada 12 horas por 14 dias e metronidazol[4] 500mg cada 12 horas por 14 dias.
- Para dor, prescreva paracetamol ou dipirona[5] 500-1000mg cada 6 horas se necessário. Se não melhorar, prescreva também ibuprofeno[6] 300-600mg cada 8 horas até 5 dias.
- Trate parcerias últimos 60 dias (independente de sintomas/testes) ↩ 62.
- 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.

[1]HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. [2]Se gestante ou amamentando dê miconazol 2% creme vaginal à noite por 14 dias. [3]Se gestante ou amamentando dê miconazol 2% creme vaginal à noite por 14 dias, então 2x/semana. [4]Evitar álcool até 24 horas após metronidazol via oral. [5]Não prescreva se alergia prévia. [6]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Úlcera genital

Se ainda não tiver feito, avalie paciente com úlcera genital ↩ 62. Paciente tem ou teve recentemente vesículas na região genital?

Sim

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[1], 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[2] 500-1000mg cada 6 horas e lidocaína 2% gel cada 8 horas nas lesões se necessário. Se não melhorar, dê ibuprofeno[3] 300-600mg cada 8 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 ↩ 66. Se não for possível testar, trate também para provável sífilis/cancro (conforme quadro ao lado).

Não

Trate para **sífilis recente/primária e cancroide**

- Aplique na mesma consulta dose única de penicilina benzatina 2,4MUI IM (se alergia confirmada à penicilina/silicone locais aplicação ↩ 67).
- Prescreva dose única de azitromicina 1g via oral (para cancroide).
- Oriente que febre, dor de cabeça, dor muscular, coceira e rash podem ocorrer após tratamento e melhoram em 1-2 dias. Prescreva paracetamol ou dipirona[2] 500-1000mg cada 6 horas se necessário.
- Teste para sífilis ↩ 66.
- Trate parcerias dos últimos 3 meses (independente de sintomas/testes) ↩ 62.
- Se corrimento vaginal/uretral, trate também paciente e parcerias ↩ 62 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

Oriente que se não melhorar em 7 dias deve retornar para reavaliar, discuta.

Sim

Provável **Linfogranuloma Venéreo/Donovanose**:

- Prescreva doxiciclina 100mg cada 12 horas via oral por 21 dias. Se gestante/amamentando substitua por azitromicina 1g por semana por 3 semanas.
- Se linfonodo flutuante (excluindo hérnia e aneurisma), aspire o pus pela pele íntegra de maneira estéril a cada 3 dias se necessário.
- Reavalie após 14 dias. Se não melhorar ou linfonodo flutuante, discuta.
- Trate parcerias dos últimos 60 dias ↩ 62.

© University of Cape Town

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

[1]HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. [2]Não prescreva se alergia prévia. [3]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Sífilis: diagnóstico

Teste para sífilis se

- Episodio de sexo desprotegido/IST
- Teve parceria sexual nos últimos 3 meses com sífilis/IST
- Idade ≤ 30 anos *e* último teste há > 1 ano
- Úlcera anogenital/sinais de sífilis secundária[1] ou linfadenopatia sem causa determinada
- Uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias sexuais ou troca sexo por favores/dinheiro ou vive com HIV *e* último teste há > 6 meses
- História recente de abortamento espontâneo/natimorto
- Gestante (1ª consulta, 14-26 semanas e > 28 semanas)
- Puérpera se teste não realizado na gestação/parto
- Outros sintomas suspeitos (ex: demência)

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

- Se úlcera genital sem vesícula/s atual/is ou prévia/s, trate sífilis recente e cancroide (independente do resultado do teste) ⮌ 65 e então teste[2].
- Se teve parceria sexual nos últimos 3 meses com sífilis, trate como sífilis recente (independente de testes/sintomas) ⮌ 67 então teste[2] e decida se trata para sífilis tardia.

TNT *ou* TT não reagente

Teste negativo para sífilis

- Se úlcera anogenital ou parceria nos últimos 3 meses com sífilis ou episódio de sexo desprotegido/IST, teste após 1 mês.
- Se uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias sexuais ou troca sexo por favores/dinheiro ou vive com HIV: teste cada 6 meses.
- Se ≤ 30 anos, teste anualmente.
- Se gestante: teste com 14-26 e > 28 semanas.

TT reagente: solicite TNT
Se sinais de sífilis secundária[1] ou não tem história conhecida de sífilis ou chance de perda de seguimento, trate como sífilis recente ⮌ 67 e revise resultado do TNT.

TNT não reagente: solicite/verifique resultado do outro TT[3]

Outro TT não reagente

TNT reagente

Outro TT reagente

TNT reagente: solicite/verifique resultado do TT[3]
Se sinais de sífilis secundária[1], trate como sífilis recente ⮌ 67 e notifique.

TT reagente

TT não reagente: solicite/verifique resultado do outro TT[3]

Outro TT reagente

Outro TT não reagente

Teste negativo para sífilis: provável falso reagente do TNT
Investigue outras causas de TNT reagente, discuta.

Tem história/registro de tratamento prévio completo para sífilis?

Não

Não

Sim: tem TNT[4] pós-tratamento para comparação?

Sim

TNT atual é pelo menos 4 vezes/2 diluições maior que último TNT após tratamento? (ex: atual 1:16 e anterior 1:4)

Sim

Não

Tem úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária[1] *ou* TNT não reagente há < 1 ano?

Não

Sim

Diagnostique **sífilis tardia**

Diagnostique **sífilis recente**

Tem úlcera anogenital *ou* sinais de sífilis secundária[1]?

Sim

Não

Teste negativo para sífilis: cicatriz sorológica
Se úlcera genital, parceria com IST, sexo desprotegido, teste após 1 mês. Se uso irregular de preservativo, nova/múltiplas parcerias, troca sexo por favores/dinheiro ou vive com HIV: cada 6 meses. Se ≤ 30 anos, cada ano. Se gestante, com 14-26 e > 28 semanas.

- Investigue sintomas oculares/neurológicos (sobretudo se HIV). Se presentes, investigue **neurossífilis**: discuta para considerar punção lombar.
- Notifique, trate (se ainda não tiver feito) e monitore →67.

[1]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). [2]Se possível e sem atrasar tratamento, colete TNT antes/no dia que inicia tratamento. Verifique resultado e avalie para decidir se trata para sífilis tardia. [3]Confira se laboratório já fez automaticamente o TT e, se indicado, o outro TT de metodologia diferente na mesma amostra. Se não, faça teste rápido e use resultado como primeiro TT do algoritmo. Se necessário, solicite o outro TT de metodologia diferente. [4]Compare TNT entre mesma metodologia (compare VDRL com VDRL e não com RPR). Se não for possível, discuta para interpretar.

Sífilis: tratamento

Sífilis recente: primária, secundária e latente recente (< 1 ano)

- Aplique na mesma consulta dose única de penicilina benzatina 2,4MUI IM. Se história de alergia confirmada à penicilina ou silicone nos locais de aplicação:
  - Se não for gestante e não estiver amamentando, prescreva doxiciclina 100mg cada 12 horas por 15 dias.
  - Se gestante ou amamentando e alergia à penicilina, avalie gravidade do episódio:
    - Grave (angioedema, anafilaxia), discuta e encaminhe para aplicar com suporte clínico.
    - Leve ou moderada, aplique penicilina e monitore alergia/anafilaxia
- Se gestante ou estiver amamentando e não está seguro do diagnóstico diferencial entre recente/tardia, trate como sífilis tardia.

Sífilis tardia: latente tardia (> 1 ano) ou duração ignorada

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

- Oriente que febre, dor de cabeça, dor muscular, coceira e rash podem ocorrer após tratamento e melhoram em 1-2 dias. Prescreva paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg cada 6 horas se necessário.
- Trate parcerias sexual(is) dos últimos 3 meses como sífilis recente ↩ 62 independente de testes/sintomas, então teste ↩ 66 e decida se trata para sífilis tardia.
- Se sífilis tardia e intervalo entre doses > 14 dias *ou* se gestante e intervalo entre doses > 7 dias: reinicie tratamento e retrate parcerias reexpostas de acordo com respectivo estágio clinico.
- **Monitore paciente após tratamento**: solicite TNT com 3, 6, 9 e 12 meses. Se gestante: solicite mensalmente até parto, após parto cada 3 meses até 1 ano após tratamento. Interprete (vide abaixo).

Sífilis: monitoramento pós-tratamento

Compare novo TNT com último realizado e avalie sinais de sífilis[2]: novo TNT ≥ 2 diluições/4 vezes[3] que último realizado *ou* paciente persiste/desenvolveu novos sinais de sífilis?

Não: se gestante *e* completou tratamento com penicilina *e* 1ª aplicação ≥ 30 dias do parto *e* sem sinais de sífilis, considere tratamento adequado e registre no cartão pré-natal.

Sim

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

Sim

Resposta adequada

- Continue monitoramento (3, 6, 9 e 12 meses após tratar). Se gestante: cada mês até parto, após cada 3 meses até 1 ano após tratar.
  - Se 1 ano de monitoramento e tratamento completo e TNT pelo menos 2 diluições/4 vezes menor que diagnóstico e sem sinais de sífilis[2], pare monitoramento desse tratamento e verifique necessidade de rastrear →66.

Não

Teste para HIV ↩ 116 . Se HIV, discuta para considerar investigar **neurossífilis** com punção lombar.

Verifique tratamento: tratamento completo e adequado?

Não

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

Sim: história de nova exposição a sífilis?

Sim

Não

Discuta para considerar tratar sífilis tardia, investigar neurossífilis com punção lombar ou não tratar[5].

[1]Não prescreva se alergia prévia. [2]Úlcera anogenital ou sinais de sífilis secundária: rash generalizado (principalmente em palmas e plantas), lesão na boca, lesão vegetante (em especial em genitais), perda de cabelo irregular, sintomas gerais (mal-estar, febre, cansaço). [3]TNT não são automatizados, variações de uma diluição (ex.: de 1:2 para 1:4; ou de 1:16 para 1:8) não são consideradas. Se dúvidas, discuta. [4]TNT de 3 meses se sífilis recente ou de 3, 6 e 9 meses se sífilis tardia ou mensais em gestantes, não servem para confirmar queda esperada mas para descartar reinfecção/reativação (aumento de 2 diluições). [5]Se HIV negativo *e* TNT sem aumento de 2 ou mais diluições *e* sem sinais de sífilis *e* exame neurológico normal e tratamento completo *e* sem nova exposição, e considere: não tratar nem investigar neurossífilis e prolongar monitoramento para verificar queda da titulação; *ou* que queda esperada é improvável especialmente se TNT do diagnóstico com baixa titulação (ex: 1:4) ou não reagente.

Outros sintomas genitais

Se ainda não tivere feito, primeiro avalie e aconselhe paciente ↩ 62. 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

Provável **verrugas genitais**

- Teste para sífilis ↩ 66.
- Aplique ácido tricloroacético 80% (proteja áreas não afetadas com lidocaína 2% gel). Repita 1x/semana até melhora ou por até 10 semanas. Se gestante, use mesmo tratamento.
- Examine paciente: procure verrugas em genitais, ânus, púbis, períneo e virilhas. Faça exame especular e avalie região vaginal/cervical. Se verrugas em ânus, faça toque e avalie canal anal.
- Verifique necessidade de rastrear câncer de colo uterino ↩ 69 (não há necessidade de alterar frequência de rastreio).
- Considere biópsia ou discuta/encaminhe se:
  - Verrugas > 1cm ou com características atípicas[1]
  - 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/parceria sexual; a presença de verrugas não é indicação de parto cesárea.

Pápulas com umbilicação central

©University of Cape Town

Provável **molusco contagioso**

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

Rash com coceira em área púbica

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

Provável **pediculose pubiana**

- Trate paciente e parcerias.
- Prescreva permetrina 1%[2] loção nas áreas afetadas. Enxaguar após 10 minutos. Evitar mucosas, abertura uretral e áreas cruentas. Repita após 7 dias.
- Oriente lavar com água quente[3] todas as roupas e lençóis usados nos últimos 2 dias.
- Para coceira, prescreva loratadina 10mg ao dia se necessário por até 7 dias.

Coceira pior à noite e pápulas/nódulos vermelhos

© BMJ Best Practice

Provável **escabiose**

- Trate paciente, parcerias e contatos domiciares (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 dexclorfeniramida 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[3]/passar roupas/lençóis. Pode retornar trabalho 1 dias após tratar. Coceira pode persistir semanas após tratar.

Se lesões infeccionadas (pus/vermelho/inchado/crostas), provável **impetigo** ↩ 81.

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

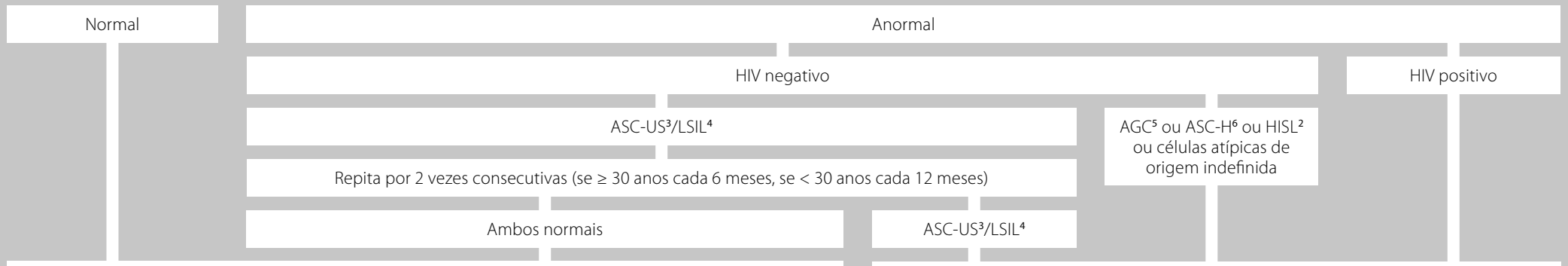
Rastreio do câncer de colo de útero

Uma pessoa com útero que já teve sexo vaginal receptivo precisa do rastreio de câncer de colo de útero se[1]:

- 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[2], discuta e considere rastrear.
- HIV positivo, CD4 > 200céls/mm³, qualquer idade e último rastreio há > 1 ano *ou* fez o primeiro rastreio da vida há > 6 meses.
- HIV positivo, CD4 < 200céls/mm³, 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 ⮌ 71, corrimento vaginal ⮌ 64 e maneje de acordo. Se corrimento vaginal anormal, trate antes de rastrear.
Planejamento Familiar	Avalie necessidades de contracepção ⮌ 157.
Exame Físico	Faça especular para avaliar alteração cervical. Se lesão ulcerada/massa/polipo/erosão/dor solicite colposcopia com urgência.
HIV	Teste para HIV ⮌ 116. Se positivo, ofereça cuidados de rotina ⮌ 117, rastrei no diagnóstico, repita em 6 meses, então cada ano ou cada 6 meses enquanto CD4 < 200céls/mm³.
Adequabilidade da amostra	• Se amostra insatisfatória, repita em 3 meses. • Se amostra satisfatória mas somente com células escamosas, repita anualmente até 2 exames consecutivos normais e então conforme status de HIV (acima). • Se amostra satisfatória com células escamosas e glandulares, interprete resultado e decida frequência do rastreamento (como abaixo).



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: não há necessidade de repetir/rastrear.
- Se HIV positivo, CD4 > 200céls/mm³, qualquer idade: repita anualmente *ou* em 6 meses se 1º rastreio da vida.
- Se HIV positivo, CD4 < 200céls/mm³, qualquer idade: repita cada 6 meses enquanto CD4 < 200céls/mm³.

Rastreio cervical positivo

- Solicite colposcopia. Se gestante HIV negativo e ASC-US³/LSIL⁴, considere adiar colposcopia para > 6 semanas após parto. Se gestante e AGC⁵ ou ASC-H⁶ ou HISL², 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.

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 ⮌ 146. Oriente retornar se sintomas (sangramento vaginal anormal, corrimento vaginal, dor na relação sexual).

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

Sintomas menstruais

Atenda paciente com sintomas menstruais

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

Menstruação anormal

Sangramento irregular ou aumentado ou prolongado

→71.

Sem sangramento: provável **amenorreia**

- Se ≥ 16 anos e nunca menstruou, discuta/encaminhe para investigar **amenorreia primária**.
- Se menstruação parou:
  - Se risco de gravidez, exclua gravidez[2]. Se gestante →159.
  - Se > 40 anos, pergunte sobre sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, ressecamento vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir e problemas sexuais. Se presentes ⮌ 166.
  - Se *nenhum dos acima*, pergunte sobre contracepção:

Paciente está em uso de contraceptivo injetável, implante subdérmico ou DIU hormonal?

Sim

Tranquilize que diminuição ou ausência de menstruação pode ser normal. Se dúvidas, discuta.

Não

- Se ausência de menstrução há < 6 meses: tranquilize que menstruação deve voltar. Se não voltar, retornar.
- Se ausência de menstrução há ≥ 6 meses:

- Investigue e maneje causas (como estresse, exercício excessivo, perda de peso, baixo peso).
- Se fraqueza/cansaço, ganho de peso sem aumento de apetite, desânimo, pele seca, piora/nova constipação, intolerancia ao frio, solicite TSH e discuta.
- Se descarga mamillar bilateral e não sanguinolenta, solicite prolactina e discuta.
- Se causa não identificada, solicite FSH, LH, estradiol, USG TV e discuta.

Cólica abdominal ou dor nas costas durante ciclo menstrual. Dor de cabeça, mal-estar, nausea, vomito e diarreia também pode ocorrer

Provável **dismenorreia**

- Se corrimento vaginal ⮌ 62.
- Prescreva ibuprofeno[3] 300-600mg cada 8 horas, se necessário, por até 3 dias.
- Se sintomas intensos/ sem melhora com AINEs e não deseja engravidar, considere prescrever contracepção hormonal ⮌ 157. Se deseja engravidar, discuta/encaminhe.

Inchaço/dor de cabeça/ sensibilidade nas mamas/ alteração de humor peri-menstrual

Provável **síndrome pré-menstrual**

- Oriente que sintomas podem começar 2 semanas antes da menstruação e melhoram ao final.
- Se tristeza, estresse ou nervosismo ⮌ 101.
- Se sintomas intensos e não deseja engravidar, considere prescrever contracepção hormonal ⮌ 157.

Se sem resposta com tratamento após 6 meses ou se sintomas interferem nas atividades de vida diária, solicite USG TV e discuta para avaliar outras causas.

Aconselhe paciente com sintomas menstruais

- Explique que menstruar é normal e saudável, e eduque 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.
- Oriente que dismenorreia (dor abdominal/dor nas costas durante os ciclos) é comum. Encorage praticar/não interromper atividade física, pois pode ajudar a melhorar os sintomas.
- Se síndrome pré-menstrual: oriente atividades físicas diárias e experimente técnicas de relaxamento →101.

[1]Considere menstruação anormal se alteração na quantidade, frequência ou duração do sangramento, em comparação padrão usual da(o) paciente. [2]Se teve sexo vaginal receptivo desprotegido desde última menstruação e não está em uso adequado de contracepção, teste para gravidez. [3]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Sangramento vaginal anormal

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

- Gestante →159
- PAS < 90
- Recente término da gestação/aborto/parto →164.
- Palidez com FC ≥ 100, FR > 30 ou SaO2 < 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% 250mL EV rápido, repita até PAS > 90 ou até 3L. Pare se falta de ar iniciar ou piorar ou novas 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 →159.
- Realize palpação abdominal bimanual, busque massas pélvicas. Se alterada: solicite USTV e interprete/discuta. Realize exame especular para avaliar colo e coletar citopatológico ↩ 69.
- Se > 40 anos, pergunte sobre sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, ressecamento vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir e problemas sexuais ↩ 166. Se novo sangramento ocorrer > 1 ano após a última menstruação, solicite USTV e interprete/discuta.
- Se a paciente *não estiver* na menopausa determine o tipo de sangramento:

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

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

Sim

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

Não

- Solicite HMG: se Hb < 12, trate **anemia** ↩ 38.
- Prescreva ibuprofeno[1] 600mg cada 8 horas *ou* nimesulida[1] 100mg cada 12 horas por até 5 dias.
- Se não deseja engravidar, prescreva COC[2]: etinilestradiol/ levonorgestrel 30/150mcg por 3 ciclos (verifique possíveis contraindicações ao COC[2]) ↩ 157 *ou* acetato de medroxiprogesterona IM 150mg cada 12 semanas ↩ 157 ou discuta outras opções de tratamento.
- Se em contracepção injetável: tranquilize (comum nos primeiros 3 meses). Se sangramento persistir, prescreva COC[2] ou ibuprofeno[2] como acima.
- Se sangramento menstrual intenso após inserção de DIU: prescreva ibuprofeno[2] como acima *ou* considere remover.
- Se massa abdominal ou sem melhora após 3 meses de tratamento: solicite USTV e interprete, discuta/ encaminhe.

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

- Se alterações no peso (sem explicação), FC ≥ 100, tremores, pele seca, fraqueza, constipação, intolerância ao frio ou calor, solicite TSH. Se alterado, discuta.
- Prescreva pílula combinada: etinilestradiol/ levonorgestrel 30/150mcg por 6 meses ↩ 157.
- Solicite USTV e interprete, discuta/ encaminhe.
- Se desejo de engravidar: discuta.

Sangramento após relação sexual

- Investigue IST ↩ 62.
- Se história de violência sexual ↩ 102.

Sangramento de escape (*spotting*) entre menstruações

- Investigue IST ↩ 62.
- Avalie necessidade de avaliar anemia ↩ 38.
- Se em contracepção hormonal, maneje de acordo com método:

Contraceptivo oral:

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

Contraceptivo injetável:

- Tranquilize a paciente (comum nos primeiros 6 meses).
- Se sangramento persistir, ofereça troca por etinilestradiol/ levonorgestrel 30/150mcg por 3 ciclos ↩ 157. Se contraindicação à pílula combinada ↩ 157, prescreva ibuprofeno[1] 600mg a cada 8 horas *ou* nimesulida[1] 100mg a cada 12 horas por até 5 dias.

Solicite USTV, colposcopia e discuta se 1 ou mais dose seguintes:

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

[1]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [2]COC: contraceptivo oral combinado.

Sintomas mamários

Abordagem de paciente com sintomas mamários que não está amamentando

Nódulo(s) mamário(s)

Nódulo endurecido/fixo/irregular; ou com linfonodo axilar; ou alterações pele/mamilos; ou descarga mamilar cristalina/sanguinolenta; ou em mulher menopausada?

- **Não**: Reexamine mama(s) próximo ao 7° dia do ciclo menstrual. Se nódulo persistir, solicite exame de imagem[1]
- **Sim**: Solicite exame de imagem[1]

Interprete os resultados

- **BIRADS 0**: Discuta e realize seguimento BIRADS 0 ↩ 21.
- **Cisto simples, BIRADS 1 ou 2**:
  - Investigação de rotina ↩ 21.
  - Se incerteza ou cisto simples doloroso, discuta.
- **BIRADS 3**: Realize seguimento BIRADS 3 ↩ 21.
- **BIRADS 4A, 4B, 4C ou 5**: Discuta para solicitar biópsia por agulha grossa (*core-biopsy*)[2] e encaminhe com prioridade.
- **Massa/cisto suspeito[3] ou 6 ou incerto**: Discuta ou encaminhe com prioridade para investigar ou tratar.

Dor mamária

- Tranquilize paciente que câncer raramente causa dor.
- Oriente sutiã adequado.
- Se gestante, tranquilize e ofereça cuidado pré-natal →159.
- Prescreva paracetamol ou dipirona[4] 500-1000mg ou ibuprofeno[5] 300-600mg cada 6 horas se necessário até 5 dias.
- Pode ser efeito adverso do contraceptivo. Sem melhora após 3 meses, mude método →157.
- Se temperatura ≥ 38°C ou calor/ vermelhidão, provável **mastite**: dê cefalexina como abaixo. Se não melhorar com tratamento ou episódios recorrentes, discuta.

Descarga mamilar

A secreção é sanguinolenta/ cristalina; ou unilateral; ou em ≥ 50 anos; ou c/nódulo mama/ axilar; ou tem alterações pele/ mamilos; ou em um homem?

- **Sim**: Solicite MMG e USG, discuta para interpretar resultado.
- **Não**:
  - Se gestante, tranquilize e ofereça cuidado pré-natal ↩ 159.
  - Revise medicamentos (antipsicóticos, antidepressivos, anticoncepcionais, outros) e discuta.

Aumento mamário

- **Unilateral**: Se nódulo, maneje como nódulo mamário. Se dúvidas, discuta.
- **Bilateral**:
  - Confirme que não é obesidade ou ginecomastia (homens). Se IMC > 25 avalie RCV ↩ 128.
  - Revise medicamentos: antipsicóticos atípicos, espironolactona, efavirenz e outros podem causar aumento mamas. Discuta investigações adicionais.

Abordagem da paciente com sintomas mamários que está amamentando

Mamilo(s) dolorido(s)/rachado(s)

Geralmente nos primeiros dias de amamentação devido pega inadequada

- Evite sabão ao lavar mamilos.
- Ajude paciente adequadar pega.
- Oriente aplicar leite materno nos mamilos após mamadas e expor ao ar ambiente.

Mama(s) dolorida(s)

Temperatura ≥ 38°C ou dor intensa?

- **Não**: Provável **engurgitamento** Oriente ordenhar antes da mamada e amamentar em livre demanda.
- **Sim**: Provável **mastite**
  - Prescreva cefalexina 500mg a cada 6 horas por 7 dias.
  - Prescreva paracetamol 500-1000mg ou dipirona[4] ou ibuprofeno[5] 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
  - Oriente amamentação/ordenha frequente, considere compressas frias.
  - Revalie em 2 dias, se não melhorar discuta.

Nódulo mamário

Temperatura ≥ 38°C?

- **Sim**: Provável **abscesso mamário** Discuta ou encaminhe no mesmo dia.
- **Não**: Provável **ducto bloqueado** Oriente amamentação mais frequente, considere compressas mornas e massagem do nódulo.

[1]Se < 30 anos, solicite USG; se entre 30-40 anos, solicite USG e MMG; se ≥ 40 ano, solicite MMG. [2]Discuta para escolher entre *core-biopsy* guiada por esterotaxia ou USG. Se *core-biopsy* não disponível, considere PAAF. [3]Massa irregular, heterogênea, com margens mal-definidas ou espiculadas, e é mais alta que larga; massa com calcificações; microcalcificações; cistos com elementos sólidos. [4]Não prescreva se alergia prévia. [5]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, 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:

Problemas em conseguir ou manter a ereção

Paciente tem/acorda com ereções matinais?

Sim

- Se tristeza, estresse ou ansiedade ↩ 101.
- Pergunte sobre problemas no relacionamento, medos ou preocupações sobre sexo, gravidez indesejada, infertilidade e ansiedade de performance.
- Se violência sexual ↩ 102.
- No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↩ 147.
- Converse sobre: uso de preservativos/gel lubrificante (forneça e oriente uso), quando usar e onde conseguir PEP e PrEP.

Não

- Verifique PA ↩ 136. Avalie necessidade de rastrear diabetes ↩ 131. Avalie e maneje RCV ↩ 128.
- Revise medicamentos: propranolol, hidroclorotiazida, espironolactona, fluoxetina/sertralina e amitriptilina podem causar problemas sexuais.
- Rastreie para uso de álcool/drogas: no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
- Se fuma tabaco ↩ 146. Apoie para mudança ↩ 15.
- Avalie e maneje estresse ↩ 101.
- Se não melhorar com compensação das condições crônicas e tratamento otimizado, solicite testosterona total e avalie/discuta.

Dor ao ejacular

- Se sintomas genitais ↩ 62.
- Se sintomas urinários ↩ 74.
- Revise medicamentos: antidepressivos e antipsicóticos podem causar dor ao ejacular.
- Se não encontrar nenhuma causa, discuta/encaminhe.

Dor na relação (vaginal ou anal).

- Se dor ao ejacular, maneje conforme coluna ao lado.

A dor é superficial ou profunda?

Dor superficial

- Se sintomas genitais ↩ 62.
- Se sintomas anais ↩ 61.
- Se sintomas urinários ↩ 74.
- Pergunte sobre ressecamento vaginal:
  - Se mulher > 40 anos, pergunte sobre sintomas da menopausa: fogachos, suores noturnos, alterações de humor e dificuldade para dormir. Se sim ↩ 166.
  - Revise medicamentos: anticoncepcionais orais, antidepressivos e antihipertensivos podem causar ressecamento vaginal.
- Oriente a usar gel lubrificante. Assegure-se da compatibilidade com preservativo, evite o uso de lubrificantes à base de óleo com preservativos.

Dor profunda

- Se sintomas genitais ↩ 62.
- Se alteração do hábito intestinal (constipação e/ou diarreia) e dor abdominal recorrente que alivia com passagem das fezes ou gases, provável **síndrome do intestino irritável** ↩ 58.
- Se massa abdominal/pélvica, infertilidade ou menstruação ficou mais intensa/dolorosa/prologada: solicite USTV e discuta.
- Se massa anal/retal, discuta.

- Se tristeza, estresse ou ansiedade ↩ 101.
- Se violência sexual ↩ 102.

Perda da libido

Pergunte se tem dor durante o sexo ou problemas com ereção: avalie e maneje nas colunas ao lado.

- Se tristeza, estresse ou ansiedade ↩ 101.
- Revise medicamentos: propranolol, hidroclorotiazida, espironolactona, fenitoína, riperidona, clorpromazina, fluoxetina/sertralina e amitriptilina podem causar perda da libido.
- No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↩ 147.
- Rastreie para uso de álcool/drogas: no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
- Pergunte sobre problemas no relacionamento, gravidez indesejada, infertilidade e ansiedade de performance.
- Se mulher > 40 anos, pergunte sobre sintomas da menopausa: fogachos, suores noturnos, alterações de humor e dificuldade para dormir. Se sim ↩ 166.
- Se violência sexual ↩ 102.
- Avalie necessidades de contracepção ↩ 157.
- Ofereça encaminhamento para psicologia.

Se os problemas sexuais não melhorarem discuta/encaminhe.

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

Sintomas urinários

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

- Incapaz de urinar e desconforto/distensão abdome inferior
- Se dor no flanco súbita, intensa e irradiação unilateral para virilha/testículo, provável **cálculo renal**
- Se dor no flanco/PPL + *com* sintomas urinários e mais 1: vômitos, PAS < 90, FC ≥ 100, gestante, febre, disfunção imune[1]: provável **pielonefrite complicada**.

Maneje:

- 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[2].
- Se incapaz de urinar: insira catéter urinário. Se PAS < 90: aplique cloreto de sódio 0,9% 250mL EV rápido, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.
- Encaminhe com urgência. Se **cálculo renal** e paciente gestante ou incapaz de urinar: encaminhe no mesmo dia. Se **cálculo renal** e paciente não é gestante e é capaz de urinar →77.

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[3], prescreva ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 7 dias e paracetamol ou dipirona (evite se alergia prévia) 500-1000mg cada 6 horas se dor. Reavalie em 2 dias. Se não melhorar: encaminhe no mesmo dia. Revise PU, C e TSA: troque o antibiótico ou reavalie o diagnóstico.
- Avalie paciente que *não tem* provável pielonefrite não complicada:

Sangue na urina

Paciente tem ardência ao urinar?

Não → Solicite PU, C e TSA para excluir infecção do trato urinário.

Cultura Positiva

Não → Discuta para investigar causas. Se homem, faça toque retal e solicite PSA.

Sim → Ardência ao urinar, aumento de frequência, urgência ou sangue na urina com cultura positiva

Sim → Mulher

Paciente é gestante, cateterizada, com disfunção imune[1] ou com problema do trato urinário?

Não → Provável **ITU simples**: Prescreva nitrofurantoina 100mg cada 6 horas por 5 dias. Se sintomas não resolverem ou ITU recorrente (≥ 3/ano): solicite PU, C e TSA

Sim → Solicite, se não realizado: PU, C e TSA[3]

Provável **ITU complicada**: Prescreva ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 7 dias. Se gestante, dê ao invés cefalexina 500mg cada 12 horas por 7 dias.

Homem

Sem corrimento *e* sem sexo desprotegido. Solicite PU, C e TSA[3]

Examine para sensibilidade prostática (toque retal)

Ausente → Revise PU, C e TSA, se solicitado: mude ou pare o antibiótico, se necessário. Se homem com cultura negativa, ITU ou doença renal: discuta para investigações adicionais. Se próstata endurecida e irregular/nódulos ao toque: solicite PSA e discuta para investigações adicionais.

Presente → Provável **prostatite aguda**: Prescreva ciprofloxacino 500mg a cada 12 horas por 21 dias. Prescreva paracetamol 500-1000mg a cada 6 horas se necessário. Se não responder, também prescreva ibuprofeno[4] 300-600mg a cada 8 horas por até 5 dias.

Corrimento *ou* sexo desprotegido

- Trate **uretrite** ↩63.
- Se sem corrimento: também solicite PU, C e TSA[2] e faça toque retal. Se próstata sensível ao toque:

Problemas no fluxo

- Solicite PU, C e TSA para excluir ITU
- Calcule score *I-PSS* para avaliar gravidade e discuta.

Perda de urina

- Revise uso de furosemida.
- Investigue atrofia/ressecamento vaginal ↩166.
- Pergunte sobre constipação ↩61.
- Oriente evitar álcool e cafeína e realizar exercício de reforço da musculatura pélvica[5].
- Se tem prolapso vaginal, sem resposta às medidas acima ou paciente é homem: discuta.

Jato enfraquecido ou dificuldade em urinar

- Reavalie uso de amitriptilina.
- Se homem, realize toque retal e solicite PSA.
- Discuta.

[1]HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. [2]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. Pare se PAS < 90. [3]Se possível, colete antes e inicie antibiótico logo após. [4]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [5]Contração e relaxamento repetidos da musculatura do assoalho pélvico.

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 →77, braço/mão →78, perna →79, pé →80, pescoço →78.

Abordagem do paciente com dor no corpo/generalizada

- Se perda de peso não intencional de ≥ 5% do peso corporal nas últimas 4 semanas ↩ 32.
- Paciente tem um ou mais dos seguintes: tosse, coriza/congestão nasal, dor de garganta, dor abdominal, náusea/vômito, diarreia, ardência para urinar, dor de cabela, 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?

Não

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

Sim

→76.

Não

- Teste para HIV ↩ 116.
- Avalie e maneje o estresse ↩ 101.
- Revise medicamentos. Se usa sinvastatina/estatina e início de fraqueza/dor muscular/câimbras, solicite CK total. Se ≥ 5 LNS[1], pare sinvastatina e discuta. Se < 5 LSN[1], discuta.
- Se paciente tem uma doença incurável, considere oferecer também cuidados paliativos ↩ 167.
- Pergunte sobre o tempo de duração da dor:

< 3 meses

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

≥ 3 meses

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

Exames de sangue estão todos normais

Considere **fibromialgia** ↩ 156.

Exames de sangue estão anormais

Discuta ou encaminhe para investigações adicionais.

Sim

- Se tosse →49.
- Se coriza/congestão nasal →45.
- Se dor de garganta →46.
- Se dor abdominal →58.
- Se náusea/vômito →59.
- Se diarreia →60.
- Se ardência para urinar →74.
- Se início recente de dor no corpo e febre/dor de cabeça:
  - Se rigidez de nuca/meningismo, sonolência/confusão ou rash purpúrico: provável **meningite** →41.
  - Considere influenza →45, COVID-19 →51 e outras patologias que se apresentam com febre →33.
- Se *nenhum dos acima*, discuta.

[1]Limite superior de normalidade. [2]Não prescreva se alergia prévia.

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 ⮌ 27.
- Incapaz de se apoiar com próprio peso.

Maneje e encaminhe no mesmo dia:

- Se trauma recente, imobilize e encaminhe para Rx.
- Se diagnóstico prévio de gota, discuta necessidade de encaminhar ou maneje como **gota aguda** →155.

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?

Não

Problema articular é improvável

- Se dor no corpo/generalizada →75.
- Se dor nas costas →77.
- Se dor no pescoço →78.
- Se sintomas nos braços →78.
- Se sintomas nas pernas →79.
- Se sintomas nos pés →80.

Sim

Trauma recente?

Sim

Provável **entorse/estiramento músculoesquelético**

- Repouse e eleve a articulação.
- Oriente aplicar gelo por 20 minutos a cada 2-3 horas por 2-3 dias após a lesão
- Aplique atadura com pressão.
- Prescreva paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg e/ou ibuprofeno[2] 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 7 dias.
- Aconselhe o paciente a mobilizar a articulação afetada após 2-3 dias, se não estiver tão dolorida.
- Reavalie após 1 semana: se dor piorar ou não melhorar, discuta para considerar rx.

Não

Pergunte sobre a duração da dor articular: há quanto tempo iniciou a dor?

< 6 semanas: tem corrimento genital recente ou rash indolor sem coceira?

Sim

Provável **artrite gonocócica**

- Usualmente envolve punhos, tornozelos, mão e pé.
- Discuta/encaminhe no mesmo dia.
- Trate paciente e parcerias para uretrite/cervicite ⮌ 62

Não

Não: início súbito de 1-3 articulações quentes, extremamente doloridas, avermelhadas, inchadas (geralmente dedão do pé ou joelho)?

Não

- Dê paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg e/ou ibuprofeno[2] 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 7 dias.
- Reavalie após 2-4 semanas. Se não melhorar/piorar, discuta ou encaminhe.

Sim

Provável **gota aguda** →155.

≥ 6 semanas

Provável **artrite crônica** →154

- Se está/esteve em área de chikungunya e febre e dor articular súbita/intensa não explicada, considere **chikungunya** ⮌ 34.
- Se está/esteve em área de zika vírus e rash com coceira e dor ou edema articular, considere **zika vírus** ⮌ 34.

[1]Não prescreva se alergia prévia. [2]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, 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[1]: provável **pielonefrite complicada**

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável **pancreatite**, aplique cloreto de sódio 0,9% 1L EV rápido independente da PA, depois 1L cada 4 horas. Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.
- Se provável **aneurisma da aorta abdominal**: não aplique fluidos EV mesmo se PAS < 90 (elevar a PA pode piorar a ruptura)
- 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[2], pare se PAS < 90.
- Se provável **cálculo renal** *e* tem febre ou é gestante ou é incapaz de urinar: encaminhe no mesmo dia.
  - Se provável **cálculo renal** *e* não tem febre *e* não é gestante *e* é capaz de urinar: dê ibuprofeno[3] 600mg VO ou diclofenaco[3] 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[4] 500-1000mg e/ou ibuprofeno[3] 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[5] e prescreva ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 7 dias e paracetamol ou dipirona (evite se alergia prévia) 500-1000mg cada 6 horas se dor. Reavalie em 2 dias. Se não melhorar: encaminhe no mesmo dia. Revise PU, C e TSA: troque antibiótico ou reavalie diagnóstico, se necessário.
- Paciente tem qualquer um dos seguintes sinais/sintomas: tosse ≥ 3 semanas, perda de peso, sudorese noturna ou febre?

Sim

Exclua TB ↺ 110 *e*

Sim para qualquer um

- Solicite rx de coluna lombar e VHS ou PCR.
- Discuta.

Não: tem ≥ 1 dos seguintes: idade > 70 anos, dor progressiva ou por > 6 semanas, deformidades, história de câncer ou cirurgia na coluna, osteoporose, uso de corticóides ou drogas EV?

Não para todos

Dor iniciou com < 40 anos *e* tem dor e rigidez ao acordar que melhora com exercício mas não com repouso e perturba o sono?

Não para qualquer um

Provável **dor mecânica**

- Meça a circunferência abdominal e IMC: se > 88cm (mulher) ou > 102cm (homens) ou IMC > 25, avalie RCV ↺ 128.
- Tranquilize paciente de que sua dor nas costas é muito comum, normalmente não é grave e melhora por conta própria.
- Aconselhe paciente manter-se o mais ativo possível, continuar com suas atividades rotineiras e evitar repouso na cama.
- Exercícios regulares podem prevenir recorrências. Se tristeza ou estresse ↺ 101. Ofereça acupuntura, se disponível.
- Prescreva paracetamol ou dipirona[4] 500-1000mg e/ou ibuprofeno[3] 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 7 dias.
  - Se não responder ou dor intensa, adicione codeína[6] 30-60mg cada 4 horas se necessário até 360mg ao dia.
- Se dor por > 4 semanas ou incapaz de manter atividades diárias usuais, discuta/encaminhe fisioterapia.
- Se não responder após 6 semanas, solicite: rx de coluna lombar e discuta. Se início recente de distúrbios da bexiga/intestino, dormências ou fraqueza, encaminhe no mesmo dia.

Sim para todos

Incerto

Provável **dor nas costas inflamatória**

- Solicite rx de coluna lombar e VHS ou PCR.
- Teste para HIV ↺ 116.
- Prescreva ibuprofeno[3] 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 7 dias.
- Discuta ou encaminhe.

[1]HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. [2]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. Pare se PAS < 90. [3]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [4]Não prescreva se alergia prévia. [5]Colete antes e inicie antibiótico logo após coleta. [6]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 ≥ 1: Tax ≥ 38°C, dor de cabeça, sonolência/confusão ou rash purpúrico/avermelhado: provável **meningite**, aplique ceftriaxona 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 ≥ 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, história de câncer/TB/cirurgia no pescoço, uso de drogas EV, imunussupressão, osteoporose?

Sim para qualquer um

- Solicite, VHS e RNM ou, se não disponível, TC e discuta.

Não para todos

- Dê paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg e/ou ibuprofeno[2] 300-600mg cada 6 horas se necessário até 7 dias. Se não responder ou dor intensa, adicione codeína[3] 30-60mg cada 4 horas se necessário até 360mg ao dia.
- Ofereça acupuntura, se disponível.
- Se sem melhora após 5 dias e sem dor no braço, considere encaminhar para fisioterapia.
- Se dor > 3 meses, 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** →76.

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

- Dor no braço com dor no peito: exclua **doença cardíaca isquêmica** →142.
- 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** →141.

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 →49, dor abdominal →58, gravidez →159.

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

Provável **síndrome do túnel do carpo**.

- 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[2] 300-600mg cada 8 horas por até 10 dias.
- Se não melhorar após 6 semanas ou piorar, discuta.

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

Provável **tenossinovite da mão/punho**

- Repouso e tala na articulação.
- Prescreva ibuprofeno[2] 300-600mg a cada 8 horas por até 10 dias. Considere injeção de corticoide, se disponível.
- Se não melhorar após 6 semanas ou piorar, discuta.

[1]Não prescreva se alergia prévia. [2]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [3]Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo.

Sintomas nas pernas

- 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. Se é incapaz de fazer todos os movimentos confortavelmente ou tem articulação quente/dolorida/inchada →76.
- Se problema é também nos pés →80.

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** ↩ 27.
- Edema e dor em uma das panturrilhas: provável **trombose venosa profunda**, principalmente se IMC > 30, tabagista, imobilização, gestante, em uso de estrogênio, trauma na perna, hospitalização recente, TB, 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 sinvastatina/estatina e início de fraqueza/dor muscular/câimbras, solicite CK total. Se ≥ 5 LNS, discuta para considerar parar estatina. Se < 5 LSN, discuta.
- Paciente tem edema nas pernas?

Não

Dor nas nádegas que irradia pela parte posterior das pernas

Provável **irritação do nervo ciático**

- Dê paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg e/ou ibuprofeno[2] 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 7 dias. Se não responder/dor intensa, adicione codeína[3] 30-60mg cada 4 horas até 360mg ao dia.
- Oriente manter-se ativo, continuar atividades rotineiras e evitar repouso na cama.
- Encaminhe no mesmo dia se: retenção/incontinência de urina/fezes, dormência/fraqueza de pernas/nádegas/períneo.
- Se dor persiste > 4 semanas, discuta com fisioterapeuta, solicite rx de coluna lombar e discuta.

Dor muscular nas pernas ou nádegas ao exercício, aliviada com repouso

Considere **doença arterial periférica** →144.

Sim

Ambas as pernas inchadas

Tem tosse ou falta de ar que piora ao deitar?

Sim

Considere **insuficiência cardíaca** →139.

Não

- Exclua gravidez. Se gestação →159
- Investigue doença renal/hepática, solicite: PU, creatinina, HMG, TGO, TGP, TAP, BT e F, FA, GGT, PT e F, LDH. Discuta para interpretar.
- Verifique PA ↩ 136.

Se nenhum dos acima ou incerteza no diagnóstico, discuta.

Apenas 1 perna inchada

Houve trauma recente?

Sim

Provável **entorse/estiramento**

- Assegure-se que pode suportar o próprio peso em pé. Se não, encaminhe no mesmo dia.
- Oriente repouso, elevação das pernas e gelo (20min cada 3 horas). Aplique ataduras firmes.
- Oriente a mobilizar perna após 2-3 dias se não for tão dolorido.
- Prescreva paracetamol ou dipirona[1] 500- 1000mg e/ou ibuprofeno[2] 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 7 dias.
- Reavalie se não melhorar após 2 semanas ou se sintomas piorarem.

Não

Examine a pele: há alguma área dolorida, úlcera(s), nódulo(s) ou alteração(ões) na cor da pele?

Sim

→81.

Não

Tem nódulo(s) na virilha?

Sim

→36.

Não

Discuta.

[1]Não prescreva se alergia prévia. [2]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. [3]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 →76.

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** ⮌ 27.
- Dor súbita e intensa em respouso 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**) ⮌ 84.

Dor no pé generalizada

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

Provável **neuropatia periférica**

- Teste para HIV ⮌ 116. Se HIV positivo, ofereça cuidados de rotina ⮌ 117.
- Considere rastrear diabetes ⮌ 131.
- Prescreva amitriptilina 25-75mg à noite e paracetamol 500-1000mg cada 6 horas.
- Se não responder, adicione ibuprofeno[1] 300-600mg 6 horas por até 5 dias.
- Se em uso de isoniazida: prescreva piridoxina 50mg ao dia, se disponível.
- Se unilateral, outros sinais neurológicos ou perda de função: discuta.

Dor no pé ao exercício com dor muscular nas pernas ou nádegas ao caminhar que alivia com repouso

Considere **doença arterial periférica** →144.

Dor no pé localizada

Assegure-se de que os calçados em uso estão adequados

Dor no calcanhar, piora ao iniciar caminhada

Provável **fasceíte plantar**

- Evitar pés descalços/sapatos de solado baixo, aplicar gelo 20min cada 3h e alongar panturrilha manhã e noite, rolar pé em garrafa gelada e ficar na ponta do pé 30 seg.
- Se IMC > 25, avalie RCV ⮌ 128.
- Prescreva ibuprofeno[1] 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 7 dias.
- Encaminhe para fisioterapia.

Deformidade no pé

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

Provável **joanete**

- Oriente analgesia se necessário: prescreva gelo, paracetamol 500-1000mg ou ibuprofeno[1] 300-600mg cada 6 horas por até 5 dias.
- Se dor intensa ou úlcera, discuta.

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 ⮌ 84, úlceras ⮌ 89.
- Deformidade no pé: verifique por joanete (veja acima). Se deformidade no pé, discuta.
- Sensibilidade: sensação de dor (picada leve) anormal após 2 tentativas.
- Circulação: ausência ou redução de pulsos nos pés.

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

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

[1]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Sintomas da pele

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[1], considere **anafilaxia** ↩ 29.
- 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 nova medicação e ≥ dos seguintes sinais/sintomas, provável **reação medicamentosa grave**:
  - Temperatura ≥ 38°C
  - PA ≤ 90/60
  - Icterícia
  - Vômitos / dor abdominal / diarreia
  - Afetando boca, olhos ou genitais
  - Áreas com vesículas, descamação ou exposição de mucosa

© University of Cape Town

© University of Cape Town

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável **doença meningocócica**: aplique ceftriaxona 2g IM.
- Provável **reação medicamentosa grave**: pare todo(s) o(s) medicamento(s). Se descamação ou exposição de mucosas, também maneje como queimadura antes de encaminhar ↩ 30.
- 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 de paciente com sintoma(s) de pele que não necessita de cuidados de urgência

- Dor → 82.
- Coceira
  - Com rash
    - Generalizado → 83.
    - Localizado → 84.
  - Sem rash → 85.
- Rash generalizado sem coceira → 86.
- Nódulo(s) → 88.
- Úlceras e/ou feridas que não cicatrizam → 89.
- Crostas e/ou descamação → 92.
- Mudanças na cor da pele → 93.
- Sintomas do couro cabeludo → 94.

- Teste para sífilis ↩ 66 e HIV ↩ 116, especialmente se rash é extenso, recorrente ou difícil de tratar.
- Se rash e ≥ 1: tosse, coriza, olho vermelho ou está ou esteve em área de sarampo no último mês, considere **sarampo** ↩ 34, retire paciente imediatamente da sala de espera e acomode em um consultório/local afastado dos demais pacientes.
- Se contato com Mpox ou alta prevalência local e lesão única/múltipla, geralmente com umbilicação central, considere **Mpox** e discuta.

[1]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 ↩ 81.

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

© University of Cape Town

Provável **abscesso/furúnculo**

- Se flutuação, faça incisão e drenagem.
- Prescreva paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg cada 6 horas por até 5 dias.
- Se múltiplas lesões, infecção ao redor extensa, disfunção imune[2] 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 ↩ 116 e considere testar para diabetes ↩ 131.
  - Oriente lavar-se uma vez do pescoço para baixo com clorexidina 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 ≥ 38ºC ou PAS ≤ 90 ou FC > 100
  - Área de difícil drenagem (face, genitais, mãos).

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

Borda(s) mal definida(s)

© University of Cape Town

Provável **celulite**

Borda(s) bem definida(s)

CDC Public Health Image Library

Provável **erisipela**

- Prescreva cefalexina 500mg cada 6 horas por 5-7 dias.
- Prescreva paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg cada 6 horas se necessário.
- Se em pernas, oriente mantê-las elevadas.
- Discuta/encaminhe no mesmo dia se:
  - Temperatura ≥ 38°C
  - PAS ≤ 90
  - FC > 100
  - Confusão
  - Envolvimento de face ou olhos
  - Infecção extensa
  - Vesículas ou pele cinza/preta
  - Disfunção imune[2]
  - Não responder ao tratamento em 2 dias.

Vesículas doloridas em faixa de um dos lados do corpo

© University of Cape Town

Provável **herpes zoster**

- Teste para HIV ↩ 116.
- Oriente manter as lesões secas e limpas, e evitar contato de pele com outros até formar crostas.
- Prescreva aciclovir 800mg 5x ao dia por 7 dias se:
  - ≤ 3 dias desde início do rash *ou*
  - ≤ 1 semana se disfunção imune[2]
- Prescreva paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg cada 6 horas até 5 dias.
- Se necessário, associe codeína 30mg cada 4 horas.
- Se coceira: dê loratadina 10mg ao dia até 5 dias.
- Se dor persistir após melhora das lesões, prescreva amitriptilina 25mg à noite. Aumente 25mg por semana até 75mg, se necessário.
- Se infectado, prescreva cefalexina 500mg cada 6 horas por 7 dias.
- Discuta/encaminhe no mesmo dia se:
  - Em olho, orelha, nariz ou > 1 região.
  - Sinais de meningite (dor de cabeça, febre, rigidez de nuca).

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

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

Coceira com rash generalizado

Verifique se paciente precisa de atenção urgente ⮌ 81.

- Se área de zika vírus e ≥ 1: febre, olho vermelho, dor ou edema articular, considere **zika vírus** ⮌ 34 e notifique.
- Se pápulas/nódulos com coceira e vermelhidão, com ou sem cicatriz escurecida, marcas de arranhões/coçadura, considere **picadas de inseto** ⮌ 84. Se não, maneje conforme tipo de rash:

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

© BMJ Best Practice

Provável **escabiose**

- Aplicar permetrina 5% do pescoço à sola dos pés (entre dedos, debaixo unhas, virilha). Lave após 8-14 horas.
- Se uso tópico é difícil ou tratando múltiplas parcerias/contatos: dê ivermectina 200mcg/kg dose única via oral, repita em 7-14 dias. Não prescreva se gestante.
- Trate parcerias sexuais e contatos domiciliares (mesmo assintomáticos).
- Sem melhora em 7-14 dias, repita ou troque tratamento.
- Para coceira, dê loratadina 10mg ao dia. Sem melhora em 7-14 dias, discuta/considere acrescentar dexclorfeniramida 2mg antes dormir.
- Oriente lavar com água quente[1]/passar roupas/lençóis. Pode retornar trabalho após tratar. Coceira pode persistir semanas após tratar.
- Se crostas amarelas, considere **impetigo** ⮌92.

Lesões papulares hipercrômicas com coçeira em tronco, membros ou face.

© University of Cape Town

Provável **erupção papular prurítica**

- Teste para HIV ⮌ 116.
- Se lesões interdigitais, axilas ou genitais, trate também para escabiose.
- Oriente hidratar pele com AGE 2x/dia e aplicar dexametasona 0,1% creme 2x/dia por 7 dias (evite em face). Se pouca resposta, 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 ao iniciar TARV.

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 fatores desencadeantes como sabonete, detergentes, calor, tecidos que causem coceira.
- Avalie e maneje o estresse ⮌ 101.
- Oriente hidratar pele com AGE 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 cada 2x ao 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 se:
  - Não melhora após 2 semanas
  - Lesão extensa ou pústulas dolorosas

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

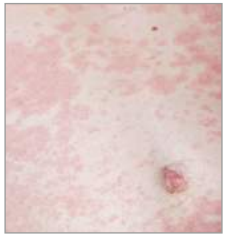
© University of Cape Town

Provável **urticária**

Se rash súbito com falta de ar, PA < 90/60 ou desmaio, provável anafilaxia[2] →81.

- Identifique e evite 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** ⮌ 42.
- Se sintomas nasais, considere **rinite alérgica** ⮌ 45.
- Se tosse ou sibilo recorrente, considere **asma** ⮌ 125.

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



© BMJ Best Practice

Provável **reação medicamentosa** →87.

[1]Se não consegue lavar/lavar com água quente, oriente deixar fechadas em saco plástico por 3 dias. [2]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 ↩ 81.

- Se rash em couro cabeludo ↩94.
- Se pequenas pápulas avermelhadas e túneis nos espaços interdigitais, axilas, cintura e genitais, coceira intensa, pior à noite, provável **escabiose** →83.
- Se placas secas, descamativas e pruriginosas em punho, tornozelo, dobra de cotovelo ou atrás do joelho, provável **eczema** →83.

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

Sim

Geralmente estão agrupadas

© University of Cape Town

Provável **picada de insetos**

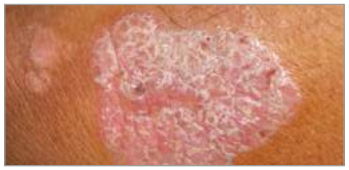
- Oriente reduzir exposição a insetos:
  - Trate animais de estimação, use mosqueteiros, troque roupa de cama, utilize repelentes.
  - Jogue fora focos de água parada ao redor da casa.
- Aconselhe evitar coçar.
- Se coceira dê loratadina 10 mg ao dia durante 5 dias.
- Se crostas amareladas, considere **impetigo** ↩ 92.

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.

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.
- Dê betametasona 0,1% creme 2x/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 2x/dia por 2-4 semanas. Se melhora, reduza para 1-2x semana até parar.
- Se dúvidas, lesões extensas ou sem resposta após 1 mês: discuta/encaminhe.

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 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 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)**

Pé(s)

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

CDC Public Health Image Library

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

- Oriente manter pele limpa/seca e não compartilhar toalhas/roupas.
- 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 ↩ 116 e **diabetes** ↩ 131.
- Se envolve unhas ↩ 96.
- Se não melhorar em 1 mês, discuta/encaminhe.

Coceira sem rash

Verifique se paciente precisa de atenção urgente ⮌ 81.

Confirme que não há rash, especialmente escabiose, pediculose ou mordidas de outros insetos.
- Se coceira com rash generalizado →83.
- Se coceira com rash localizado →84.
- Se coceira apenas ao redor de ânus →61.

A pele está muito seca?

Sim

Provável **pele seca (xerodermia)**

- 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 2x/dia.
  - Evitar esfregar a pele e lavar mais de uma vez ao dia. Secar suavemente a pele.
  - Manter unhas curtas
- Em caso de coceira intensa, prescreva loratadina 10mg ao dia por até 5 dias.
- Se paciente tem doença incurável, considere oferecer cuidados paliativos ⮌ 167.
- Se não melhora, discuta/encaminhe.

Não

Paciente iniciou algum medicamento nas semanas antes da coceira iniciar?

Sim

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.

- 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 2x/dia.
  - Evitar esfregar a pele e lavar mais de uma vez ao dia. Secar suavemente a pele.
  - Manter unhas curtas
- Em caso de coceira intensa, prescreva loratadina 10mg ao dia por até 5 dias.
- Se paciente tem doença incurável, considere oferecer cuidados paliativos ⮌ 167.
- Se não melhora, discuta/encaminhe.

Não

- Se pele/olhos amarelados, provável **icterícia** →93.
- Se coceira persistir > 2 semanas, solicite HMG, VHS, creatinina, TGO, TGP, BT e F, FA, glicose, TSH, rx de tórax e teste para HIV ⮌ 116 e hepatite C ⮌ 123. Considere realizar/solicitar biópsia de pele. Interprete resultados e discuta se necessário.

Se diagnóstico incerto, discuta/encaminhe.

Rash generalizado sem coceira

Verifique se paciente precisa de atenção urgente ⮌ 81.

Teste para sífilis ⮌ 66 e HIV ⮌ 116.

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** ⮌ 67.

HIV positivo

Ofereça cuidados de rotina e inicie/reinicie tratamento para HIV ⮌ 117.

Sífilis e HIV negativos

Paciente tem história de exposição ao HIV[1] nas últimas 4 semanas?

Sim

- O rash pode ser parte da síndrome antirretroviral aguda.
- Repita teste de HIV em 4 semanas ⮌ 116.
- Incentive práticas sexuais seguras.

Não

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

Sim: considere rash medicamentoso →87.

Não: provável **rash viral inespecífico**

- O paciente pode ter febre, dor de cabeça, linfadenopatia, dores musculares/dores no corpo. Se febre ⮌ 33, considere outras patologias.
- Tranquilize de que a erupção cutânea se resolverá por conta própria.
- Se dor/mal-estar, prescreva paracetamol ou dipirona (evite se alergia prévia) 500-1000mg cada 6 horas se necessário, por até 5 dias.
- Se alta prevalência ou contato com Mpox nos últimos 21 dias *e* lesão única ou múltipla, geralmente com umbilicação central , considere **Mpox** e discuta.

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

[1]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.

Algum marcador de gravidade está presente?

- Edema de face ou língua
- Falta de ar ou SaO2 < 90%
- PAS ≤ 90
- Temperatura ≥ 38°C
- Dor abdominal
- Vômitos ou diarreia
- Envolve boca, olhos ou genitais
- Vesículas, descamação ou áreas de mucosa
- Icterícia

Sim

Atenda com urgência →81.

Não

Paciente está em uso de ARVs, medicamento para TB/ILTB ou SMZ/TMP?

Sim

© University of Cape Town

- Se em ARVs:
  - Se em abacavir, considere reação de hipersensibilidade pelo abacavir ⮌ 121.
  - Se em nevirapina, continue mesma dose. Evite aumentar se ainda em dose única diária, discuta.
  - Continue outros ARVs.
- Se em tratamento para TB ou ILTB, continue.
- Se em SMZ/TMP para profilaxia[1], pare até rash resolver[2].
- Se em outros medicamentos, avalie se deve parar ou mudar.
- Se coceira, dê loratadina 10mg ao dia por até 5 dias. Se coceira/rash intenso, considere associar prednisona 40 mg ao dia por 3 a 5 dias.

Solicite TGP. Reavalie paciente e resultado em 24 horas:

Paciente bem *e* TGP < 100U/L
Continue medicamentos na mesma dose e reavalia diariamente. Oriente retorno urgente se marcador de gravidade (como quadro vermelho acima).

Em nevirapina: repita TGP em 1 semana. Reavalie paciente e resultado em 24 horas

Paciente não está bem *ou* TGP ≥ 100U/L

Paciente bem *e* TGP < 100U/L
Continue medicamento na mesma dose e monitore de acordo com dose em uso:

Em nevirapina uma vez ao dia
- Reavalie paciente com 1 mês de uso de nevirapina:
  - Se rash resolveu, discuta para aumentar dose para 2 vezes ao dia.
  - Se rash persiste, discuta para trocar nevirapina.

Em nevirapina 2 vezes ao dia

Não usa nevirapina

Se rash persistir ≥ 2 semanas, discusta/encaminhe.

Não

- Considere parar/trocar medicamento.
- Se coceira, dê loratadina 10mg ao dia por até 5 dias. Se coceira/rash intenso, considere associar prednisona 40 mg ao dia por 3 a 5 dias.
- Oriente retorno urgente se marcador de gravidade (como quadro vermelho acima).

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

Nódulos na pele

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

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

Se nódulo doloroso, firme, vermelho e quente flutuante no centro com liberação/iminente liberação de pus, provável **abscesso/furúnculo** →82.

Pápulas elevadas, arredondadas, com superfície rugosa

© 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).

- Traquilize 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.

Pequenas elevações da cor da pele com umbilicação central perolácea

© University of Cape Town

Provável **molusco contagioso**

- Teste para HIV ↩116.
- Tranquilize 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.

Nódulo macio, bem definido, abaixo da pele

Nódulo macio, elástico, móvel e indolor

© University of Cape Town

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

- Tranquilize 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).

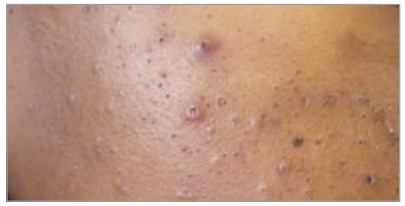
Nódulo firme, redondo. Pode ter orifício central e descarga de substância esbranquiçada

© University of Cape Town

Provável **cisto epidérmico**
Geralmente em face e tronco, incomum em membros

- Se 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).

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



© University of Cape Town

Provável **acne**
Pode envolver tórax, costas e membros superiores

- Oriente lavar a pele com sabão neutro 2x/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/amamenta.
- Se deseja contracepção, avalie se pode contraceptivo oral combinado ↩157.
- Discuta/encaminhe se muito intensa, sem resposta após 6 meses de tratamento ou diagnóstico incerto.

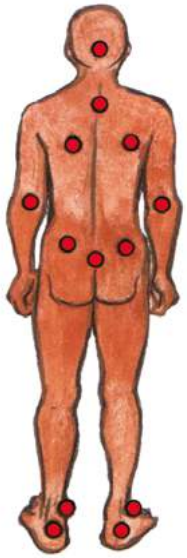
- Se contato com Mpox ou alta prevalência local e lesão única ou múltipla, geralmente com umbilicação central, considere **Mpox** e discuta.
- Se nódulo(s) que não cicatrizam, com/sem linfonomegalia, e história de contato com cão/gato/outro animal há < 6 meses: considere **esporotricose** e discuta.

Úlceras de pele ou feridas que não cicatrizam: diagnóstico

Encaminhe com urgência paciente com úlcera de pele ou ferida que não cicatriza e um dos seguintes:
- Infecção (pele ao redor vermelha/quente/inchada) com um ou mais dos seguintes: PA ≤ 90, FC > 100, Tax ≥ 38°C, confusão mental, crepitação[1] ou dor intensa.
- Dor súbita e intensa na perna em repouso com qualquer um dos seguintes sintomas na perna: dormência, fraqueza, palidez, ausência de pulso: provável isquemia aguda do membro.

Identifique causa de úlcera de pele ou ferida que não cicatriza
- Se úlcera em região genital →62.
- O paciente está acamado e úlcera(s) em áreas comuns para lesões de pressão (veja abaixo)?

Sim



Provável **lesão de pressão**

Não

A úlcera é em pernas ou pés?

Sim

Paciente tem dores musculares em pernas e nádegas durante o exercício ou pulsos dos pés reduzidos/ausentes?

Sim para qualquer um

Source: Francois Coetzee

Provável **doença arterial periférica (DAP)**

Não para todos

Há escurecimento da pele ao redor da úlcera, varizes *ou* inchaço crônico da perna?

Sim para qualquer um

Source: University of Cape Town

Provável **úlcera venosa**

Não para todos

O paciente tem diabetes?

Sim

Source: BMJ Best Practice

Provável **úlcera diabética**

Não

- Pergunte sobre história de trauma, cirurgia, rash, queimadura, câncer e radioterapia.
- Verifique necessidade de rastrear diabetes ↩ 131.
- Se tosse ≥ 3 semanas, perda de peso, sudorese noturna ou febre ≥ 2 semanas, exclua TB ↩ 110.
- Teste para HIV ↩ 116.
- Discuta para investigações adicionais.

Não

- Pergunte sobre história de trauma, cirurgia, rash, queimadura, câncer e radioterapia.
- Verifique necessidade de rastrear diabetes ↩ 131.
- Se tosse ≥ 3 semanas, perda de peso, sudorese noturna ou febre ≥ 2 semanas, exclua TB ↩ 110.
- Teste para HIV ↩ 116.
- Discuta para investigações adicionais.

- 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.
- Ofereça cuidados de rotina para úlcera/ferida →90.

[1]Crepitação é um som ou sensação de crepitação, estalo ou ralar sob a pele.

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	• Se dor ≥ 4 semanas, discuta opções de tratamento. • Se dor nova ou piorando na ferida, avalie para infecção conforme abaixo. • 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**) ↩ 144.
Condições Crônicas	Se necessário	Assegure que paciente está recebendo cuidados de rotina para todas suas condições. Se diabetes ↩ 133, hipertensão ↩ 137, doença arterial periférica (DAP) ↩ 144, HIV ↩ 117.
Medicamentos	Toda consulta	Revise medicamentos: AINEs (ex: ibuprofeno), prednisona e quimioterapia pode causar atraso na cicatrização. Discuta se necessário.
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 ↩ 147.
Uso de álcool/drogas	Primeira consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/por vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer ↩ 145.
Cuidados paliativos	Primeira consulta	Se paciente tem uma doença incurável, ofereça também cuidados paliativos ↩ 167.
IMC[2] e malnutrição	Mensalmente	• Se IMC < 18,5 (se > 65 anos: < 22) ou sinais de deficiência nutricional[3], discuta com nutricionista. • Se IMC > 25 (se > 65 anos: > 27), oriente alimentação saudável e atividade física regular ↩ 21.Se não melhorar ou IMC > 30, discuta com nutricionista.
RCV	Primeira consulta	Se tem fator de RCV[4], avalie RCV ↩ 128.
Ferida e pele ao redor	Toda consulta	• Meça tamanho e profundidade da ferida e registre. Se > 10 cm, circunferencial, gordura/músculo/tendão/osso visível ou aumento de tamanho/ profundidade, discuta. • Avalie coloração do leito de ferida: é rosa (epitelizado), vermelho (granulação), amarelo (com esfacelo) ou preto (necrótico)? • Avalie exsudato: coloração, consistência, volume e odor. • Se pele ao redor estiver vermelha/quente/edemaciada, ou se úlcera diabética e aumento de exsudato, pus ou odor fétido, provável **infecção**: - Se PAS ≤ 90, FC > 100, Tax ≥ 38°C, confusão mental, crepitação[5] ou dor intensa, encaminhe com urgência. - 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. - Se *nenhum dos acima*, trate ↩ 91.
Irrigação sanguínea para perna	Se úlcera/ferida em perna: toda consulta	Se pulsos de pés ausentes ou reduzidos, enchimento capilar > 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**: discuta/encaminhe.
Mobilidade	Toda consulta	Se problema de mobilidade, discuta/encaminhe para fisioterapia.
Diabetes	Primeira consulta	Se diabetes não conhecida, rastreie ↩ 131. Se diabetes conhecida, ofereça cuidados de rotina ↩ 133.
Anemia	Primeira consulta	Avalie necessidade de investigar **anemia** ↩ 38.
HIV	Primeira consulta	Teste para HIV ↩ 116. Se HIV positivo, ofereça cuidados de rotina e assegure que paciente esteja em uso de TARV ↩ 117.
Cultura e antibiograma	Se infecção e não melhora após 2-3 dias de antibiótico	Solicite cultura e antibiograma. • Verifique resultado do exame e se infecção esta sendo tratada apropriadamente.

Oriente e trate paciente com úlcera de pele ou ferida que não cicatriza → 91.

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]IMC é peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m). [3]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. [4]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). [5]Crepitação é um som ou sensação de crepitação, estalo ou ralar sob a pele.

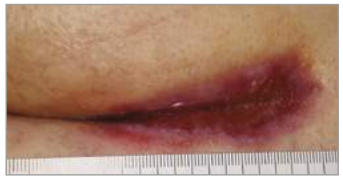
Oriente paciente com úlcera de pele ou ferida que não cicatriza

- Oriente alimentação saudável ⮌ 21 e manter-se o mais ativo possível. Se fuma tabaco, oriente que isso atrasa processo de cura e motive parar ⮌ 146.
- Se **lesão por pressão**, oriente mudança de posição (levante, evite arrastar) cada 1-2 horas se paciente incapaz de levantar seu próprio peso.
- 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 ⮌ 80.
- Estimule paciente a aderir ao tratamento e controlar condições crônicas. Se dificuldades de adesão ⮌ 16.
- Oriente paciente manter curativo no lugar e não mexer na ferida/curativo. Se apto 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 codeina 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 mutos antes de tentar remoção novamente com cuidado.
- Remova tecido morto da ferida. 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:

Tecido epitelizado (rosa)



Source: Anne Berzen

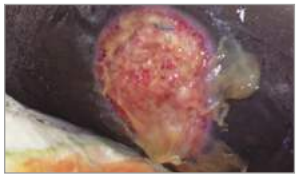
- Evite limpar leito de ferida: limpe pele ao redor apenas com cloreto de sódio 0,9% ou água de torneira limpa.
- Aplique gaze com AGE ou óxido de zinco ou outro curativo não aderente.
- Se ferida seca, discuta opções.

Tecido de granulação (vermelho)

Source: Vanessa Lomas

- Irrigue ferida e limpe pele ao redor com solução de cloreto de sódio 0,9%.
- Aplique gaze com AGE ou outro curativo não aderente.

Tecido esfacelado (amarelo)



Source: Vanessa Lomas

- Irrigue ferida e limpe pele ao redor com solução de cloreto de sódio 0,9%. Se esfacelo permanecer, remova cuidadosamente com lâmina de bisturi ou tesoura.
- Se exsudato excessivo, aplique óxido de zinco ao redor de pele.
- Discuta opções de curativo.

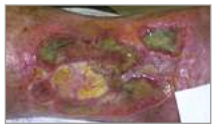
Tecido necrótico (negro, seco)

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%.
- Avalie e faça debridamento, se necessário.

Tecido infectado

Bordas normais



Source: Francois Coetzee

Bordas não determinadas

Source: Anne Berzen

- Irrigue ferida e pele ao redor com cloreto de sódio 0,9% ou iodopovidone (por até 2 semanas). Se esfacelo permanecer, remova cuidadosamente com lâmina de bisturi ou tesoura.
- Aplique hidrofibra ou carvão ativado ou espuma com prata na ferida ou discuta opções. Após, aplique curativo absortivo.
- Se exsudato em excesso, discuta opções de tratamento.

- Se usando de curativo não aderente, cubra com bandagem. Evite compressão se reduzir fluxo sanguíneo para membro.
- Se **úlcera venosa**, discuta para considerar bota de unna ou outras opções.
  - Se pulsos de pés ausentes ou reduzidos, enchimento capilar > 5 segundos, diferença de temperatura entre pés, mudança de coloração da pele, perda de pelo, pele brilhosa, não use curativo compressivo/bota de unna. 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[1] cada 6 horas se necessário. Se dor intensa, associe codeina[2] 30mg cada 4 horas até 360mg/dia.
- Se **infecção** provável, prescreva amoxicilina[3]/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 cada 12 horas por 7-10 dias. Se não melhorar após 2-3 dias, discuta e solicite cultura e antibiograma. Se piorar apesar do antibiótico, 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 curativo cada 1-2 dias, dependendo do volume de exsudato.
- Se **tecido epitelizado** ou de **granulação**: troque curativo semanalmente.

Se causa incerta, úlceras recorrente ou não melhora após 1 mês, discuta/encaminhe.

[1]Não prescreva se alergia prévia. [2]Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo. [3]Se alergia à penicilina, prescreva cefalexina 500mg cada 6 horas ou discuta alternativas.

Crostas ou descamação

Verifique se paciente precisa de atenção urgente ↩ 81.

Predominam crostas ou descamação?

Crostas

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.

Descamação

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 ↩ 116.
- Se no couro cabeludo ↩ 94.
- 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.

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

© University of Cape Town

Provável **psoríase**

- Oriente evitar uso de sabonete. Oriente hidratar pele 3x/dia.
- Prescreva clobetasol 0.05% creme cada 12 horas por até 2 semanas, Se melhorando reduza aplicação para até 2x/semana, se necessário.
- Se pele muito fina ou clobetasol não disponível, prescreva dexametasona 0,1% creme cada 12 horas. Se melhorando, reduza para 1 vez ao dia. Pare assim que melhorar.
- Se dúvidas, lesões extensas ou sem resposta ao tratamento após 1 mês: discuta/encaminhe.

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 fatores desencadeantes como sabonete, detergentes, calor, tecidos que causem coceira.
- Avalie e maneje o estresse ↩ 101.
- Oriente hidratar a pele com AGE 2 vezes ao dia e imediatamente após o banho.
- Prescreva dexametasona 0,1% creme 2 vezes ao dia até melhora (por até 4 semanas). Se pouca resposta, discuta.
- Prescreva loratadina 10mg ao dia até melhora da coceira.
- Se secreção, pus ou crostas amarelas, trate infecção:
  - Prescreva cefalexina 500mg a cada 6 horas por 7 dias.
- Discuta se:
  - Não melhora após 2 semanas
  - Lesão extensa
  - Pústulas dolorosas.

Mudanças na cor da pele

Pele amarela, escura, clara ou sem cor?

Pele amarelada (icterícia)

Encaminhe com urgência se um ou mais dos seguintes:
- Temperatura ≥ 38°C
- Hb < 12 (mulher) ou < 13 (homem)
- PAS ≤ 90
- Dor abdominal intensa
- Sonolência ou confusão
- Hematomas ou sangramento fácil
- Gestação
- Dependência ao álcool ⮌ 145 ou bebedeira recente (≥ 4 doses[1]/sessão)
- Usa algum medicamento[2] ou droga ilícita

- Solicite TGO, TGP, FA, GGT, BT e F, HMG, TAP e USG abdome superior.
- Oriente retornar imediatamente se piorar.
- Reavalie paciente e resultados em 2 dias.

A GGT ou FA são as mais elevadas?

Não
- Se TGO/TGP elevadas, teste para hepatite B ⮌ 122 e C ⮌ 123. Solicite anti-HAV IgM.
- Discuta.

Sim
Discuta.

Porções escurecidas

Em que parte do corpo?

Porção inferior da perna

Descoloração vermelho-amarronzado. Pode ter fissuras/úlceras, aranhas vasculares.

© BMJ Best Practice

Provável **estase venosa**
- Incentive exercícios.
- Oriente elevar pernas quando possível, evitar longos períodos em pé.
- Oriente uso de bandagem/meia compressiva do pé ao joelho.
- Avalie/maneje RCV ⮌ 128.
- Oriente cuidados com os pés ⮌ 80.
- Se úlcera →89.

Face

Placas marrons em bochechas, testa e lábio superior

© University of Cape Town

Provável **melasma**
- Hormônios e luz solar pioram o melasma:
  - Oriente usar protetor solar diariamente e evitar exposição à luz solar.
  - Evite contraceptivo oral e ofereça contracepção alternativa ⮌ 157.
- Oriente que:
  - Se gestante pode levar 1 ano após gravidez para resolver.
  - Geralmente é difícil de tratar e pode nunca resolver completamente.
- Se não responder ou incomodar paciente, discuta.

Tronco

Lesões claras ou escuras com descamação fina. Geralmente no tronco, pescoço e braços.

© University of Cape Town

Provável **tinea versicolor**
- Prescreva, se disponível, cetoconazol 2% xampu no tronco, pescoço, braços e pernas. Deixar 5 minutos e enxaguar. Repetir 1-2x ao dia por 2 semanas.
- Oriente que cor pode levar meses para voltar ao normal.
- Se descamação persistente/recorrente, dê fluconazol 300mg 1x/semana por 2 semanas.
- Recidiva é comum e pode precisar tratamento frequentemente.

Porções claras

Se baixa sensibilidade cutânea, discuta ou encaminhe para excluir **hanseníase**.

Sem cor

A ausência de cor é generalizada ou desigual?

Desigual

© University of Cape Town

Provável **vitiligo**
- Oriente cosméticos para camuflar e protetor solar diariamente.
- Se solicita tratamento e lesões localizadas, dê clobetasol 0,05% creme 1x/dia (evite periocular, discuta). Em dobras ou genital, use intermitente (use 1 semana, pare 1 semana). Se não disponível, use dexametasona 0,1% creme. Reavalie uso cada 3 meses. Pare e discuta se: afinamento da pele, estrias ou machucados.
- Se incômodo, encaminhe para suporte psicológico.
- Se extenso ou sem melhora, discuta ou encaminhe.

Generalizada

Presente desde nascimento. Envolve pele cabelos e olhos.

Provável **albinismo**
- Oriente usar protetor solar todo dia e evitar luz solar.
- Encaminhe para oftalmo.
- Se novas lesões, especialmente em áreas expostas, discuta para excluir câncer de pele.

Se diagnóstico incerto, discuta/encaminhe.

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]Se em uso de atazanavir e sem outros sintomas não é necessário encaminhar com urgência →121.

Sintomas do couro cabeludo

Abordagem do paciente com sintomas do couro cabeludo:
- Se perda de cabelo sem rash/coceira →95.
- 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%[1] loção no cabelo seco:
  - Assegurar-se que couro cabeludo inteiro esteja coberto e o cabelo saturado.
  - Enxaguar depois de 10 minutos.
  - Repetir depois de 9 dias.
- Oriente lavar roupas usadas nos últimos 2 dias em água bem quente.
- Trate contatos domiciliares se estiverem infectados ou compartilhando a cama.

Flocos finos e brancos no cabelo e roupas

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

Rash com ou sem coceira

Lesões descamativas

Manchas vermelhas/rosadas com descamação fina e oleosa

© University of Cape Town

Provável **dermatite seborreica**
Pode ocorrer também entre as sobrancelhas, dobras do nariz e atrás das orelhas. Geralmente com coceira.
- Se extenso, teste para HIV ↩ 116.
- 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, considere prescrever também dexametasona 0,1% creme 2 vezes ao dia até melhora ou até 4 semanas.
- Se não responder em 3 meses, discuta/encaminhe.

Placas bem definidas, elevadas, cobertas com descamação prateada grossa

© University of Cape Town

Provável **psoríase**
Pode ter também depressões puntiformes nas unhas e rash nos cotovelos, joelhos, costas
- Oriente hidratar pele 2x ao dia.
- Prescreva clobetasol 0,5mg/g sol capilar, se disponível, ou dexametasona 0,1% cada 12 horas por até 2-4 semanas. Se melhorando reduza para até 2x/semana, se necessário. Para a face, use dexametasona 0,1%.
- Discuta/encaminhe se:
  - Extensa.
  - Causando sofrimento.
  - Dor articular.
  - Sem melhora após 1 mês de tratamento.

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

© University of Cape Town

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

Pápulas, pústulas ou nódulos vermelhos ao redor folículos capilares

© BMJ Best Practice

Provável **foliculite**
- 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 ↩ 116.

Se diagnóstico incerto, discuta/encaminhe.

[1]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 →94.
- Há folículos pilosos visíveis na área de queda de cabelo?

Sim: a queda de cabelo é localizada ou generalizada?

Não

Localizada

- Teste para sífilis ↩ 66.
- 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.

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

Sim

© University of Cale 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.

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

Sim

© University of Cape Town

Provável **calvície feminina**
- Solicite TSH, HMG, ferritina e interprete.
- Se sinais de hiperandrogenismo[1], solicite também testosterona total, androstenediona e interprete.
- Oriente o uso de penteados que escondam a queda de cabelo.
- Discuta/encaminhe se causando sofrimento importante.

Não

- Se homem e redução gradual na região fronto-temporal/vértice, considere **alopécia 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.

Generalizada

- Pergunte sobre possíveis causas recentes (considere **efluvio telógeno**):
  - Doença grave, infecciosas ou cirurgia
  - Estresse importante
  - Gestação/parto
  - Alimentação inadequada
  - Perda de peso significativa
  - Medicamentos como ácido valpróico, sinvastatina e contraceptivos hormonais.
- Teste para sífilis ↩ 66.
- Solicite TSH, HMG, ferritina e interprete.
- Se mulher cis e sinais de hiperandrogenismo[1], solicite também testosterona total, androstenediona e interprete resultados.
- Tranquilize que o cabelo voltará a crescer após resolvida a causa.
- Discuta se:
  - Causa incerta
  - Sem melhora após 12 meses do tratamento/ resolução da causa.

Provável **alopecia cicatricial**

Discuta.

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

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

Sintomas da unha

- Se unhas longas e sujas e paciente descuidado, rastrei para problemas de saúde mental e abuso/negligência: discuta possibilidades de manejo.
- Maneje de acordo com o tripo do problema na(s) unha(s):

Unha desfigurada, com leito inchado e perda de cutícula

© University of Cape Town

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

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

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

© BMJ Best Practice

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

- Oriente paciente a parar de traumatizar a unha.
- Se houver pus, incisione e drene.
- Oriente banhos em salmora morna por 20 minutos, 2 vezes ao dia.
- Prescreva mupirocina 2% creme na área afetada 2 vezes ao dia após a salmora por 5-10 dias. Se mupirocina não disponível, considere neomicina 5mg/g +bacitracina 250UI/g.
- Se dor intensa, pus, infecção além das pregas ungueais ou temperatura ≥ 38°C, prescreva cefalexina 500mg a cada 6 horas por 7 dias.
- Se não responder, discuta.

Unhas desfiguradas esbranquiçadas/amareladas

© University of Cape Town

Provável
infecção fúngica (**onicomicose**)

- Teste para HIV ⮌ 116 e avalie necessidade de testar para diabetes ⮌ 131.
- Onicomicose é difícil de tratar.
- Trate se:
  - Celulite prévia no membro afetado
  - Diabetes
  - Unha dolorida
  - Preocupações estéticas
- Considere solicitar microscopia e cultura para confirmar diagnóstico antes de iniciar tratamento.
- Se infecção fúngica confirmada, prescreva fluconazol 150mg por semana até cura (pode levar até 12 meses).

Descoloração ou cor azulada/marrom/preta da unha

CDC Public Health Image Library

Trauma recente na unha?

Sim

Provável **hematoma**

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

Não

- Psoríase pode descolorir as unhas. Se psoríase na pele ⮌ 84.
- Revise medicamentos: cloroquina, fluconazol, lamivudina, fenitoína e zidovudina podem descolorir as unhas: discuta.
- Encaminhe ou discuta com prioridade para excluir melanoma (figura acima) se:
  - Mancha escura nova em 1 unha que vem crescendo rapidamente sem trauma prévio
  - Descoloração 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.

Autoagressão ou suicídio

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

Paciente tentou autoagressão ou suicídio?

Sim

- Primeiro avalie e maneje vias aéreas, respiração, circulação e nível de consciência ↩ 24.
- 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

Tem **pensamentos** atuais de cometer autoagressão/suicídio?

Sim: tem **plano**[1] atual definido de cometer autoagressão suicídio?

Sim

Não

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

Não

Sim

Está agitado, violento, aflito ou incomunicável?

Sim

Não

Não

Risco iminente de autoagressão ou suicídio é alto

Risco iminente de autoagressão/ suicídio é baixo

Avalie e aconselhe →98.

- 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 ↩ 99.
- 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**:

Paciente tem suporte familiar/social que possa garantir segurança permanente, inclusive remover acesso a meios letais (como armas, medicamentos, venenos, cordas)?

Não

- Considere internação, encaminhe com urgência. Se dúvidas, discuta.
- Se doença mental grave e oposição à internação, discuta com especialista para considerar internação involuntária.

Sim

Sim: paciente consegue aderir ao plano de segurança[2] para manejo da ideação suicida?

Não

- Considere internação, encaminhe com urgência. Se dúvidas, discuta.
- Se doença mental grave e oposição à internação, discuta com especialista para considerar internação involuntária.

Sim

- 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[2].
- Se decidir por não internar, discuta opções de manejo.

[1]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?'. [2]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 ↩ 147.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
Outro transtorno mental	Toda consulta	Se alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, discuta com psiquiatra no mesmo dia.
Estressores	Toda consulta	• Avalie e maneje o estresse ↩ 101. • Ajude identificar estressores psicossociais. Pergunte sobre traumas, violência sexual ↩ 102, problemas familiares/relacionamento, dificuldades financeiras, luto, doenças crônicas.
Condições crônicas	Toda consulta	• Se dor crônica, avalie e maneje dor ↩ 75 e condição de base. • Se paciente tem uma doença terminal, considere oferecer também cuidados paliativos ↩ 167.

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.

Acione suporte psicossocial
- 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 ↩ 178.

Plano de segurança
- Elabore um plano de segurança[2] 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 ↩ 97 e discuta/encaminhe para profissional de saúde mental.

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]Um plano de segurança contém estratégias para lidar com os pensamentos e comportamentos suicidas.

Paciente agressivo/descontrolado

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

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

Maneje:

- Garanta segurança sua/paciente/outros: peça que segurança esteja presente, chame polícia se necessário. Eles devem desarmar 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 ↩ 100.
- 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

- 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 agessivo/descontrolado após 30 minutos

Não

Paciente recusa medicamento oral

Decida qual medicamento usar para sedar paciente de acordo com provável causa:

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).

Sem resposta
- 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 espamos 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, revalie a condição de base e maneje ↩ 100.

Discuta no mesmo dia com psiquiatra para considerer 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 ⮌ 99. Faça sedação somente se absolutamente necessário.
- Se início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou **AIT** →141.
- Se acabou de ter uma convulsão →28.
- Se trauma craniano recente →27.
- Se falta de ar ou frequência respiratória > 30 e SaO2 < 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 ⮌ 26 ou se diabetes e < 70 ⮌ 133.
- 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 crepitações pulmonares.
- Se pensamento ou comportamento suicida ⮌ 97.
- 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 delirium, mania, psicose, intoxicação, abstinência ou envenenamento e maneje antes de encaminhar:

Variação do nível de consciência por horas/dias: provável **delirium**

Se Tax ≥ 38ºC, rigidez de nuca/meningismo ou rash vermelho/purpúrico, provável **meningite**: aplique ceftriaxona 2g IM.

Anormalmente feliz, energético, falante, irritado ou imprudente

Considere **mania**

Falta de autopercepção com ≥ 1 de:
- Alucinações (ver/escutar coisas)
- Delírios (crenças incomuns/bizarras)
- Fala ou comportamento desorganizado

Considere **psicose**

Pupilas dilatadas, paranoia, inquietação, náusea, sudorese ou FC ≥ 100, PA ≥ 140/90

Provável **intoxicação por droga estimulante**
Se pulso irregular, dor no peito ou PA ≥ 140/90, faça ECG, se disponível, e contate o Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001) para orientações.

Odor alcoólico, fala arrastada, descoordenação, instabilidade de marcha

Provável **intoxicação alcoólica**
- Aplique tiamina[1] 200mg EV/IM.
- Aplique cloreto de sódio 0,9% 1L cada 6 horas.
- Procure por trauma craniano.

Usuário de álcool/drogas que parou/reduziu uso apresentando tremor, sudorese, náuseas, inquieração/agitação intensa ou alucinações

Provável **abstinência álcool/drogas**
- Se não tiver feito sedação, dê diazepam 10mg oral ou EV.
- Se abstinência alcoólica, também dê tiamina[1] 200mg EV/IM e solução de reidratação oral.
- Se ≥ 8 horas desde último uso de álcool, inicie desintoxicação alcóolica ⮌ 145.

Expoisção via ingestão, inalação ou absorção de medicamento ou substância desconhecida

Provável **envenenamento**
Contate urgentemente o Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001) para orientações.

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 ⮌ 150.
- 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 ⮌ 133.
- Paciente com alcoolismo conhecido que de maneira geral está bem: se sintomas resolveram uma vez que paciente ficou sóbrio, não necessita encaminhar ⮌ 145.

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** →152.
- Se diagnóstico incerto: discuta ou encaminhe para investigações adicionais.

[1]De acordo com apresentação disponível, aplique vitamina B1+B6+B12 (100mg + 100mg + 500mcg) solução injetável 4mL IM.

Tristeza, estresse ou nervosismo

Atenda com urgência paciente triste, estressado ou com nervosismo com pensamentos ou comportamento suicida ↩ 97.

Avalie paciente triste, estressado ou com nervosismo. Se depressão conhecida, ofereça ao invés cuidados de rotina para depressão →148.

Avalie	Observações
Ansiedade	• Se preocupação excessiva com comprometimento de funções/angústia por pelo menos 6 meses e ≥ 3 de: tensão muscular, dificuldades para dormir, baixa concentração, cansaço, inquietação, irritação: considere **transtorno de ansiedade generalizado** ↩ 148. • Se ansiedade é induzida por situação/objeto específico (**fobia**) ou medo súbito repetitivo com sintoma físico e sem causa aparente (**pânico**), discuta/encaminhe.
Depressão	No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↩ 147.
Uso álcool/drogas	No ultimo ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
Demência	Se por ao menos 6 meses ≥ 1 de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menos capaz para atividade diária/laboral/social: considere **demência** ↩ 152.
Trauma/abuso	Paciente teve uma experiência ruim que está causando pesadelos, flashbacks, evitação de pessoas/situações, nervosismo ou sensação de distanciamento? Se sim ↩ 102.
Estressores	• Ajude identificar estressores psicossociais. Pergunte sobre problemas familiares/relacionamento, dificuldades financeiras, luto, doenças crônicas. • Se paciente tem uma doença incurável, ofereça também cuidados paliativos ↩ 167. • Se idoso, pergunte sobre solidão e, se disponível, encaminhe para grupos/clubes/associações para idosos.
Saúde da mulher	• Se parto recente, ofereça cuidados de puerpério ↩ 164. • Se > 40 anos pergunte sobre sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir e problemas sexuais ↩ 166.
Medicamento	Revise medicamentos: corticoides, propranolol, metoclopramida teofilina, pílula combinada e efavirenz. Considere contraceptivos alternativos, se necessário ↩ 157.

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 ↩ 103.

Incentive 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 ↩ 178.

- Se estressores identificados, discuta possíveis soluções. Comunique-se efetivamente ↩ 14. 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.

[1]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 ⮌ 27 • Pensamentos ou comportamento suicida ⮌ 97 • 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[1].
- Verifique status vacinal de tétano: se vacinação incompleta ou desconhecida ou última dose > 5 anos, prescreva vacina dT.
- Previna ISTs: prescreva ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g oral em dose única. Se corrimento vaginal com odor fétido ou teste KOH positivo, também prescreva metronidazol[2] 2g dose única.
- Faca teste de gravidez. Se gestante ⮌ 159. Se não está gravida 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 ⮌ 180), 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 referencia (faça contato prévio ⮌ 180/carta de referência). Evite exame físico que comprometa coleta de evidência criminal.
  - Prescreva PEP para HIV ⮌ 104
- 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 ⮌ 157. Se gestante ⮌ 159.
Saúde mental	Toda consulta	• Avalie e maneje o estresse ⮌ 101. • No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ⮌ 147. • No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[3]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ⮌ 145. • Se ≥ 3 dos seguintes por > 1 mês: 1) Pesadelos ou pensamentos/flashbacks involuntários 2) Evita certas situações/pessoas 3) Constantemente defensivo, vigilante ou assustado 4) Entorpecido ou separado das pessoas, atividades ou lugares: considere **transtorno de estresse pós-traumático**, discuta.
HIV	1ª visita. Se negativo, repita 4 semanas, 3 meses	Teste para HIV ⮌ 116. Se em uso de PEP para HIV ⮌ 105.
Sífilis	1ª 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 TNT. Interprete resultado ⮌ 66.
Hepatite B	1ª visita. Se negativo, repita 6 meses	Se tem registro de anti-HBs ≥ 10 UI/mL, considere imune. Se não, teste para HBV ⮌ 122 e repita em 6 meses
Hepatite C	1ª visita. Se negativo, repita 3 e 6 meses	Teste para hepatite C ⮌ 123.

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 ⮌ 180.
- 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.

[1]Imunoglobulina anti-hepatite B. [2]Evitar álcool até 24 horas após metronidazol via oral. [3]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 roncos persistentes ↩ 45. Se pernas inquietas, discuta para avaliação.
- Se paciente tem algum dos seguintes: FC ≥ 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.

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 ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.

Faça avaliação de saúde mental

- Se estresse ou nervosismo ↩ 101
- Se evento traumático com ≥ 3 dos seguintes por > 1 mês: 1) Pesadelos ou pensamentos/flashbacks involuntários 2) Evita certas situações/pessoas 3) Constantemente defensivo, vigilante ou assustado 4) Entorpecido ou separado das pessoas, atividades ou lugares: considere **transtorno de estresse pós-traumático**, discuta.
- No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↩ 147.
- Se pensamentos ou comportamentos atípicos ↩ 100.
- Se por ao menos 6 meses ≥ 1 de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menos capaz para atividade diária/laboral/social: considere **demência** ↩ 152.

Pergunte sobre sintomas de menopausa

- Se mulher > 40 anos pergunte sobre sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor e problemas sexuais. Se presentes ↩ 166.

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 o relógio. Se não dormir após 20 minutos, faça alguma atividade de baixa energia (leia um livro, caminhe pela casa). Uma vez cansado, retorne para a cama.
  - Mantenha um diário do sono, revise a cada consulta.
- Evite medicamentos para dormir: podem causar dependência e efeitos adversos (sonolência diurna, tontura, confusão, problemas de memória, maior risco de quedas e acidentes de carro).
- Reavalie o paciente regularmente. Uma boa relação entre a equipe e o paciente pode ajudar.

Se problemas com atividades diárias, sonolência diurna, irritabilidade, ansiedade ou dor de cabeça, sem melhora com 1 mês de higiene do sono: discuta.

[1]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 o 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?

Não

- Tranquilize que a transmissão de HIV e hepatite B é improvável.
- Não prescreva profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV ou hepatite B.
- Se dúvidas, discuta.

Sim

Houve contato sexual, acidente perfurocortante, respingos nos olhos, boca, nariz ou pele não íntegra?

Não

- Tranquilize que a transmissão de HIV e hepatite B é improvável.
- Não prescreva profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV ou hepatite B.
- Se dúvidas, discuta.

Sim

- **PASSO 1: atenda paciente imediatamente:**
  - Se violência sexual ↺ 102.
  - 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[1].
  - 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:**

Paciente HIV positivo

- Teste para HBV ↺ 122 e HCV ↺ 123.
- Se exposição sexual, também teste para sífilis ↺ 66.
- Não prescreva profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV, ofereça cuidados de rotina para HIV ↺ 117.

Paciente previamente HIV negativo ou desconhecido: faça teste rápido de HIV ↺ 116.

Paciente positivo

Paciente negativo

Paciente com resultados discordantes

Paciente recusa teste ou teste rápido indisponível

Verifique status de HIV da fonte, se possível: faça teste rápido de HIV ↺ 116.

Fonte negativa *e não em risco*[2] de infecção pelo HIV

Não prescreva PEP para HIV.

Fonte negativa *e em risco*[2] de infecção pelo HIV

Fonte positiva/resultados discordantes *ou* desconhecida *ou* recusa teste/teste indisponível

- **PASSO 3: se ≤ 72 horas desde a exposição, Prescreva profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV:**
  - Prescreva tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300/300mg e dolutegravir (DTG) 50mg ao dia por 28 dias.
  - Se usa rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital, dobre dose do DTG para cada 12 horas.
  - Se TFGe < 60 conhecida, dê zidovudina/lamivudina (AZT/3TC) 300/150mg cada 12 horas ao invés de tenofovir/lamivudina.
  - Se fonte em uso regular de TARV e CV indetectável há ≥ 6 meses, discuta para avaliar se PEP para HIV é necessária.
- Se teste rápido de HIV discordante ou não realizado: solicite HIV laboratorial e revise resultado em até 3 dias.
- **PASSO 4: teste paciente/fonte para HBV[3] ↺ 122, HCV ↺ 123 e se exposição sexual, para sífilis ↺ 66 e previna gravidez ↺ 157.**
  - Se HBV positivo, não pare PEP e discuta/encaminhe.

Se paciente hepatite B (HBsAg) negativo/desconhecido, verifique status da vacina contra hepatite B: recebeu 3 doses da vacina contra hepatite B?

Sim: solicite anti-HBs[4] (revise resultado em até 48h-72h) ou verifique se tem resultado prévio

Não/não sabe: aplique 1 dose da vacina contra HBV

PASSO 5: aconselhe, revise resultados dos exames e avalie necessidade de profilaxia pós-exposição (PEP) para hepatite B →105.

[1]Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/encaminhe para soro/imunoglobulina antitetânica. [2]Sexo desprotegido no último mês. [3]Se paciente já tem registro de anti-HBs ≥ 10mUI/mL, considere paciente imune contra HBV (não é necessário testar para HBV, nem repetir anti-HBs, PEP para HBV não está indicada). [4]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.

Reavalie paciente em profilaxia pós-exposição (PEP)

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

- Oriente que efeitos adversos (náuseas, dor abdominal, flatulência) são leves, não deve parar PEP. Pode usar medicamentos sintomáticos. Se outros efeitos/piora importante, 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 exposição. Considere oferecer PrEP após terminar PEP ↩ 106.

Avalie	Quando avaliar	Observações
Adesão, efeito adverso	2 semanas	Avalie adesão e pergunte sobre efeitos adversos ↩ 121. Se presentes, não pare PEP e considere medicamentos sintomáticos. Se sintomas de maior intensidade ou não esperados, discuta e considere solicitar exames complementares (TGP, creatinina, outros).
HIV	1ª consulta, 4-6 semanas e 3 meses	Teste para HIV ↩ 116. Se positivo, ofereça cuidados ↩ 117.
Hepatite B	1ª consulta[1]	Teste para hepatite B ↩ 122. 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 ↩ 123. 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 ↩ 66.
Rastreio urinário de clamída (CT) / gonococo (NG)	Se disponível: 4-6 semanas	• Se CT e NG detectáveis ou NG detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: prescreva dose única de ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g via oral. • Se somente CT detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: prescreva dose única de azitromicina 1g via oral.
Resultados da fonte (se realizados)	-	Interprete resultados do teste de hepatite B ↩ 122, hepatite C ↩ 123 e sífilis ↩ 66.

Avalie necessidade de PEP para hepatite B no paciente que tem teste rápido/HBsAg não reagente: paciente recebeu 3 doses da vacina contra hepatite B?

Sim: verifique resultado do anti-HBs[2] do paciente

Anti-HBs ≥ 10mUI/mL

Paciente imune contra HBV

Paciente imune contra HBV

Não há necessidade de PEP para HBV, paciente está protegido contra HBV e não precisa mais testar para HBV e nem repetir anti-HBs.

Anti-HBs < 10mUI/mL: verifique resultado do teste rápido/HBsAg da fonte

Fonte negativa; *ou* desconhecida e exposição não foi violência sexual/acidente perfurocortante

- Aplique no paciente mais 1 dose de vacina contra HBV[3].
- Repita anti-HBs em 4 semanas:

Anti-HBs ≥ 10mUI/mL

Paciente imune contra HBV

Não há necessidade de PEP para HBV, paciente está protegido contra HBV e não precisa mais testar para HBV e nem repetir anti-HBs.

Anti-HBs < 10mUI/mL

Complete total de 6 doses da vacina contra HBV em 1 e 6 meses, repita anti-HBs[6] e 4 semanas após última dose e interprete.

Fonte positiva; *ou* desconhecida e exposição foi por violência sexual/acidente perfurocortante

- Encaminhe paciente para IGHAHB[4].
- Aplique mais 1 dose de vacina contra HBV[5].

Complete total de 6 doses da vacina contra HBV em 1 e 6 meses, repita anti-HBs[6] e 4 semanas após última dose e interprete.

Nao ou não tem certeza

Verifique resultado do teste rápido ou HBsAg da fonte

Fonte positiva ou desconhecida

Se fonte desconhecida e exposição por violência sexual/acidente perfurocortante *ou* fonte positiva, encaminhe paciente para IGHAHB[4].

Se ainda não realizado, aplique no paciente 1 dose de vacina contra HBV e complete doses faltantes. Solicite anti-HBs 4 semanas após 3ª dose e interprete.

Fonte negativa

Se ainda não realizado, aplique no paciente 1 dose de vacina contra HBV e complete doses faltantes. Solicite anti-HBs 4 semanas após 3ª dose e interprete.

[1]Se paciente já tem resgitro de anti-HBs ≥ 10mUI/mL, considere paciente imune contra HBV (não é necessário testar para HBV, nem repetir anti-HBs, PEP para HBV não está indicada). [2]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. [3]Se paciente já completou previamente 2 ciclos de vacinas contra HBV (6 doses), omita novas doses, considere suceptível ao HBV (não respondedor) e não repita anti-HBs. Se anti-HBs < 10mUI/mL coletado < 6 meses da última dose da vacina contra HBV, prescreva um total de 6 doses da vacina e repita anti-HBs em 4 semanas após última dose. [4]IGHAHB (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. [5]Se paciente já completou previamente 2 ciclos de vacinas contra HBV (6 doses), omita a vacina e encaminhe para 2° dose de IGHAHB após 4 semanas da 1ª dose. [6]Colete 4 semanas após 6ª dose da vacina contra HBV ou 6 meses após IGHAHB.

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.

Atenda com urgência paciente que deseja PrEP:
Se sexo desprotegido (anal ou vaginal) ou acidente perfurocortante há ≤ 72 horas: avalie indicação de PEP → 104 (se PEP prescrita, agende retorno após terminar PEP para avaliar PrEP).

Avalie indicação de PrEP

- PrEP está indicada se paciente (a partir de 15 anos de idade) *deseja* usar PrEP *e* tem um ou mais dos seguintes fatores de risco para infecção pelo HIV:
  - Uso irregular de preservativos para sexo anal/vaginal
  - ISTs ou uso de PEP no último ano
  - Tem parceria(s) sexual(is) que tem HIV[1]
  - Troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia
  - Pratica *chemsex* (sexo sob influência de drogas - álcool, metanfetaminas, GHB, MDMA, cocaína, poppers, para aumentar/facilitar experiências sexuais) e diminui/perde julgamento sobre práticas sexuais e uso de preservativos
- Se pesa < 35Kg, tem história de fratura óssea patológica, diagnóstico conhecido de osteoporose, doença renal conhecida com TFGe < 60 ou dúvidas, discuta antes de indicar/iniciar PrEP.

Aconselhe paciente sobre como reduzir risco de infecção pelo HIV e sobre PrEP

- Oriente reconhecer práticas sexuais de risco para infecção pelo HIV: 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: usar preservativos/gel lubrificante (forneça e oriente uso), testar regularmente para HIV/ISTs (paciente/parcerias), saber quando usar PEP.
- Aconselhe usar luvas se *fisting*, evitar compartilhar brinquedos sexuais e higienizar mãos, genitália, períneo, região anal e vibradores/plugs anais/vaginais antes e após relações sexuais.
- Explique que a PrEP é usada para prevenir infecção pelo HIV, protege uma pessoa HIV negativa de contrair HIV. Para usar PrEP é preciso testar regularmente para HIV.

Abordagem de paciente que deseja e tem indicação de PrEP

Paciente está motivado(a) e preparado(a) para iniciar PrEP, aderir ao uso do medicamento e retornar para visitas de monitoramento (um retorno em 30 dias e retornos pelo menos cada 4 meses)?

Não

- Aconselhe e motive paciente seguir orientações de sexo seguro/prevenção combinada.
- Oriente retornar para reavaliar se motivado(a) e preparado(a) para iniciar PrEP.
- Teste para HIV ↩ 116 e avalie indicação e ofereça teste para hepatite B ↩ 122, hepatite C ↩ 123 e sífilis ↩ 66.

Sim

Teste para HIV ↩ 116 (se ainda não tiver feito nesse consulta). Maneje resultado:

HIV positivo

- Não prescreva PrEP.
- Ofereça cuidados de rotina para HIV (inicie TARV em < 7 dias) → 117.

HIV negativo
Paciente teve sexo anal (ativo ou passivo) ou vaginal (insertivo ou receptivo) desprotegido ou acidente perfurocortante nas últimas 4 semanas?

Não

Inicie PrEP → 107.

Sim: avalie sintomas de infecção aguda pelo HIV
Paciente teve um ou mais dos seguintes nas últimas 4 semanas: 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?

Não
Inicie PrEP → 107, garanta que realize teste de HIV 30 dias após iniciar PrEP e oriente retornar se sinais/sintomas de infecção aguda pelo HIV.

Sim: considere possibilidade de **infecção aguda pelo HIV**

- Não prescreva PrEP.
- Se sintomas atuais, maneje conforme página do sintoma.
- Solicite carga viral de HIV[2] e discuta, ou repita teste de HIV após 4 semanas da última exposição sexual desprotegida/acidente perfurocortante.

[1]Se parceria que vive com HIV está em tratamento regular > 6 meses e carga viral indetectável ela não transmite HIV por via sexual, porém paciente tem autonomia para decidir se quer usar PrEP. [2]Se CV detectável (qualquer valor) e teste de HIV não reagente, 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 4 meses

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas de infecção aguda pelo HIV[1]	Se necessário	Se iniciando/reiniciando PrEP ou perdeu proteção ↩ 108 e sexo (anal ou vaginal) desprotegido há < 30 dias, avalie sintomas de infecção aguda pelo HIV[1] nas últimas 4 semanas. • Se presentes, não inicie/reinicie PrEP, teste para HIV ↩ 116 e, se negativo, solicite carga viral de HIV e discuta para interpretar resultado[2].
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 ↩ 62.
Medicamentos	Toda consulta	Verifique medicamentos em uso (prescritos, isentos de prescrição, plantas) para possível interação com PrEP e nefrotoxidade.
Adesão	Toda consulta	Pergunte sobre padrão de uso da PrEP e doses perdidas nos últimos 30 dias. Se má adesão, ofereça apoio para aumentar adesão ↩ 16.
Efeitos adversos	Toda consulta	Pergunte sobre efeitos adversos da PrEP ↩ 108. Reforce orientação que geralmente resolvem em algumas semanas. Se dúvidas, discuta.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[3]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
Contracepção	Toda consulta	Avalie necessidades de contracepção ↩ 157 e planos de gravidez. Se planos, prescreva ácido fólico ↩ 23. Se gestante, ofereça cuidado pré-natal ↩ 159.
Teste rápido de HIV	Iniciando PrEP, 1 mês após iniciar PrEP, cada 4 meses	• Teste para HIV ↩ 116. • Se negativo: continue/inicie PrEP. • Se positivo: pare/não inicie PrEP, se em PrEP solicite genotipagem pré-tratamento, inicie TARV (até 7 dias), ofereça cuidados de rotina ↩ 117 e encaminhe com prioridade.
Carga viral HIV (CV)	Se necessário	Se iniciando/reiniciando PrEP ou perdeu proteção ↩ 108 *e* sexo anal ou vaginal desprotegido há < 30 dias *e* sintomas de infecção aguda pelo HIV[1] nas últimas 4 semanas, solicite CV: • Se CV detectável[2], pare/não inicie PrEP e discuta. Se CV indetectável, inicie PrEP. Se dúvidas, discuta.
Sífilis	1ª consulta[4], cada 4 meses	Se não tem história de sífilis, faça teste rápido. Se história de sífilis ou teste rápido não disponível, solicite TNT. Interprete ↩ 66. Se diagnóstico de sífilis, trate paciente e parceria dos últimos 90 dias ↩ 67.
Hepatite C	1ª consulta[4], cada 4 meses	Teste para hepatite C ↩ 123. Se hepatite C, não pare/mantenha PrEP e encaminhe/discuta para tratar. Se já teve hepatite C e tratou: • Solicite RNA-HCV cada 12 meses. Discuta para interpretar resultado.
Hepatite B	Se necessário[4]	• Se tem registro de anti-HBs > 10, considere paciente imune contra hepatite B: não é necessário testar para hepatite B. • Se não tem registro de anti-HBs > 10 ou anti-HBs < 10, teste para hepatite B ↩ 122: - Se HBsAg não reagente, repita teste cada 12 meses. Pode parar de repetir teste para hepatite B se tiver anti-HBs > 10. - Se HBsAg reagente, não pare PrEP, indique uso diário/consistente para evitar reativações de infecção pela hepatite B e encaminhe/discuta para tratar.
Anti-HBs e registro de doses da vacina contra HBV	Se necessário	• Se ≥ 3 doses da vacina contra HBV, solicite anti-HBs[5] ou verifique se já tem resultado de anti-HBs coletado após ≥ 3 doses: - Se anti-HBs < 10 e coletado < 6 meses da última dose, complete um total de 6 doses e repita anti-HBs[5]: • Se anti-HBs < 10, considere susceptível ao HBV, não aplique mais doses. - Se anti-HBs < 10 e coletado > 6 meses da última dose, prescreva mais uma dose e repita anti-HBs[5]: • Se anti-HBs < 10, complete um total de 6 doses e repita anti-HBs[5]: - Se anti-HBs < 10, considere susceptível ao HBV, não aplique mais doses. - Se anti-HBs ≥ 10 coletado após ≥ 3 doses não é necessário repetir. • Se < 3 doses da vacina contra HBV, complete um total de 3 doses e solicite anti-HBs[5] (interprete como acima).
Anti-HAV IgG	Se pratica sexo anal-oral: 1ª consulta	• Se não reagente, oriente vacinação (se disponível). Se completou vacinação, não é necessário repetir exame de anti-HAV IgG para comprovar imunidade. - Se vacinação não disponível, reforce medidas de prevenção como usar luvas se *fisting*, evitar compartilhar brinquedos sexuais e higienizar mãos, genitália, períneo, região anal e vibradores/plugs anais/vaginais antes e após relações sexuais. • Se reagente, considere paciente imune contra hepatite A.

Continue avaliando paciente iniciando ou em uso de PrEP → 108.

[1]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. [2]Se CV detectável (qualquer valor) e teste de HIV não reagente, discuta antes de confirmar a infecção pelo HIV. [3]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [4]Se tem testes realizados há < 15-20 dias, não é necessário repetir. [5]Colete anti-HBs preferencialmente 1-2 meses (até 6 meses) após última dose prescrita da vacina contra HBV.

Continue avaliando paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP

Avalie	Quando avaliar	Observações
Clamídia (CT) e gonococo (NG)[1]	Se disponível: 1ª consulta, cada 8 meses	• 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 somente CT detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: prescreva dose única de azitromicina 1g via oral.
Creatinina (calcule TFGe, use calculadora CKD-EPI 2021)	• Se entre 30 e 50 anos e não tem fatores de risco para redução da função renal[2]: 1ª consulta[3] e cada 12 meses • Se > 50 anos ou se tem fatores de risco para redução da função renal[2] (independente da idade): 1ª consulta[3] e cada 8 meses	• Se DM ou HAS descompensada ou história/registro de TFGe < 60, considere aguardar resultado da creatinina (TFGe) antes de iniciar PrEP. • Se TFGe ≥ 60, inicie/continue PrEP. • Se TFGe < 60, confirme com nova creatinina, verifique/pare AINEs e creatina[4]. Se paciente tem grande volume de massa muscular ou alta ingesta de proteína animal, calcule/compare TFGe com Cockcroft-Gault, discuta para interpretar resultados e considerar investigação complementar antes de parar PrEP. - Se TFGe < 60 confirmada, pare PrEP e repita creatinina após 2 meses. • Se TFGe ≥ 60, pode reiniciar PrEP. Se mantiver TFGe < 60, não reinicie PrEP e discuta para investigações adicionais.

Aconselhe paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP

- Oriente que PrEP somente é eficaz contra o HIV e não previne outras ISTs, sendo necessário uso de preservativos com gel lubrificante (forneça e oriente uso) para prevenir outras ISTs.
- Oriente que PrEP pode ser usada com hormônios para pessoas trans ou contraceptivos hormonais, e também pode ser usada se gestação ou amamentação.
- Oriente 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.
- Oriente 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 ↺ 180.
- Oriente **iniciar PrEP no mesmo dia da consulta ou em até 7 dias da data do teste de HIV** e que é necessário tomar corretamente para garantir que funcione. Oriente como iniciar **PrEP diária**:
  - Se *não* faz sexo vaginal receptivo (*não* é mulher cis/homem trans) E *não* usa hormônio com estradiol, iniciar com 2 comprimidos, com proteção completa já após 2 horas, então seguir com 1 comprimido ao dia.
  - Se faz sexo vaginal receptivo (é mulher cis/homem trans) OU usa hormônio com estradiol, iniciar com 2 comprimidos, seguido de 1 comprimido ao dia, com proteção completa só após 7 dias.
- Se *não* faz sexo vaginal receptivo (*não* é mulher cis/homem trans) *e* sexo ≤ 1 dia na semana *e não usa* hormônio com estradiol *e* HBsAg não reagente *e* deseja **PrEP sob demanda**, oriente como usar:
  - Tomar 2 comprimidos de 2h à 24h antes do sexo seguido de 1 comprimido ao dia por 2 dias (48 horas) após a última relação sexual para parar a PrEP.
- Oriente que pode tomar com ou sem comida, usar despertador/porta-comprimidos/alarme para ajudar lembrar e levar comprimidos suficientes se for viajar ou dormir fora.
  - Se **esquecimento**, tomar ao lembrar e retomar uso no horário habitual. Se esqueceu por > 24 horas: se uso diário, continuar 1 comprimido/dia; se sob demanda e sexo desprotegido, considere PEP ↺ 104.
  - Se *não* faz sexo vaginal receptivo (*não* é mulher cis/homem trans) E *não* usa hormônio com estradiol, a proteção é perdida se ≥ 4 dias sem PrEP ou se tomar < 4 comprimidos/semana.
  - Se faz sexo vaginal receptivo (é mulher cis/homem trans) OU usa hormônio com estradiol, a proteção é perdida se ≥ 2 dias sem PrEP ou se tomou < 6 comprimidos/semana. Reforce adesão.
- Se sexo desprotegido (anal ou vaginal) antes da PrEP começar a fazer efeito ou após perder a proteção, oriente procurar atendimento em até 72h após sexo desprotegido para avaliar uso de PEP.
- Oriente que **efeitos adversos** (vide tabela abaixo) são leves, melhoram em semanas e não deve parar a PrEP. Se necessário, pode usar medicamentos sintomáticos.

Aconselhe paciente quando e como parar/reiniciar a PrEP diária ou sob demanda

- PrEP pode ser iniciada e parada de acordo com desejo/motivação ou mudança de contexto vida/risco. Se HBsAg reagente, encaminhe/discuta para parar. Se HBsAg não reagente, oriente como parar PrEP:
  - Se *não* faz sexo vaginal receptivo (*não* é mulher cis/homem trans) E *não* usa hormônio com estradiol, tomar PrEP pelo menos 2 dias seguidos após última relação sexual desprotegida.
  - Se faz sexo vaginal receptivo (é mulher cis/homem trans) OU usa hormônio com estradiol, tomar PrEP pelo menos 7 dias seguidos após última relação sexual desprotegida.
  - Após parar PrEP, teste para HIV ↺ 116, reforce prevenção combinada: usar preservativos/gel lubrificante, saber quando usar PEP, testar regularmente para HIV/outras ISTs (paciente/parcerias).
- Se quiser reiniciar, oriente procurar atendimento para testar para HIV e avaliar necessidade de outros testes/avaliações antes de iniciar a PrEP.

Trate paciente iniciando/reiniciando ou em uso de PrEP diária ou sob demanda

- Se disponível, prescreva vacina contra MPOX (2 doses: 0 e 1 mês).
- Se iniciando ou reiniciando PrEP, prescreva medicamento por 30 dias. Se já em uso de PrEP, verifique quantos comprimidos ainda restam e prescreva medicamento suficiente para 4 meses.
  - Se usa PrEP sob demanda, prescreva quantidade suficiente para, se desejar, ele(a) poder migrar para uso diário até retorno em 4 meses.

Medicamento	Dose	Efeitos adversos
Tenofovir/Emtricitabina	300/200mg 1 vez ao dia ou sob demanda	Náuseas/vômitos, flatulência/diarreia/dor abdominal, dor de cabeça, cansaço, rash/coceira, mudanças de apetite.

Reavalia paciente iniciando/reiniciando PrEP em 20-25 dias e após cada 4 meses.

[1]Solicite detecção de CT/NG por biologia molecular (PCR) em amostra de urina para rastreio genital. [2]DM, HAS, DRC, história/registro de TFGe < 60 ou uso crônico de medicamento nefrotóxico. [3]Não aguarde resultado da creatinina para iniciar PrEP. [4]Creatina pode causar falso-aumento no valor da creatinina.

Avalie paciente que é contato de TB / Trate ILTB

Considere contato de TB se paciente teve contato próximo (no domicílio, escola ou trabalho) com caso de TB pulmonar ou laríngea ou com criança com TB independente da forma clínica.

Avalie paciente que é contato de TB

Se tem sintoma de TB[1], exclua TB →110. Se não tem sintomas de TB ou TB excluída, maneje conforme status de HIV (se necessário, teste HIV ↩ 116), história de tratamento de TB ou ILTB e idade:

HIV Negativo

Tem história de tratamento de TB ativa ou ILTB

- Não solicite PPD ou IGRA[2].
- Não trate ILTB. Se dúvidas, discuta.

Não tem história de tratamento de TB ou ILTB

< 10 anos de idade: solicite rx de tórax (se < 1 mês de idade, discuta)

Alterado

Discuta para investigar TB ativa.

Normal, solicite PPD ou IGRA (se < 2 anos de idade, solicite PPD):

PPD ≥ 5mm ou IGRA (+)[3]

Trate ILTB[4].

PPD < 5mm ou IGRA (-), repita em 8 semanas: qual resultado?

PPD aumentou ≥ 10mm ou IGRA (+)[3]

Trate ILTB[4].

PPD aumentou < 10mm ou IGRA (-)

Paciente não tem ITLB, oriente retornar se sintomas de TB[1].

≥ 10 anos de idade, solicite PPD:

< 5mm, repita em 8 semanas: quanto aumentou?

PPD aumentou ≥ 10mm

Trate ILTB[4].

≥ 5mm

Solicite rx de tórax:

Normal

Trate ILTB[4].

Alterado

Exclua TB →110.

HIV Positivo

Trate ILTB (Infecção latente por tuberculose)[4]

Paciente tem < 2 anos ou < 10 Kg ou é contato de caso de TB resistente à isoniazida ou tem intolerância à isoniazida ou é gestante[5]?

Sim para qualquer um

HIV positivo em uso de inibidor de protease[6] ou nevirapina?

Não

- Dê rifampicina[7] 15mg/kg (até 600mg) ao dia, 1h antes ou 2h após desjejum, 120 doses em 4 6 meses.
  - Se usa dolutegravir ou raltegravir, ajuste dose ↩ 121.
  - Se perdeu ≥ 60 doses ou ≥ 2 meses, discuta e reinicie tratamento.

Sim

Discuta.

Não para todos: rifapentina disponível?

Não: tem < 10 anos ou > 50 anos ou doença hepática?

Sim para qualquer um

HIV positivo em uso de inibidor de protease[6] ou nevirapina?

Não

- Dê rifampicina[7] 15mg/kg (até 600mg) ao dia, 1h antes ou 2h após desjejum, 120 doses em 4 6 meses.
  - Se usa dolutegravir ou raltegravir, ajuste dose ↩ 121.
  - Se perdeu ≥ 60 doses ou ≥ 2 meses, discuta e reinicie tratamento.

Sim

Discuta.

Não para todos

- Dê isoniazida[8] 15mg/kg (até 300mg) ao dia, 1h antes ou 2h após desjejum, 270 doses em 9-12 meses.
  - Se perdeu ≥ 90 doses ou ≥ 3 meses, discuta e reinicie tratamento.

Sim: HIV positivo em uso de inibidor de protease[6] ou nevirapina?

Sim

Não

- Dê rifapentina + isoniazida[8] semanal (com comida), 12 doses em 12-15 semanas.
  - Se perdeu ≥ 3 doses ou ≥ 3 semanas, discuta e reinicie tratamento.

Peso (kg)	Dose H	Dose P
10-15	300mg	300mg
16-23	500mg	450mg
24-30	600mg	600mg
> 30	700mg	750mg
Adulto	900mg	900mg

Se alcoolista, desnutrição, DRC, DM ou HIV, prescreva piridoxina 50mg/dia, se disponível.

Reavalie cada 30 dias para verificar adesão. Se má adesão: discuta, considere TDO (Tratamento Diretamente Observado) e envolva equipe multiprofissional de apoio.

[1]Tosse ≥ 3 semanas (ou ≥ 2 semanas se DM; ou qualquer duração se HIV, situação de rua, institucionalizada, indígena, migrante) ou perda de peso/sudorese noturna/ febre ≥ 2 semanas/dor no peito ao respirar/escarro sanguinolento. [2]PPD ou IGRA permanece positivo e não tem utilidade clínica. [3]Se IGRA indeterminado, considere para manejo no algoritmo como resultado positivo. Se dúvidas, discuta. [4]Se paciente com ILTB é contato de caso de TB resistente a ≥ 2 drogas, discuta para decidir sobre tratamento. [5]Se gestante, trate após parto. Se gestante com HIV, trate após 12 semanas. [6]Como atazanavir, darunavir, ritonavir. [7]Se é contato de TB resistente à rifampicina, discuta. [8]Se alcoolista ou doença hepática, discuta para considerar monitorar função hepática.

Tuberculose (TB): diagnóstico

- Investigue TB se tosse ≥ 3 semanas (ou ≥ 2 semanas se DM) 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, pessoa em situação de rua, privada de liberdade/insitucionalizada, indígena, imigrante considere investigar TB se tosse de qualquer duração e sem outra causa provável.

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

- FR ≥30 ou SaO2 < 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
- Tosse com sangue vivo
- Vômitos persistentes
- Nova fraqueza em braço/perna

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se SaO2 < 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 SaO2 < 90% ou falta de ar ou confusão mental *e* temperatura ≥ 38°C *e* remoção demorar > 2 horas: aplique ceftriaxona1g IM para possível **pneumonia bacteriana grave.**
- Colete 1 amostra de escarro para diagnóstico de TB. Monitore resultado.

Inicie investigação de TB em paciente que não necessita de atenção urgente

- Teste para HIV (faça teste rápido) ↩ 116.
- Colete e envie 1 amostra de escarro (após esforço de tosse e ao menos 2-5mL) para TRM-TB[1]. Anote na solicitação status do HIV e se já tratou TB (recidiva após cura ou reingresso após abandono).
  - Se não consegue escarrar, induza: nebulize com solução salina hipertônica 3%[2] por 15 min.
  - Se já tratou TB (independente do status de HIV): colete e envie 2 amostras (ao invés de uma) de escarro (uma da consulta e outra ao despertar no dia seguinte) e também solicite baciloscopia[3], cultura e TS[4].
  - Se HIV positivo e nunca tratou TB, também solicite cultura e TS[4].
- Também solicite (na mesma consulta) rx de tórax.
- Verifique resultado do escarro em 2-3 dias. Qual o resultado do TRM-TB[1] e/ou baciloscopia[3]?

MTB (*Mycobacterium tuberculosis*) detectado[5]

Diagnostique TB
Qual o resultado da resistência à rifampicina?

Resistência à rifampicina

Diagnostique TB resistente

- Colete e envie 1 nova amostra de escarro para TRM-TB[1] para confirmar resistência à rifampicina: se resultrados divergentes, discuta.
- Notifique, discuta e encaminhe com prioridade para iniciar tratamento em até 7 dias.

Sensibilidade à rifampicina ou não realizada (TRM-TB[1] não realizado por material insuficiente ou diagnóstico somente pela baciloscopia)

Diagnostique TB sensível
Notifique, ofereça cuidados de rotina e inicie tratamento para TB no mesmo dia →112.

MTB (*Mycobacterium tuberculosis*) não detectado[5]

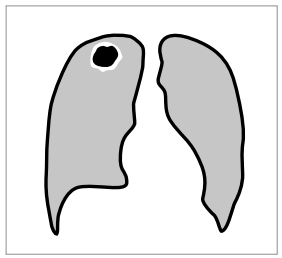
- Se febre ou tosse com escarro: prescreva amoxicilina 500mg cada 8 horas por 7 dias ou, se alergia à penicilina, dê ao invés azitromicina 500mg ao dia por 3 dias.
  - Se > 65 anos, uso de antibiótico < 3 meses, alcoolismo, HIV/DM mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer: dê amoxicilina/clavulanato 500/125mg 1g cada 8 horas por 5 dias mais azitromicina 500mg ao dia por 3 dias. Se alergia á penicilina: discuta alternativas; ou prescreva, se disponível, levofloxacina 750mg ao dia por 5-7 dias.

- Se não realizou TRM-TB[1] por material insuficiente e resultado somente pela baciloscopia[3]: discuta, considere coletar/enviar 1 nova amostra para TRM-TB[1] e interprete resultado.
- Se realizou TRM-TB[1] e:
  - HIV positivo: confirme se já realizou cultura e TS[4], verifique resultado.
  - HIV negativo e mantém sintomas: discuta e solicite cultura e TS[4] (para investigação de micobacteriose não tuberculosa, especifique motivo na solicitação).
  - HIV negativo e melhora dos sintomas: **TB improvável**, oriente retornar se sintomas.

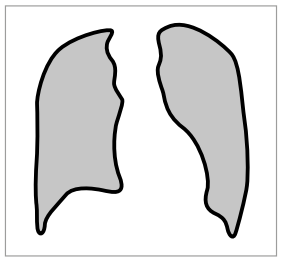
Verifique se laboratório já fez cultura e TS[3], se não: solicite nova amostra para cultura e TS[3]. Verifique resultado do rx de tórax, da cultura e TS[3] →111.

[1]TRM-TB - Xpert MTF/RIF Ultra: teste rápido molecular para tuberculose e avaliação de resistência a rifampicina. [2]Adicione 0,5mL de cloreto de sodio 20% a 5mL de cloreto de sodio 0,9%. [3]Se já teve TB e está investigando possível nova infecção ou reingresso após abandono, use baciloscopia/cultura para diagnosticar TB, e TS/resultado da resistência à rifampicina do TRM-TB. [4]Teste de Sensibilidade a drogas contra a tuberculose. [5]Se resultado é 'MTB detectado traços': se HIV positivo, considere como resultado positivo para MTB, diagnostique TB, revise resultado da cultura e TS assim que disponível. Se HIV negativo, colete 1 nova amostra de escarro para TRM-TB, cultura e TS, interprete resultado.

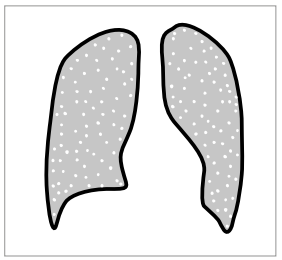
Interprete o rx de tórax:



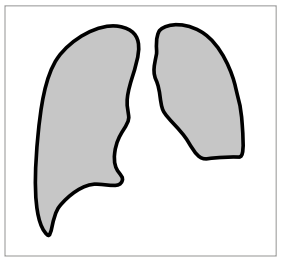
Cavitação de lobo superior



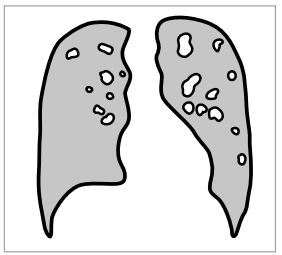
Linfadenopatia Intratorácica



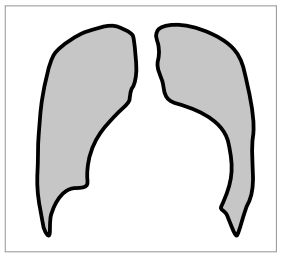
TB Miliar



Derrame pleural
Confirme com punção: encaminhe no mesmo dia



Qualquer opacificação/ões pulmonar/es em paciente com HIV



Derrame pericárdico: encaminhe no mesmo dia.

Rx de tórax como acima

- Se ainda sem diagnóstico de TB: **diagnostique TB pelo rx de tórax**
  - Se ainda não tiver feito: notifique, ofereça cuidados de rotina e inicie tratamento para TB →112.
- Se já tem diagnóstico de TB por TRM-TB[1] ou baciloscopia: mantenha cuidados de rotina ↩112.

Rx de tórax normal *ou* diferente do acima *ou* incerto

- Se ainda sem diagnóstico de TB:
  - Se PVHIV e CD4 ≤ 100, faça teste rápido urinário TB LAM, se disponível.
    - Se TB LAM positivo, discuta/encaminhe com prioridade para considerar diagnóstico de TB e iniciar tratamento no mesmo dia →112.
  - Investigue causas de tosse ↩ 49, febre ↩ 33 ou perda de peso ↩ 32.
  - Investigue TB extra-pulmonar:
    - Se dor abdominal, distensão ou diarreia, considere solicitar um USG abdominal e/ou discuta.
    - Se dor de cabeça, discuta para considerar investigação complementar com exame de imagem/punção lombar.
    - Se dor lombar, solicite rx de coluna lombar e/ou discuta.
    - Se linfonodo ≥ 2cm, discuta para considerar investigação com aspiração para citologia.
    - Se TB extra-pulomanar diagnosticada, discuta/encaminhe, ofereça cuidados de rotina e inicie tratamento para TB →112.
- Se já tem diagnóstico de TB por TRM-TB[1] ou baciloscopia e:
  - Rx de tórax normal, mantenha cuidados de rotina ↩112.
  - Rx de tórax diferente do acima ou incerto, discuta.

Revise o resultado da cultura de escarro e TS[2]:

Cultura positiva (*Mycobacterium tuberculosis* confirmado)

Sensibilidade aos fármacos

Diagnostique TB sensível
Se ainda não tiver feito: notifique, ofereça cuidados de rotina e inicie tratamento para TB no mesmo dia →112.

Resistência ao(s) fármaco(s)

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

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

- Se cultura negativa ou pendente ou não realizada:
  - Se sintomas persistentes e outras causas descartadas, discuta para considerar iniciar tratamento para TB baseado em diagnóstico clínico →112 ou solicitar TC de tórax.
  - Se melhora dos sintomas, oriente retornar se novos sintomas.
- Se cultura positiva para MNT, discuta e encaminhe com prioridade.

[1]TRM-TB - Xpert MTF/RIF Ultra: teste rápido molecular para tuberculose e avaliação de resistência à rifampicina. [2]Teste de Sensibilidade a drogas contra a tuberculose.

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	• Verifique sinais e sintomas de urgência ↩ 110. • Se febre, dor de garganta, dor de cabeça, sintomas nasais ou de olfato/paladar: também considere **COVID-19** ↩ 51. • Espere melhora gradual durante o tratamento para TB. **Se os sintomas piorarem ou não melhorarem: discuta**.
Contatos próximos	No diagnóstico	Avalie todas as pessoas que tiveram contato próximo (no domicílio, escola ou trabalho) com paciente com TB ↩ 109
Planejamento familiar	Todas as consultas	Avalie necessidade de contracepção, evite gravidez no tratamento ↩ 157. Evite contraceptivo oral combinado, prefira DIU ou injetável.
Adesão	Todas as consultas	Se dificuldade de adesão ↩ 16. Maneje paciente que interrompe o tratamento para TB ↩ 115.
Efeitos adversos	Todas as consultas	Pergunte sobre efeitos adversos do tratamento ↩ 114.
Uso de álcool/drogas	No diagnóstico; se má adesão	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
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 ↩ 147.
Cuidados paliativos	Se piorando	Se não responder ao tratamento e piorando, ofereça cuidados paliativos ↩ 167.
Peso e IMC	Todas as consultas	Se IMC < 18,5: discuta. Espere aumento de peso ao tratar, ajuste dose ↩ 113. Se perda de peso: verifique adesão, resultado TS[2] e discuta.
Rx de tórax	No diagnóstico e se necessário	• Repita em 2 meses e ao final do tratamento se diagnosticado pelo rx de tórax (escarro negativo, não realizado no diagnóstico) ou não consegue escarrar. • Repita (no mesmo dia) se piora ou tosse com sangue. • Interprete ↩ 111 e discuta.
Baciloscopia de controle[3] (uma amostra de escarro da manhã)	Mensal até final do tratamento	• Se não consegue escarrar, induza: nebulize com solução salina hipertônica 3%[4] por 15 min. Se não conseguir, avalie com rx de tórax (como acima). • Se baciloscopia negativa com 8 semanas, mude para a fase de manutenção do tratamento ↩ 113. • Se baciloscopia positiva com 8 semanas, maneje conforme o algoritmo para baciloscopia positiva com 8 semanas ↩ 115. • Use resultado das baciloscopias do 3º ou 4º ou 5º mês mais uma do 5º ou 6º mês de tratamento para decidir sobre cura.
Cultura e Teste de Sensibilidade (TS)[2]	No diagnóstico e se baciloscopia continuar positiva com 8 semanas	Interprete ↩ 111.
Resultado do tratamento	Ao completar tratamento	• São necessárias 2 baciloscopias negativas na fase de manutenção, uma no decorrer e outra ao final do tratamento (5º e 6º mês) para considerar cura. • Se baciloscopias do 3º ou 4º ou 5º mês mais a do 5º ou 6º mês forem negativas, pare tratamento, registre e notifique como **cura**. • Se baciloscopias do 4º ou 6º mês forem positivas, repita a baciloscopia. - Se baciloscopia positiva, registre e notifique como **falência de tratamento** e discuta. - Se baciloscopia negativa, discuta. • Se paciente é incapaz de produzir escarro (se necessário, induza) ou diagnóstico de TB no rx de tórax, solicite rx de tórax e interprete. • Se TB extra-pulmonar e paciente melhor/sem sintomas, considere como tratamento completado; se sintomas, discuta.
Teste rápido de HIV	No diagnóstico	Teste para HIV ↩ 116. Se HIV positivo, inicie/reinicie/mantenha TARV e ofereça cuidados de rotina ↩ 117. e, se necessário, ajuste TARV ↩ 113.

Aconselhe e trate paciente com TB → 113.

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilado, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]Teste de sensibilidade à drogas contra tuberculose. [3]Ao solicitar baciloscopia, verifique se laboratório realiza automaticamente ou é necessário solicitar a cultura e o teste de sensibilidade a drogas contra TB. [4]Adicione 0,5mL de cloreto de sódio 20% a 5mL de cloreto de sódio 0,9%.

Aconselhe paciente com TB

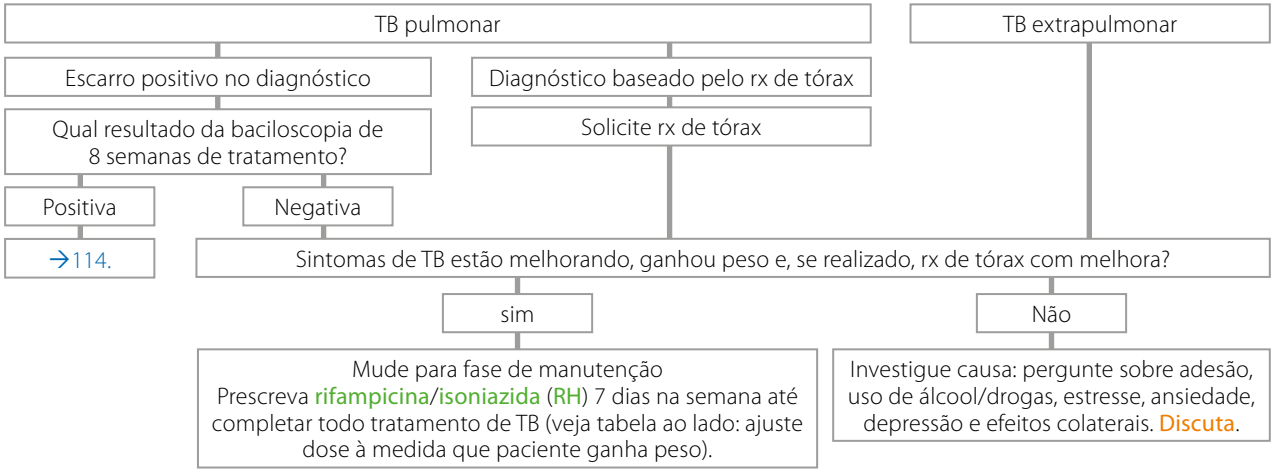
- Aconselhe/eduque sobre TB e importância da adesão para garantir o sucesso do tratamento e evitar desenvolvimento de resistências.
  - Se necessário, encaminhe paciente para acompanhamento com agente comunitário de saúde ou equipe multiprofissional de apoio.
- Dê suporte ao paciente com má adesão ↩ 16. Se interrompeu tratamento ↩ 115. Considere realizar 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 baciloscopia 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 baciloscopia estiver negativa.
  - Afaste do trabalho/escola inicialmente por 2 semanas e prolongue afastamento se necessário.
- Oriente paciente que faz uso arriscado de álcool/drogas. Uso arriscado de álcool/drogas interferem na recuperação e adesão ↩ 145.
- Estimule paciente tabagista a parar de fumar ↩ 146. Apoie paciente para mudança ↩ 15.
- Eduque paciente sobre efeitos adversos do tratamento ↩ 114 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, verifique necessidade de ajuste de TARV ↩ 121:
    - 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.

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

- **Após 8 semanas de RHZE (fase intensiva), decida se troca para RH (fase de manutenção):**



Fase de manutenção: 4 meses	
Peso	RH (300/150 ou 150/75)
20-35kg	1 comprimido de 300/150
36-50kg	1 comprimido de 300/150 mais 1 comprimido de 150/75
51-70kg	2 comprimidos de 300/150
> 70Kg	2 comprimidos de 300/150 mais 1 comprimido de 150/75

R – rifampicina **H** – isoniazida **Z** – pirazinamida **E** – etambutol

- **Decida a duração do tratamento:**
  - Se TB pulmonar ou extrapulmonar (exceto TB meningoencefálica e osteoarticular), prescreva fase de manutenção (RH) por 4 meses (total de 6 meses de tratamento).
  - Se TB meningoencefálica ou osteoarticular, 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 ↩ 114.

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	Suspenda todas os medicamentos e discuta/encaminhe no mesmo dia.
Rash/coceira	Maioria das drogas	Avalie e maneje ⮌ 81.
Alterações visuais	Etambutol	Suspenda todas os medicamentos e discuta/encaminhe no mesmo dia.

Náusea/perda de apetite	Rifampicina	Tomar tratamento junto com desjejum ou à noite. Prescreva metoclopramida 10mg cada 8 horas por até 5 dias. Se vômitos e dor abdominal, discuta e considere solicitar TGP
Dor articular	Pirazinamida	Prescreva ibuprofeno[1] 300mg a cada 8 horas por até 5 dias.
Urina avermelhada	Rifampicina	Tranquilize o paciente.
Queimação nos pés	Isoniazida	Prescreva piridoxina 50mg ao dia, se disponível. Se não melhorar com piridoxina 50mg, discuta para considerar ajustar dose ou outros tratamentos.

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

[1]1Tomar 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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

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

- Procure por explicações para o resultado: pergunte sobre adesão, uso de álcool/drogas ⮌ 145, estresse ⮌ 101 e efeitos adversos. Intensifique o suporte para adesão e eduque o paciente sobre os riscos da má adesão ⮌ 113.
- Colete e envie 1 amostra de escarro para TRM-TB[1] para avaliar resistência à rifampicina. Verifique resultado do TS[2] do diagnóstico e de 8 semanas quando disponível:

TS[2] do diagnostico não disponível ou com sensibilidade aos fármacos *e* TRM-TB[1] com sensibilidade à rifampicina

- Prolongue fase intensiva por 30 dias e verifique resultado do TS[2] (diagnóstico e 8 semanas) quando disponível.
- Com 12 semanas (3º mês da fase intensiva), envie uma amostra de escarro para baciloscopia, cultura e TS[2].

Baciloscopia positiva

- Verifique resultado do TS[2] do diagnóstico, de 8 semanas e de 12 semanas quando disponível.
- Discuta.

Baciloscopia negativa
Continue a fase de manutenção do tratamento para TB-S.

Ao final do 6° mês e no 7° mês, envie 1 amostra de escarro para baciloscopia, cultura e TS[2].

Baciloscopia positiva: repita a baciloscopia

Positiva
Resgistre e notifique como **falência de tratamento**.

Negativa

Discuta.

Baciloscopia negativa
- Pare o tratamento com 7 meses.
- Resgistre e notifique como **cura**.

Resistência ao(s) fármaco(s)

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

Maneje o paciente que interrompeu o tratamento para TB

- Faça busca ativa do paciente e investigue a razão do abandono. Pergunte sobre uso de álcool/drogas ⮌ 145, estresse ⮌ 101 e efeitos adversos.
- Intensifique o suporte para adesão e eduque o paciente sobre os riscos da má adesão ⮌ 113.
- Maneje a interrupção do tratamento de acordo com a duração da interrupção:

Interrompeu por < de 1 mês

- Continue o tratamento para TB.
- Paciente deverá compensar as doses que não tomou.

Interrompeu por > de 1 mês

- Notifique e registre como **abandono de acompanhamento**.
- Colete e envie 2 amostras de escarro para diagnostico de TB (laboratório fará TRM-TB - Xpert MTF/RIF Ultra[1], baciloscopia, cultura e TS[2]).
- Reinicie ciclo completo de tratamento para TB-S, notifique novamente e revise resultados.

Baciloscopia *ou* TRM-TB[1] com MTB detectado: mantém diagnóstico de TB

Sensibilidade à rifampicina ou não realizada
- Continue tratamento para TB-S e notifique retratamento.
- Verifique resultado da cultura e TS[2].

Resistência à rifampicina
Diagnostique TB resistente
- Colete e envie 1 nova amostra de escarro para TRM-TB[1].
- Notifique, discuta e encaminhe com prioridade.
- Verifique resultado da cultura e TS[2].

Baciloscopia *e* TRM-TB[1] com MTB não detectado

Revise sintomas e resultado da cultura e TS[2]: discuta para decidir sobre tratamento e investigações adicionais.

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

HIV: diagnóstico

Teste para HIV se:

- 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*[1] e diminui/perde julgamento sobre práticas sexuais e uso de preservativos
- Diagnóstico de tuberculose 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)
- Gestante (1ª consulta, 14-26 e > 28 semanas) ou puérpera 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/parcerias testar para HIV, oriente sobre HIV[2], obtenha consentimento verbal informado e então teste[3]: faça primeiro teste rápido de HIV - T1

Reagente

Não reagente

Faça teste rápido de HIV confirmatório - T2[4] (com metodologia, antígeno ou fabricante diferente)

Reagente

Não reagente

Repita ambos os testes rápidos de HIV (novo ciclo com T1 e T2 na mesma ordem)

Ambos os testes reagentes

Um reagente e um não reagente: solicite teste de HIV laboratorial[5]

Ambos os testes não reagentes

Reagente

Amostra inconclusiva

Não reagente

Repita teste de HIV laboratorial[5]

Repita teste de HIV laboratorial[4] após 30 dias ou solicite carga viral, discuta para interpretar.

Reagente

Amostra inconclusiva

Não reagente

Diagnostique infecção pelo HIV

- Identifique parcerias sexuais com risco de infecção e ofereça ajuda para revelar diagnóstico para cada uma.
- Incentive testagem de HIV para parcerias sexuais e filhos.
  - Se disponível, ofereça autotestes de HIV para paciente entregar para parcerias.
- Notifique.
- Ofereça cuidados de rotina do HIV (considere iniciar tratamento nessa consulta) → 117.

Repita teste de HIV laboratorial[5] após 30 dias ou solicite carga viral, discuta para interpretar.

Resultado do teste de HIV é negativo

Episódio de risco de infecção pelo HIV há < 4 semanas?

Sim

- Repita teste após 4 semanas do episódio de risco.
- Incentive paciente a praticar prevenção combinada/sexo seguro.

Não

Paciente não tem HIV

- Oriente prevenção combinada[6].
- Repita teste anualmente ou cada 6 meses se: uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas; troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia; usa drogas EV; ou pratica *chemsex*[1]. Se gestante, após 28 semanas de gestação. Se em PrEP, após 30 dias e cada 3-4 meses.

[1]Sexo sob influência de drogas (álcool, metanfetaminas, GHB, MDMA, cocaína, poppers) para aumentar/facilitar experiências sexuais. [2]Métodos de transmissão do HIV, fatores de risco, tratamento e benefícios de conhecer o status de HIV. [3]**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. [4]Se paciente tem autoteste reagente, a infecção pelo HIV também deve ser confirmada com T1 e T2. [5]Amostra será testada por duas metodologias distintas. [6]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 ⮌ 62.
Tuberculose ativa (TB)	Toda consulta	• Se tosse (independente da duração e sem outra causa provável), perda de peso, sudorese noturna ou febre, exclua TB ⮌ 110. • Se TB e iniciando/reiniciando TARV, inicie tratamento de TB, inicie TARV em até 7 dias ⮌ 120 e discuta/encaminhe com prioridade. • Se TB e em TARV, discuta/encaminhe com prioridade, trate TB (verifique interações medicamentosas ⮌ 180) e ajuste TARV ⮌ 121: se usa DTG ou RAL e rifampicina, dobre dose de (DTG 50mg ou RAL 800mg cada 12 horas) até 15 dias após tratar TB; se usa IPs (ATV, DRV, LPV, ritonavir), discuta e encaminhe para ajustar TARV ou tratamento de TB.
Adesão	Toda consulta	Verifique assiduidade nas consultas e histórico de dispensação TARV[1]. Se má adesão/absenteísmo, ofereça apoio para aumentar adesão/assiduidade ⮌ 16.
Efeitos adversos	Toda consulta	Pergunte sobre efeitos adversos da TARV ⮌ 121 e, se em uso, também da isoniazida para ILTB ⮌ 119, SMZ-TMP ⮌ 119 e azitromicina ⮌ 119.
Saúde mental	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 ⮌ 147. • No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[2]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ⮌ 145. • Se por ao menos 6 meses ≥ 1 de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menos capaz para atividade diária/laboral/social: considere **demência** ⮌ 152.
Saúde sexual	Toda consulta	• Pergunte sobre fatores de risco para IST (IST último ano, nova/múltiplas parcerias sexuais, uso irregular de preservativo). Se problemas sexuais ⮌ 73. • Se < 6 meses de TARV ou CV detectável, oriente PrEP para parcerias sexuais ⮌ 106.
Planejamento familiar	Toda consulta	• Oriente contracepção (verifique interações medicamentosas ⮌ 180 antes de prescrever ⮌ 157). Se risco de gravidez, solicite/realize teste de gravidez. Se gestante ⮌ 159. • Se planeja engravidar próximos meses, não pare TARV, prescreva ácido fólico ⮌ 23 e oriente esperar até CV indetectável.
Transmissão vertical	Se gestante ou amamentando	• Se gestante e não usa TARV, inicie/reinicie imediatamente ⮌ 120 e discuta/encaminhe com prioridade (infectologista e alto risco). • Se gestante e usa TARV, não pare e discuta/encaminhe com prioridade. Suspenda/contraindique amamentação, oriente fórmula e garanta acompanhamento do bebê.
Osteoporose	Se ≥ 40 anos	Rastreie cada 3 anos com FRAX® (www.abrasso.org.br/calculadora/calculadora)[3], interprete e avalie se necessita densitometria/tratamento.
RCV	Anualmente	Meça PA, se ≥ 140/90 ⮌ 136. Se HAS ⮌ 137. HIV é fator de RCV: se < 40 anos, maneje RCV ⮌ 130. Se ≥ 40 anos ou DCV[4], solicite CT, HDL e TG e avalie RCV ⮌ 128.
Peso (IMC)	Toda consulta	Se IMC < 18,5, encaminhe para nutricionista. Se perda de peso ≥ 5% em 4 semanas ⮌ 32. Se em DTG, monitore peso e reforce estilo de vida saudável.
Boca e pele	Toda consulta	Se lesões orais ⮌ 46, e discuta/encaminhe dentista. Se lesões em pele ⮌ 81.
Estágio clínico	Toda consulta	Avalie como tabela. Se estágio 3 ou 4: dê SMZ/TMP ⮌ 120 inicie/reinicie TARV imediatamente ⮌ 119, discuta e decida se encaminha com prioridade ou no mesmo dia.

Se 1 ou mais, considere estágio 3 (aids avançada):		**Se 1 ou mais, considere estágio 4 (aids avançada):**	
• TB pulmonar atual/outra infecção bacteriana grave	• Leucoplasia pilosa oral	• TB extrapulmonar ou pneumocistose ou ≥ duas PNM grave	• Candidíase esofágica
• Candidíase oral/vaginal persistente/recorrente	• Febre ou diarreia há > 30 dias	• Perda de peso inexplicada mais febre ou diarreia há > 30 dias	• Toxoplasmose
• Perda de peso (≥ 10%) inexplicada último ano	• HB < 8 ou neutrófilos < 500 ou plaquetas < 50.000	• Herpes genital ou em boca há > 1 mês; ou infecção por CMV	• Doença criptocócica
• Herpes zoster > 2 episódios/dermátomos		• Sarcoma de Kaposi ou linfoma ou câncer ou demência do HIV	• Diarreia (cryptosp./isosp. belli)

Rx de tórax	No diagnóstico	Interprete e exclua TB ⮌ 110 (se sem suspeita clínica de TB, não precisa aguardar rx de tórax para iniciar TARV). Se dúvidas, discuta/encaminhe.
IGRA ou, se IGRA não disponível, PPD	Se CD4 > 350 e sem sintomas de TB e nunca teve TB ou ILTB[5]	• Se PPD ≥ 5mm (positivo) ou IGRA positivo ou indeterminado[6]: reavalie rx de tórax recente para excluir TB ativa. Se não tem TB ativa, trate ILTB[5] ⮌ 119. • Se tem PPD ou IGRA prévio positivo documentado e não tratou ILTB[5] ou TB, trate ILTB[5] ⮌ 119. • Se PPD < 5mm (negativo) ou IGRA negativo: PPD é negativo, repita PPD ou IGRA anualmente.
Genotipagem pré-tratamento	Se necessário	Solicite se *nunca usou TARV* e um dos seguintes: uso de PrEP durante/após infecção, gestação atual, TB ativa, infecção por parceria com CV detectável em uso atual/prévio de TARV (risco de resistência transmitida) ou paciente com indicação de iniciar TARV com efavirenz. Não aguarde resultado para iniciar TARV. Discuta para interpretar.
Citopatológico	Se necessário	Se mulher cis ou homem trans: avalie necessidade de fazer rastreio do câncer de colo de útero ⮌ 69.

Continue avaliando paciente com HIV →118.

[1]Acesse https://laudo.aids.gov.br/. [2]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [3]Não é necessário solicitar densitometria/valor densidade óssea para calcular, selecione "sim" para osteoporose secundária (HIV e tratamento são fatores de risco). [4]IAM, AVC, AIT, angina ou doença arterial periférica. [5]Infecção latente por tuberculose. [6]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
• Sífilis, decida qual teste fazer ⮌ 66. • HBsAg, anti-HBc total, anti-HBs, anti-HCV, anti-HAV IgG • Rastreio de CT/NG (urina)[1], se disponível • CD4, carga viral • Creatinina (TFGe), PU, TGO, TGP, BT/F, HMG • Se ≥ 40 anos ou DCV[2]: CT, HDL, TG • Se não tem DM, rastreie (verifique qual teste fazer ⮌ 131.	• Se últimos há > 6 meses: - CD4, carga viral, - TGO, TGP, BT/F - **Se TDF**: creatinina, PU - **Se AZT**: HMG - **Se IPs ou EFV**: CT, HDL, TGC	• Carga viral • **Se TDF:** creatinina, PU • **Se AZT:** HMG	• CD4, carga viral • TGO, TGP, BT/F • HMG • **Se TDF:** creatinina, PU • CT, HDL, TGC	• CD4, carga viral • TGO, TGP, BT/F • HMG • **Se TDF:** creatinina, PU	• Sífilis ⮌ 66. • Carga viral • TGO, TGP, BT/F • **Se AZT:** HMG • **Se TDF:** creatinina, PU	• Rastreio de HCV ⮌ 123. • Se fator de risco[4]: CT/NG (urina)[1] • Se ≥ 40 anos: CT, HDL, TG • Se não tem DM, rastreie ⮌ 131. • HMG

AZT - zidovudina **EFV** - efavirenz **IPs** - atazanavir (ATV), darunavir (DRV), loponavir (LPV), ritonavir **TDF** - tenofovir

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sífilis	No diagnóstico, cada 6 meses	Teste para sífilis ⮌ 66. Se positivo, avalie sintomas oculares/neurológicos: se presentes, solicite punção lombar[3] 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	• Interprete HBsAg e anti-HBs ⮌ 122. - Se HBsAg reagente, discuta/encaminhe. Se HBsAg e anti-HBs não reagentes e anti-HBc total reagente, discuta. - Se HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs não reagentes, prescreva vacina hepatite B ⮌ 119. • Interprete anti-HCV ⮌ 123. Se não tem hepatite C (HCV), rastreie cada 12 meses ⮌ 123. Se diagnóstico de HCV, discuta/encaminhe. • Se anti-HAV IgG ou total não reagente: prescreva vacina hepatite A ⮌ 119. Se reagente: considere imune para hepatite A.
Clamídia (CT) e gonococo (NG)[1]	Se disponível: no diagnóstico e, se fator de risco[4], cada 12 meses	• 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 somente CT detectável, trate paciente e parcerias últimos 60 dias: prescreva dose única de azitromicina 1g via oral.
CD4	No diagnóstico ou reiniciando TARV, com 2 e 6 meses após TARV e então dependendo do resultado e condições clínicas do paciente	• Se CD4 ≤ 200, repita cada 3 meses até dois resultados consecutivos > 200 (com intervalo de 3 meses entre eles): então repita cada 6 meses. - Encaminhe com prioridade e se sem TARV, inicie/reinicie imediatamente e prescreva profilaxias ⮌ 119. • Se CD4 > 200: repita cada 6 meses. Se CD4 ≤ 350, encaminhe com prioridade e se sem TARV, inicie/reinicie imediatamente. Avalie profilaxia para ILTB ⮌ 119. • Se em TARV e carga viral indetectável e 2 resultados consecutivos > 350céls/mm³ e assintomático: não há necessidade de repetir/monitorar CD4.
Carga viral (CV)	• No diagnóstico ou reiniciando TARV após interrupção, com 2 meses e 6 meses, então cada 6 meses • Gestante: 1ª consulta, 1 mês após iniciar/trocar TARV e ≥ 34 semanas	• Se CV indetectável, repita cada 6 meses. Se CV há > 6 meses indetectável e usa efavirenz, discuta e considere troca por dolutegravir (DTG + TDF/3TC). • Se CV de 2 meses (1 mês se gestante) é ≥ CV basal: verifique/apoie adesão ⮌ 16, não pare TARV e discuta/encaminhe com prioridade. • Se > 6 meses de TARV e CV detectável: verifique/apoie adesão ⮌ 16, avalie medicamentos e interações com TARV, não pare TARV e repita CV após 4 semanas: - Se CV repetida detectável, diagnostique **falha virológica confirmada**, **não pare TARV**, discuta/encaminhe com prioridade (para manejo e genotipagem). • Se gestante e CV detectável, discuta e encaminhe com prioridade. Avalie CV ≥ 34 semanas para definir via de parto/profilaxias.
Creatinina (calcule TFGe), PU	No diagnóstico e se TDF: reiniciando após abandono, com 2 meses e 6 meses, então cada 6 meses	• Se TFGe basal < 60mL/min[5] ou proteinúria, não prescreva tenofovir (TDF) e discuta/encaminhe com prioridade para iniciar TARV. • Se em TARV e TFGe < 60mL/min[5], caindo ou proteinúria: pare/não prescreva AINEs, avalie PA ⮌ 136 e discuta/encaminhe com prioridade. - Se TFGe ≤ 15% da basal no 2º mês dedolutegravir (DTG), repita creatinina (TFGe) após 1-2 meses. Se TFGe igual/cair, discuta/encaminhe com prioridade.
TGO, TGP, BT/F	• No diagnóstico, cada 6 meses • Se náuseas/vômitos/dor abdominal ou icterícia	• Se TGO ou TGP basal/em TARV até 5 vezes LSN: revise status de hepatites, medicamentos, uso de álcool e discuta/encaminhe com prioridade. • Se TGO ou TGP em TARV 5-10 vezes LSN, discuta/encaminhe no mesmo dia. Se ≥ 10 vezes LSN, pare TARV e discuta/encaminhe no mesmo dia. • Se BT/F basal ou em TARV aumentada: revise hepatites, medicamentos, efeito adverso TARV ⮌ 121, uso de álcool e discuta/encaminhe com prioridade.
HMG	• No diagnóstico, 6 meses e anual • Se AZT: 2 meses e cada 6 meses	• Se Hb < 10g/dL ou neutrófilos < 1 000, evite zidovudina (AZT), discuta/encaminhe com prioridade para iniciar ou alterar TARV. • Se outras alterações, discuta.
CT, HDL e TGC (para avaliar RCV)	Se ≥ 40 anos ou com DCV[2]: no diagnóstico e repita conforme RCV	• Avalie/maneje RCV ⮌ 128. Interprete resultados ⮌ 130. Se RCV < 20% ou DCV[2], reavalie em 1 ano. Se ≥ 20%, em 6 meses. • Se RCV ≥ 20% ou DCV[2], discuta/encaminhe se usa ABC, LPV, DRV, ATV, ritonavir ou EFV. - Se indicação de estatina e usa LPV, DRV, ATV ou ritonavir: não prescreva sinvastativa, use atorvastatina ou pravastatina.
Diabetes (DM)	No diagnóstico, anualmente	Se não tem DM conhecida: se em TARV, solicite glicose; se não, verifique qual teste fazer ⮌ 131. Interprete ⮌ 132. Se tem DM conhecida ⮌ 133.

Aconselhe e trate paciente com HIV →119.

1Solicite detecção de CT/NG por biologia molecular (PCR) em amostra de urina para rastreio genital. [2]IAM, AVC, AIT, angina ou doença arterial periférica. [3]Solicite na punção lombar: citologia, proteínas e imunologia para sífilis. [4]Fatores de risco para CT/NG: IST no último ano, nova ou múltiplas parcerias sexuais, uso irregular de preservativos. [5]Se TFGe < 60mL/min, 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 < 6 meses de TARV ou CV detectável, oriente PrEP para parcerias sexuais ↩ 106.
- 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 ↩ 120
- 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 reavalie em 2 semanas. Reforce importância do tratamento, envolva equipe multiprofissional e aconselhe retorno regular ou imediato se sintomas.
- Se fuma tabaco, motive parar ↩ 146. Apoie para mudança ↩ 15.

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) ↩ 120.
- Se está em TARV: mantenha tratamento (garanta prescrição com saldo para 180 dias).
  - Se usa efavirenz (EFV) e CV < 6 meses indetectável, discuta para considerar troca por dolutegravir (DTG).
  - Se falha virológica confirmada, contraindicação a TARV atual ou efeitos adversos intoleráveis: discuta/encaminhe com prioridade para considerar troca da TARV.
  - Se TB, ajuste TARV ↩ 121: 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[1] (1 dose) e então, após 2 meses prescreva vacina pneumocócica 23-v[1] (2 doses: 0 e 5 anos).
  - Meningocócica C conjugada[1] (1 dose e repita cada 5 anos), Haemophilus influenzae tipo b[1] (2 doses: 0 e 1-2 meses) e, se disponível e é homem cis ou mulher trans, vacina contra MPOX (2 doses: 0 e 1 mês).
  - Se HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs não reagente, vacina contra HBV[1] (4 doses dobradas: 0, 1, 2 e 6-12 meses). Se anti-HAV IgG não reagente, vacina contra hepatite A[1] (2 doses: 0 e 6-12 meses).
  - Se ≤ 45 anos e não vacinado para HPV, vacina contra HPV[1] (3 doses: 0, 1-2 e 6 meses).
  - Vacina contra influenza[1] anualmente, vacina contra COVID-19 (verifique recomendações atuais) e verifique necessidade de outras vacinas de rotina ↩ 23.
- Use resultado do CD4 (se não disponível, estágio clínico ↩ 117), 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 latente por tuberculose (ILTB): se início/reinício de TARV, planeje tratar ILTB após 30 dias de TARV	• Se sem sintomas de TB e TB excluída pelo rx de tórax e nunca teve/tratou TB ou ILTB e mais 1: - Cicatriz radiológica de TB não tratada. - CD4 > 350 com PPD/IGRA[2] positivo atual ou prévio sem tratamento de ILTB. - CD4 ≤ 350 (não necessita PPD/IGRA). • Se CD4 ≤ 100, solicite TB LAM: se positivo/indisponível, discuta. Se negativo, trate ILTB. • Se sem sintomas de TB e TB excluída pelo rx de tórax e é contato de TB.	• Decida o que prescrever (siga algoritmo a partir do quadro 'Trate ILTB') ↩ 109. - Se gestante, trate após 3º mês de gestação.	• Queimação, alfinetadas/agulhadas ou dormência dos pês (provável neuropatia periférica) ↩ 80. • Rash ↩ 81. • Hepatite: - Se icterícia: encaminhe no mesmo dia. - Se náuseas, vômitos, dor abdominal: solicite TGO, TGP e revise resultados em 24 horas ↩ 118.	• Se HP, pare após 12 doses de 12-15 semanas. Se perdeu ≥ 3 doses ou 3 semanas, reinicie. • Se H, pare após 270 doses de 9-12 meses. Se perdeu ≥ 90 doses ou 3 meses, reinicie. • Se R, pare após 120 doses de 4-6 meses. Se perdeu ≥ 60 doses ou 2 meses, reinicie.
Pneumocistose e toxoplasmose (SMZ/TMP)	CD4 < 200 ou estágio clínico 3 ou 4 (aids avançada)	• Se TFGe > 30mL/min: - Se CD4 < 100, prescreva SMZ/TMP[3] 800/160mg ao dia. - Se CD4 100-200, prescreva SMZ/TMP[3] 800/160mg 3 vezes por semana (ex. segunda, quarta e sexta). • Se TFGe 15-30mL/min, discuta para ajustar dose de SMZ/TMP[2]. • Se TFGe < 15mL/min, evite SMZ/TMP e discuta.	• Náusea/vômitos ↩ 59. Rash ↩ 81. • Hepatite - Se icterícia: encaminhe no mesmo dia. - Se náuseas, vômitos, dor abdominal: solicite TGO, TGP e revise resultados em 24 horas ↩ 118.	Pare se CD4 > 200 por 6 meses (dois resultados consecutivos, com intervalo de 3 meses entre eles)
Mycobacterium avium (azitromicina)	CD4 < 50	Azitromicina 1.500mg por semana (dose única ou 500mg três vezes por semana, ex. segunda, quarta e sexta)	• Náusea/vômitos ↩ 59. • Diarreia.	Pare se CD4 > 100 por > 3 meses.

Reavalie paciente com HIV

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

[1]Se CD4 < 200, discuta e considere adiar vacina até CD4 > 200 para melhor resposta vacinal. [2]Se IGRA indeterminado, considere como positivo ou discuta para repetir. [3]Se alergia à SMZ/TMP e CD4 100-200, prescreva dapsona 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

Nunca usou TARV

Tem doença renal conhecida ou TFGe < 60mL/min?

Não

Tuberculose ativa conhecida?

Não

Paciente usa carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína ou fenobarbital?

Não

Escolha tenofovir/lamivudina e dolutegravir

Sim

- Se possível substitua por ácido valpróico (não use se gestante ou risco de engravidar) e escolha tenofovir/lamivudina e dolutegravir.
- Se nao for possível substituir por ácido valpróico: escolha tenofovir/lamivudina e dolutegravir em **dose dobrada** (50mg cada 12 horas). Se usa oxcarbamazepina, não prescreva DTG e discuta/encaminhe para escolher TARV.

Sim

Escolha tenofovir/lamivudina e dolutegravir em **dose dobrada** devido interação do dolutegravir com rifampicina (50mg cada 12 horas), mantenha por 2 semanas após completar tratamento e então reduza para 50mg ao dia.

Sim

Discuta e encaminhe com prioridade para escolher TARV.

Já usou TARV (interrompeu TARV)

Investigue motivos, efeitos adversos, esquemas usados, CV e genotipagens prévias. Interrompeu por efeito adverso intolerável do último esquema de TARV em uso?

Não

- Escolha reiniciar último esquema de TARV usado ou, se usava efavirenz ou raltegravir, reinicie com dolutegravir (DTG): escolha tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) e dolutegravir (DTG)[1]. Reforce e apoie adesão ⮌ 16.
- Revise cuidado de rotina e necessidade de exames ⮌ 117.

Sim

Discuta e encaminhe com prioridade para escolher TARV.

2. Verifique uso de outros medicamentos e altere se necessário: pergunte sobre uso de medicamentos, fitoterápicos, plantas medicinais e verifique interações medicamentosas ⮌ 180.

- Se usa antiácido, cálcio/ferro e iniciando/reiniciando dolutegravir: tomar dolutegravir 2h antes ou 6h após uso do antiácido ou cálcio/ferro.
- Se usa sinvastatina e iniciando/reiniciando atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere atorvastatina ou pravastatina ao invés de sinvastatina.
- Se usa omeprazol e iniciando/reiniciando atazanavir/ritonavir: suspenda omeprazol e discuta alternativas. Se usa ranitidina, tomar > 12 horas após atazanavir/ritonavir.

3. Decida quando iniciar/reiniciar a TARV e se precisa encaminhar paciente para cuidado compartilhado

- **Inicie TARV imediatamente, no mesmo dia ou no máximo em 7 dias (oriente iniciar após coletar CV e CD4 e, se indicado, genotipagem pré-tratamento - não aguarde resultado 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, inicie/reinicie TARV após 4 semanas de tratamento para TB.
  - Se CD4 ≤ 350 ou estágio 3 ou 4 (aids avançada), coinfecção com hepatite B ou C, DCV confirmada ou RCV ≥ 20%: inicie/reinicie TARV imediatamente e discuta/encaminhe com prioridade.
  - 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 atrase TARV: avalie/interprete exames basais ⮌ 118 em 2 semanas ou assim que resultado disponível e, se necessário, revise TARV (especialmente se TFGe < 60).

[1]Se TB atual/outra comorbidade ou uso de medicamentos com interações medicamentosas com a TARV (verifique interações ⮌ 180), discuta ou encaminhe com prioridade para escolher TARV.

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[1], 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)[1] (**preferencial**) • Não prescreva se TFGe < 60	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	Diminuição da densidade mineral óssea (se osteoporose conhecida: discuta/encaminhe com prioridade).
	Abacavir (ABC) • Não prescreva se HLA-B*5701 positivo ou RHA. • Cuidado se RCV > 20% ou CV > 100.000	300mg cada 12 horas ou 600mg ao dia	Provável RHA se ≥ 2 de: febre, rash, fadiga/ dor no corpo, náuseas/vômitos/diarreia/ dor abdominal e/ou dor de garganta/tosse/ falta de ar	• Náuseas • Vômitos • Diarreia	-
	Zidovudina (AZT)[1] • Não prescreva se Hb < 10g/dL ou neutrófilos < 1.000céls/mm³	• 300mg cada 12 horas • Se TFGe < 10: discuta/encaminhe	• Acidose lática[2] • Anemia sintomática (palidez com FR > 30, tontura/desmaio ou dor no peito)	• 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)[1] (**preferencial**) • Se TFGe < 50: discuta/encaminhe.	• 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**) • Se usa antiácido, cálcio/ferro: tomar DTG 2h antes ou 6h após uso do antiácido ou cálcio/ferro.	• 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	• Ganho de peso • Se usa metformina: considere reduzir dose de metformina até máximo de 1g ao dia (não altere dose de DTG).
	Efavirenz (EFV)[1] • Não prescreva se problema psiquiátrico ativo	600mg ao dia (tomar antes de dormir, 2 horas após jantar)	• Rash ⮌ 81. • Hepatite[3] • Psicose	• Rash ⮌ 81. • Dor de cabeça, tontura, problemas de sono/ sonhos vívidos, humor deprimido ⮌ 147.	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 ⮌ 81. • Em uso de estatina: dor muscular, fraqueza	• Dor de cabeça, tontura • Náuseas	-
	Atazanavir/ ritonavir (ATV/r) • Não associe com omeprazol • Se usa ranitidina, tomar > 12 horas após ATV	300mg/100mg ao dia (com comida)	• Cálculo renal: discuta/encaminhe • Hepatite (ictericia[4], náuseas, vômitos, dor abdominal[3]).	• Rash ⮌ 81. • Dor de cabeça • Náuseas, dor abdominal, diarreia	-
	Darunavir/ritonavir (DRV/r)	800mg/100mg ao dia (com comida)	Rash ⮌ 81.	Náuseas/vômitos	Dislipidemia: discuta/encaminhe.
	Nevirapina (NVP)	200mg ao dia por 2 semanas, depois 200mg cada 12 horas	• Rash ⮌ 81. • Hepatite[3]	• Rash ⮌ 81. • Nausea (tomar com comida)	-

[1]Doses fixas combinadas disponíveis: TDF/3TC, TDF/3TC/EFV, AZT/3TC. [2]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. [3]Se também tiver icterícia: encaminhe no mesmo dia. Se somente náuseas, vômitos, dor abdominal, sem icterícia: solicite TGO, TGP, revise resultados em 24 horas ⮌ 118 e discuta/encaminhe. [4]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 ⮌ 118 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 ↩ 104), contato intradomiciliar com HBV, acidente/exposição percutânea ou compartilhou instrumento para 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 e icterícia) ou doença hepática (elevação de TGO ou TGP, cirrose) ou sintomas extra-hepáticos de HBV (ex: artrite)

Decida qual teste fazer: se teste rápido disponível, faça teste rápido. Se não, solicite HBsAg. Se fez vacina contra HBV há < 4 semanas, teste após 4 semanas para evitar falso positivo. Se suspeita de hepatite aguda, teste HCV ↩ 123, HIV ↩ 116 e solicite anti-HBc total e IgM, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, TGO, TGP, GGT, TAP, BT e F, anti-HAV IgM e IgG, HMG.

Teste rápido ou HBsAg não reagente

Paciente não tem HBV

- Se vacinação para HBV com < 3 doses/desconhecida, vacine/complete doses[1].
- Se tem registro de 3 doses, **avalie necessidade de testagem pós-vacinal**: tem fatores de risco para HBV[2]?

Não

Repita teste de HBV se novo episodio de risco de HBV ou gestante com > 20 semanas. Se usa PrEP, repita cada 12 meses.

Sim: solicite anti-HBs. Se vacinando, coletar de preferência 30 à 60 dias após última dose[3].

- **Anti-HBs < 10 coletado há < 6 meses da última dose:** Repita esquema completo[1]/complete segundo esquema[1] *e* colete anti-HBs após 30 dias
  - **Anti-HBs < 10** — **Considere suceptível ao HBV (não respondedor)[5]**
  - **Anti-HBs ≥ 10** — **Considere imune contra HBV**
- **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[1]/complete segundo esquema[1] *e* colete anti-HBs após 30 dias
    - **Anti-HBs < 10** — **Considere suceptível ao HBV (não respondedor)[5]**
    - **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 imunossopressor: repita cada 2 anos. Se anti-HBs repetido < 10, aplique reforço da vacina e discuta.

Teste rápido ou HBsAg reagente

Infecção pelo vírus da Hepatite B

- Se suspeita de hepatite aguda, discuta/interprete resultados dos exames e repita teste HBV após 6 meses.
- Se gestante, discuta/encaminhe e **avalie indicação de profilaxia com tenofovir**.
- Teste para HCV ↩ 123, HIV ↩ 116 e sífilis ↩ 66. 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.
- Se *sem* suspeita de hepatite aguda, solicite HBV-DNA, HBeAg, anti-HBc IgM e total, 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. Discuta para interpretar.
- Qual resultado do anti-HBc-IgM?

anti-HBc IgM não reagente

HBV crônica (se HBV-DNA indetectável: provável HBsAg falso-positivo, discuta)

- Solicite[6] 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 instrumentos de barbear/depilar, perfurocortantes ou escova de dentes, evitar contato com sangue do paciente) e a evitar álcool.

anti-HBc IgM reagente

Considere **infecção aguda ou agudização de infecção crônica[4]**, discuta para avaliar sinais de gravidade e repita teste para HBV após 6 meses:

- **Não reagente** — **Clearance viral espontâneo após infecção aguda:** resolução natural
- **Reagente** — **HBV crônica** (se HBV-DNA indetectável: provável HBsAg falso-positivo, discuta)
  - Solicite[6] 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 instrumentos de barbear/depilar, perfurocortantes ou escova de dentes, evitar contato com sangue do paciente) e a evitar álcool.

[1]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. [2]Tem parceria sexual ou mora com pessoa com HBV; usa/usou PEP/PrEP ou drogas EV; troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia; é pessoa privada de liberdade; é profissional de saúde/ segurança pública; tem HIV ou HCV; é transplantado; tem câncer ou doença renal; está em terapia imunossopressora/quimioterapia; ou foi vacinado na presença de 1 ou mais dos seguintes: ≥ 60 anos, IMC ≥ 30, HCV, DM, doença inflamatória intestinal/doença celíaca. [3]Se recebeu IGHAHB, colete > 6 meses após aplicação da IGHAHB. [4]Se tem registro prévio de HBsAg reagente ou episódio de risco de infecção há > 6 meses: considere HBV crônica. [5]Solicite HBsAg e anti-HBc total. Se ambos não reagente 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 reagente e anti-HBc total reagente, discuta. [6]Se coletou os seguintes exame há > 6 meses, repita: HBV-DNA, HBeAg, 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 uma ou mais dos seguintes fatores de risco para HCV e último teste há > 1 ano:
  - Uso irregular de preservativo ou nova/múltiplas parcerias sexuais
  - Pratica *chemsex*[1] e diminui/perde julgamento sobre práticas sexuais e uso de preservativos
  - Usa drogas EV/inaladas
  - HIV
  - Está em situação de rua ou privada de liberdade
  - Troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia
- Episódio de risco de infecção pelo HCV: sexo desprotegido/IST[2], contato intradomiciliar com HCV, acidente/exposição percutânea[2] ou compartilhou instrumento para drogas EV[2]/inaladas
- Uso de PrEP (1ª consulta e cada 3-4 meses).
- Suspeita de hepatite aguda (fadiga, dor abdominal, náusea/vômito, perda de apetite e icterícia) ou doença hepática (elevação de TGP/TGO, cirrose) ou de sintomas extra-hepáticos de HCV (dor articular, outros).

Decida qual teste fazer: se teste rápido disponível, faça teste rápido. Se não, solicite anti-HCV. Se tem anti-HCV prévio reagente, solicite ao invés RNA-HCV (interprete como abaixo).
Se suspeita de hepatite aguda, teste HBV ↩ 122, HIV ↩ 116 e solicite anti-HBc total e IgM, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, TGO, TGP, GGT, TAP, BT e F, anti-HAV IgM e IgG, HMG.

Teste rápido ou anti-HCV não reagente

Episódio de risco de infecção pelo HCV há < 6 meses?

Sim

- Repita teste após 4-6 semanas e 6 meses do episódio de risco.
- Oriente retornar antes para testar se tiver sintomas de hepatite aguda.

Não

Paciente não tem HCV

Se paciente é imunodeprimido ou dialítico, solicite RNA-HCV antes de confirmar que paciente não tem HCV

Teste rápido ou anti-HCV reagente

Contato com o vírus da Hepatite C

- Se suspeita de hepatite aguda, discuta/interprete resultados dos demais exames solicitados.
- Solicite anti-HAV IgG. Se não reagente, prescreva vacina contra hepatite A.
- Se ainda não tiver feito, teste para HBV e avalie indicação de vacina ↩ 122, HIV ↩ 116 e sífilis ↩ 66.
- Notifique, identifique fonte de infecção, parcerias sexuais (últimos 6 meses), familiares (pais/irmãos/filhos) e contatos domiciliares: ajude revelar status e testar.
- Solicite RNA-HCV e exames para decidir tratamento, se for indicado: HMG, TGO, creatinina e, se risco de gravidez, B-HCG.
- Qual resultado do RNA-HCV?

Indetectável

Clearance viral espontâneo após infecção: resolução natural

Se episódio de risco de infecção pelo HCV nos últimos 6 meses, repita RNA-HCV após 6 meses do episódio de risco.

Detectável

Infecção ativa pelo HCV

- Explique que paciente tem infecção ativa pelo HCV e que a infecção tem cura, o tratamento é seguro, altamente eficaz (taxa de cura > 95-98%) e tem duração de alguns meses.
- Aconselhe como prevenir transmissão para outras pessoas (usar preservativos, não compartilhar instrumentos de barbear/depilar ou perfurocortantes, evitar contato com sangue do paciente) e a evitar álcool.
- Decida sobre tratamento →124.

- Oriente prevenir infecção pelo HCV: usar preservativos, não compartilhar instrumentos de barbear/depilar ou perfurocortantes ou para uso de drogas EV/inaladas.
- Se tem fatores de risco para HCV (vide primeiro quadro), repita teste cada 12 meses.
- Se usa PrEP, repita teste cada 3-4 meses.

[1]Sexo sob influência de drogas (álcool, metanfetaminas, GHB, MDMA, cocaína, poppers) para aumentar/facilitar experiências sexuais. [2]Avalie também necessidade de PEP para HIV e HBV ↩ 104.

Hepatite C (HCV): tratamento

Decida sobre tratamento da Hepatite C: use resultado dos exames solicitados (HCV-RNA, TGO, creatinina - calcule TFGe com calculadora CKD-EPI 2021, hemograma - contagem de plaquetas e, se risco de gravidez, B-HCG), história prévia de tratamento para HCV, status de HIV e HBV.

Paciente tem de um ou mais dos seguintes:

- HIV
- HBsAg reagente
- B-HCG positivo/gravidez atual
- Já fez tratamento de HCV com uso de antivirais de ação direta (DAA)
- TFGe < 30 mg/mL

Não para todos

Sim para qualquer um

- Use valor de TGO e contagem de plaquetas para calcular índice APRI[1] e avaliar nível de fibrose hepatica.
- Qual o resultado do APRI[1]?

APRI[1] < 1: baixa probabilidade de cirosse

- Verifique se paciente usa algum medicamento que tem interação com tratamento indicado para HCV (velpasvir/sofosbuvir)[2]:
  - Se usa rifampicina, rifepentina, ox/carbamazepina, fenitoina, fenobarbital, erva de são-joão, amiodarona, rosuvastatina ou outro medicamento com interação medicamentosa, discuta para considerar alternativas ou parar medicamento antes de iniciar tratamento para HCV. Se não for possível parar/trocar, encaminhe para tratar com especialista.
    - Se usa PrEP (tenofovir/emtricitabina), pode manter uso: solicite creatinina em 2-3 semanas após inicicar tratamento para HCV e discuta.
    - Se usa omeprazol, parar uso do omeprazol ou tomar velpasvir/sofosbuvir 4 horas antes do omeprazol.
  - Se *não usa*: **prescreva velpasvir/sofosbuvir 100/400mg 1 comprimido ao dia (com ou sem comida) por 12 semanas.**

- Oriente que efeitos adversos são leves (dor de cabeça, cansaço, náuseas), melhoram sozinhos e não deve parar tratamento. Se sem melhora/piora, retornar. Se risco de engravidar, oriente contracepção ↺ 157 e oriente não engravidar até 6 meses após tratamento.
- Oriente que se iniciar medicamento/fitoterápico, deve informar médico/enfermeiro para verificar interação[2].
- Reavalie paciente em 2 semanas para verificar adesão e efeitos adversos.
- Após completar tratamento, solicite RNA-HCV para coletar 3 meses após tratamento. Qual o resultado do RNA-HCV?

RNA-HCV não detectável: considere **paciente curado (resposta virológica sustentada)**

- Explique que tratamento não confere imunidade e que continua susceptível.
- Oriente como prevenir infecção pelo HCV (usar preservativos, não compartilhar instrumentos de barbear/depilar ou perfurocortantes ou para uso de drogas EV/inaladas).
- Se uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias sexuais; troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia; pratica *chemsex*[3]; usa drogas EV/inaladas; tem HIV; ou está em situação de rua/privada de liberdade, repita teste (use RNA-HCV, pois anti-HCV permanece positivo após infecção prévia) cada 12 meses.

RNA-HCV detectável: **persistência da infecção**

- Encaminhe para tratar com especialista.

APRI[1] ≥ 1

- Se gravidez atual, postergue tratamento para após parto e amamentação. Encaminhe para pré-natal de alto risco e após parto/aleitamento, repita exames para indicar tratamento. Se dúvidas, discuta.
- **Encaminhe para tratar com especialista.**
  - Se já fez tratamento de HCV com DAA: solicite genotipagem para HCV.
  - Se APRI[1] ≥ 1, solicite: sódio, potássio, TAP/TP, ureia, TGO, FA, GGT, BT e F, PT e F, glicemia e USG abdome superior. Discuta para interpretar e considerar solicitar elastografia ou biópsia hepática.

[1]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 10^9/L)] x 100. Ou use calculadora online. [2]Verifique interação medicamentosa ↺ 180. [3]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 ↩ 49.
- Diagnostique 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 piores à noite, no início da manhã, com exposição a alérgenos, ao frio ou ao 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 ≥ 12% e ≥ 200ml após broncodialatador

Ofereça cuidados de rotina para asma →126.

DPOC é provável se vários dos seguintes:

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

Ofereça cuidados de rotina para DPOC →127.

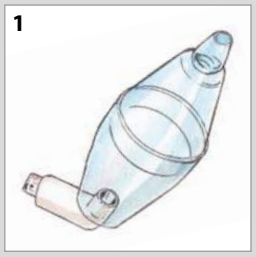
Se não tiver certeza do diagnóstico, trate como asma ↩ 126 e discuta ou encaminhe.

Usando inaladores e espaçadores

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

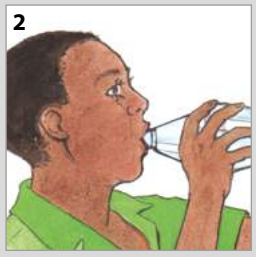
Como usar o inalador com espaçador[1]

1



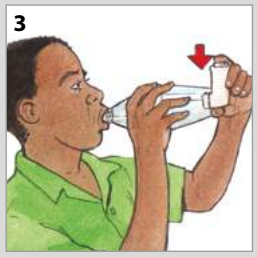
Agite o inalador e insira no espaçador.

2



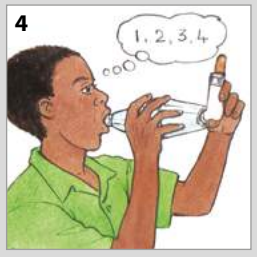
- Levante-se e expire.
- Então feche os lábios em volta do bocal.

3



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

4



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

[1]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 segudos antes de repetir.

Asma: cuidados de rotina

Avalie paciente com asma

Avalie	Quando avaliar	Observações
Controle dos sintomas	Toda consulta	• Se piora do sibilos/aperto no peito ou da tosse ou da falta de ar, maneje como exacerbação aguda ↩ 50. • Se um ou mais dos seguintes no último mês, asma **não está controlada**: - Tosse, falta de ar, aperto no peito ou sibilos ou uso de salbutamol ≥ 3 vezes/semana[1] - Despertares noturnos devido sintomas de asma - Limitação de atividades diárias devido sintomas de asma • Se *nenhum dos acima* então a asma está **controlada**.
Outros sintomas	Toda consulta	• Maneje sintomas conforme página do sintoma. Pergunte sobre e maneje rinite ↩ 45 e dispepsia/refluxo ↩ 58. • Se usa corticoide inalatório e manchas brancas na bochecha/gengiva/língua/palato, considere **candidíase oral** ↩ 46.
Adesão/uso do inalador	Toda consulta	Verifique adesão e se usa inalador e espaçador corretamente ↩ 125. Se má adesão, ofereça apoio para aumentar adesão ↩ 16.
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 ↩ 147.
Espirometria	No diagnóstico, então dependendo do controle	• Se asma controlada, não é necessário repetir. Se asma não controlada, avalie cada 6 meses. • Compare resultados com valores anteriores. Se reduzidos, verifique adesão e considere ajustar tratamento.

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 ↩ 146. Apoie para mudança ↩ 15.
- Assegure-se que paciente sabe como reconhecer se asma não está controlada e entende com usar os medicamentos: beta-agonista (salbutamol) alivia sintomas mas não controla asma. Corticoide inalatório (beclometasona) auxilia na prevenção das crises, sendo o principal medicamento de controle da asma.
- Entregue, por escrito, plano de ação de como usar os medicamentos se piora dos sintomas.
- Corticoides inalatórios podem causar candidíase oral: oriente paciente enxaguar boca e fazer gargarejos após cada dose.

Trate paciente com asma

- Prescreva vacina contra influenza anualmente e vacina para COVID-19. Se asma moderada/grave[2], prescreva vacina penumocócica 23-v (2 doses em zero e 5 anos).
- Prescreva salbutamol inalado 200-400mcg (2-4 jatos) se necessário, até 4 vezes ao dia. Se asma induzida por exercícios, prescreva salbutamol 200mcg (2 jatos) 5-10 minutos antes dos exercícios.
- Se **exacerbação aguda** nesta consulta:
  - Prescreva prednisona 40mg ao dia num total de 5 dias. Se > 2 ciclos de prednisona em 6 meses ou exacerbações agudas com tratamento intensificado ao máximo, discuta ou encaminhe.
  - Se temperatura axilar ≥ 38°C e escarro amarelo/esverdeado e crepitação pulmonar assimétrica/respiração brônquica, provável **pneumonia**: se disponível, confirme com rx de tórax e prescreva amoxicilina[3] 500mg cada 8h por 5 dias.
- Maneje de acordo com o controle da asma:

Asma não controlada ou exacerbação aguda: intensifique tratamento

- Antes de intensificar tratamento verifique se está aderente, sabe usar inalador/espaçador ↩ 125, está evitando fumo e gatilhos de asma (alérgenos, AAS, AINEs, beta-bloqueadores).
- Prescreva beclometasona[4] inalada 250mcg cada 12 horas. Se já em uso, aumente para 500mcg cada 12 horas.
- Se ainda não controlada, pare beclometasona e prescreva formoterol/budesonida[4] 12/400mcg cada 12 horas. Se já em uso e não controlada após 3 meses, aumente para 24/800mcg cada 12 horas. Se já em uso e ainda não controlada após 3 meses, discuta ou encaminhe.

Asma controlada

- Continue medicamentos na mesma dose.
- Se asma controlada e sem exacerbações agudas ≥ 6 meses, reduza pela metade. Se formoterol/budesonida 12/400mcg cada 12 horas, reduza para 6/200mcg. Se já em 6/200mcg pare e dê beclometasona[4] 500mcg cada 12 horas. Ou se usa beclometasona 250mcg cada 12 horas, pare beclometasona.
- Se sintomas piorarem enquanto reduz tratamento, reinicie/aumente novamente medicamento para a mesma dose de quando paciente estava com asma controlada.

Se asma não controlada ou exacerbação aguda, reavalie pós 1 mês. Se controlada, cada 6 meses. **Oriente retornar antes se não estiver melhor ou piorar.**

[1]Não considerar uso para asma induzida por exercícios. [2]Asma em uso formoterol/budesonida (ou similar) sem controle com salbutamol e beclometasona. [3]Se alergia à penicilina, prescreva ao invés azitromicina 500mg ao dia por 3 dias. [4]Se usa ritonavir, evite beclometasona e budesonida e discuta alternativas.

Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): cuidados de rotina

Avalie paciente com DPOC

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas de DPOC	Toda consulta	• Se paciente tem sibilos/aperto no peito e está com falta de ar em repouso ou FR > 30, maneje como exacerbação aguda ⮌ 50. • Avalie gravidade: se paciente pode caminhar tão rápido quanto outros da mesma idade, DPOC é **leve**. Se não, DPOC é **moderada**/**grave**. • Investigue TB somente se paciente tem outros sintomas de TB como perda de peso, sudorese noturna, escarro sanguinolento ⮌ 110.
Outros sintomas	Toda consulta	• Maneje sintomas conforme página do sintoma. • Se usa corticoide inalatório e manchas brancas na bochecha/gengiva/língua/palato, considere **candidíase oral** ⮌ 46. • Se edema em ambas pernas, considere insuficiência cardíaca e cor pulmonale. Solicite ECG, rx de tórax e discuta.
Adesão/uso do inalador	Toda consulta	Verifique adesão e se usa inalador e espaçador corretamente ⮌ 125. Se má adesão, ofereça apoio para aumentar adesão ⮌ 16.
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 ⮌ 147.
Cuidados paliativos	Toda consulta	Se falta de ar em repouso/mínimos esforços, > 3 hospitalizações/ano por DPOC, insuficiência cardíaca ou em uso de O2, também ofereça cuidados paliativos ⮌ 167.
RCV	No diagnóstico, conforme risco	Avalie RCV ⮌ 128. 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 discuta, se necessário.
Espirometria	No diagnóstico e anual	• Avalie gravidade usando VEF1: Se ≥ 80%, DPOC é **leve**, se ≥ 50% e < 80%, DPOC é **moderata**, se < 50%, DPOC é **grave**. • Se VEF1/CVF no diagnóstico ≥ 0,7 após broncodialatador ou discrepância entre resultado da espirometria e sintomas: discuta.

Aconselhe paciente com DPOC

- Se fuma tabaco ⮌ 146. Apoie para mudança ⮌ 15. Parar de fumar é o principal tratamento para manejo da DPOC.
- Incentive paciente a fazer caminhadas diárias e aumentar as atividades cotidianas como jardinagem, cuidados com a casa e utilizar escadas em vez de elevadores.
- Corticoides inalatórios 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 penumocócica 23-v (2 doses em zero e 5 anos).
- Prescreva salbutamol inalado 200mcg (2 jatos) se necessário, até 4 vezes ao dia.
- Antes de ajustar tratamento assegure-se que está aderente e sabe usar inalador/espaçador ⮌ 125.
- Se DPOC **moderada**/**grave** ou não controlada com salbutamol, 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 sem melhora com formoterol: adicione (ou troque formoterol por) formoterol/budesonida[1] 14/400mcg cada 12 horas. Se já em uso e sem melhora, aumente para 24/800mcg cada 12 horas. Se já em uso e ainda sem melhora após 3 meses, solicite espirometria e discuta/encaminhe.
- Se **exacerbação aguda** nesta consulta:
  - Se recebeu prednisona ou hidrocortisona, prescreva prednisona 40mg ao dia num total de 5 dias.
  - Se mudança na cor do escarro para amarelo/verde e aumento de volume ou falta de ar, prescreva amoxicilina[2] 500mg cada 8 horas por 5 dias. Se DPOC grave, ≥ 2 exacerbações/ano, exacerbação com hospitalização no último ano ou usou antibióticos há < 3 meses, prescreva amoxicilina/clavulanato[3] (500mg/125mg) cada 8 horas por 5 dias. Se sem melhora após 3 dias, reavalie e discuta.

Se exacerbação recente, ajuste de tratamento, sente-se pior/não tão bem como antes, reavalie mensalmente. Se não, cada 6 meses.

[1]Se usa ritonavir, evite budesonida e discuta alternativas. [2]Se alergia à penicilina, prescreva azitromicina 500mg ao dia por 3 dias. [3]Se alergia à penicilina, discuta alternativas ou prescreva, se disponível, levofloxacina 500 mg ao dia por 5-7 dias. Se VEF1 < 30%, bronquiectasias, uso crônico de corticoide ou usou amoxicilina/clavulanato ou quinolona há < 3 meses, considere prescrever ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 5-7 dias.

Risco Cardiovascular (RCV): avaliação

Risco Cardiovacular (RCV) é a chance de sofrer um AVC ou IAM nos próximos 10 anos

Passo 1

Identifique se paciente tem Doença Cardiovascular (DCV) confirmada ou outra condição de alto RCV:

- Se tem **DCV confirmada** (IAM, AVC ou AIT prévio, angina ou doença arterial periférica): considere paciente com alto RCV (≥ 20%), não é necessário calcular o RCV, e maneje RCV →130.
- Se tem diagnóstico confirmado de **hipercolesterolemia familiar**: considere paciente com alto RCV (≥ 20%) não é necessário calcular o RCV, discuta/encaminhe e maneje RCV →130.
- Se tem ou teve dor no peito, especialmente ao esforço e com alívio ao repouso, investigue **doença cardíaca isquêmica** ⮌ 142.
- Se tem ou teve dor na perna, especialmente ao caminhar e com alívio ao repouso, investigue **doença arterial periférica** ⮌ 144.
- 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** ⮌ 141.

Passo 2

Investigue fatores de RCV:

- Pergunte se é **fumante**: considere paciente que parou de fumar no último ano como fumante para avaliar RCV.
- Pergunte sobre **história familiar**: um dos pais ou irmãos com DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos) é fator de RCV.
- Calcule o **Índice de Massa Corporal** (**IMC**): peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m). Um 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 ⮌ 136.
- Verifique diagnóstico de **diabetes**: se não tem diabetes conhecida, verifique necessidade de rastrear, **diabetes** ⮌ 131 (se não há necessidade de rastrear, considere como não diabético).
- Verifique **outros fatores que podem aumentar o RCV**: HIV (teste para HIV ⮌ 116), transtorno mental grave, uso de antipsicóticos/corticoide, doença renal crônica.

Passo 3

Decida se paciente que *não* tem DCV confirmada ou outra condição de alto RCV precisa calcular o RCV:

- Se paciente 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 ⮌ 129.
  - Se ainda não tiver feito, interprete resultados do colesterol total, HDL e triglicerídeos ⮌130.
- Se paciente tem < 40 anos ou ≥ 75 anos e:
  - *Não tem* fatores de RCV, não é necessário calcular ou manejar o RCV: reavalie RCV em 5 anos.
  - *Tem* fatores de RCV, não é necessário calcular o RCV. RCV: maneje →130.
    - Se < 40 anos *mas* tem 1 ou mais dos seguintes: HAS ou DM conhecida ou IMC > 30: solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos, e calcule RCV usando calculadora Framingham (risco global em 30 anos)[1], então siga para passo 5 (para manejar o RCV e interpretar valores dos exames).

Passo 4

Explique para paciente que acabou de calcular o RCV qual é o seu risco ter um IAM ou AVC nos próximos 10 anos:

- Oriente que é uma estimativa, não pode prever o que vai acontecer com cada pessoa.
- Se RCV < 10%, sua chance de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 anos é baixa (menor que 1 em 10).
- Se RCV entre 10-20%, sua chance de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 anos é entre 1 em 10 e 1 em 5.
- Se RCV ≥ 20%, sua chance de ter um IAM ou AVC nos próximos 10 anos é mais de 1 em 5.

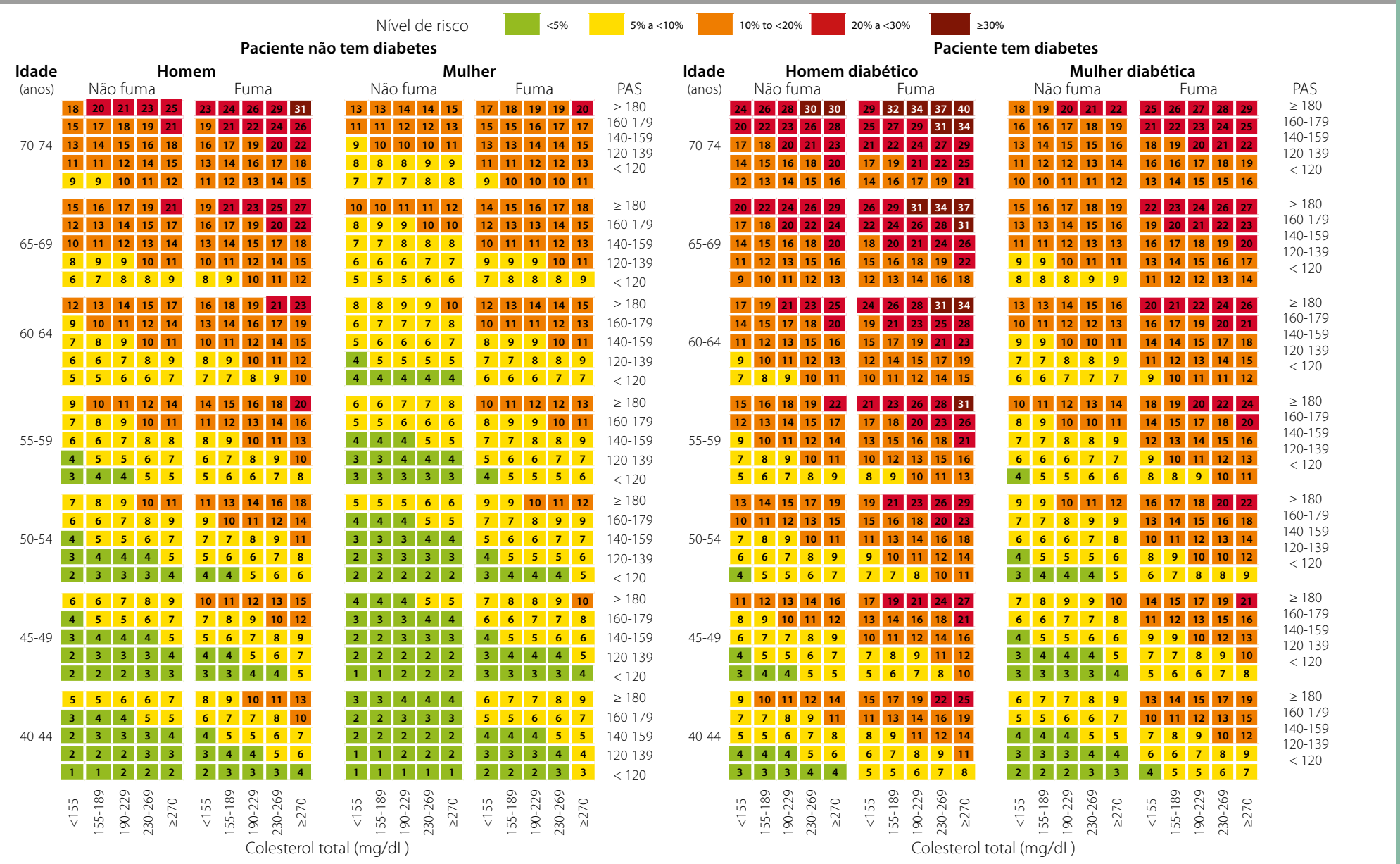
Passo 5

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 do(a) paciente em 5 anos.
- Se RCV < 10% *com* fatores de RCV, maneje o RCV →130: reavalie RCV em 1 ano.
- Se RCV entre 10-20%, maneje o RCV →130: reavalie RCV em 1 ano.
- Se RCV ≥ 20%, maneje o RCV →130: reavalie RCV em 6 meses.

[1]Disponível em 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.

Risco Cardiovascular (RCV): cuidados de rotina

Avalie paciente com fatores de RCV ou RCV ≥ 10%

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Investigue dor no peito ⮌ 48, falta de ar ⮌ 49, dor na perna ⮌ 79, ou início súbito de fraqueza/dormência assimétrica da face (com mínimo/nenhum envolvimento da testa), braço ou perna, dificuldade na fala ou alteração visual ⮌ 141. Se usa sinvastatina/outra estatina[1] e início recente de dor muscular ⮌ 75, fraqueza ⮌ 37.
Avaliação e cálculo do RCV	Se *não tem* DCV[2]: 1ª consulta e conforme risco	• Se entre 40-75 anos ou < 40 anos com HAS, DM ou IMC > 30: se < 20%, recalcule/reavelie RCV em 1 ano. Se ≥ 20%, em 6 meses. • Se < 40 ou > 75 anos com fatores de RCV, reavalie RCV em 1 ano (não precisa calcular o RCV).
Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG)	• Se *não tem* DCV[2] e tem 40-75 anos ou < 40 anos com HAS, DM ou IMC > 30: ao calcular RCV • Se *tem* DCV[2]: antes e 3 meses após iniciar sinvastatina/estatina[1], então anual	• Se *não tem* DCV[2] e 40-75 anos *ou* < 40 anos com HAS, DM ou IMC > 30: calcule o RCV (se ainda não tiver feito). • Se *tem* DCV[2]: calcule o não-HDLc[3]. Almeje reduzir não-HDLc[3] > 40% após 3 meses do início da estatina[1], e manter essa redução no monitoramento anual. - Se reduzir ≤ 40% em relação ao basal ou não manter redução, confirme com novo CT e HDL e calcule não-HDLc[3], avalie adesão, fatores de RCV modificáveis (vide abaixo) e discuta (se em uso de sinvastatina, considere ao invés atorvastatina 40mg/dia. Se já em uso de 40mg/dia, aumente até 80mg/dia). • Se CT > 300 ou LDL[4] > 190, confirme com novo CT, HDL e TG e calcule LDL[4]. Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere **hipercolesterolemia familiar** e discuta. • Se TG ≥ 500, solicite novo TG para confirmar resultado, avalie fatores de RCV modificáveis e discuta opções de tratamento.

Aconselhe paciente com fatores de RCV ou RCV ≥ 10% ou DCV confirmada[2]

• 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 pelo menos 30 minutos de exercício moderado (ex. caminhada acelerada) pelo menos 5 dias na semana.
- Aumente as atividades de rotina: jardinagem, arrumação da casa, caminhar invés de usar automóveis, usar escadas invés de elevadores.
- Exercite os braços se não puder usar as pernas.

Tabagismo
Se usa tabaco ⮌ 146.

Dieta
- Aumente diversidade de alimentos, reduza porções.
- Aumente consumo de frutas, vegetais, oleaginosas e legumes.
- 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 consumo de carne vermelha.
- Troque manteiga/maionese/banha por azeite/requeijão light. Se possível, use azeite de oliva extravirgem.
- Evite alimentos prontos/congelados (bolachas, sorvetes, caldos/molhos/sopas).
- Evite/use menos açúcar. Evite adicionar sal.

Peso (calcule IMC) e circunferência abdominal
- Almeje IMC < 25 (se > 65 anos: < 27), e circ. abdominal[5] < 88cm (mulheres) e < 102cm (homens).
- Qualquer perda de peso é benéfica, mesmo abaixo da meta.

Maneje o estresse
Avalie e maneje o estresse ⮌ 101.

Investigue uso arriscado de álcool/drogas
- Limite consumo de álcool em ≤ 2 doses[6]/dia e evite beber pelos menos 2 dias/semana.
- No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[6]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ⮌ 145.

• Identifique apoio (amigos, familiares, grupos). Se necessário, encaminhe para equipe multiprofissional de apoio. Seja motivador, encorajador, parabenize por cada conquista. Evite julgar, criticar, culpar.

Trate RCV do(a) paciente

• Se *tem* DCV confirmada[2]:
- Prescreva sinvastatina[7] 40mg (se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e discuta) à noite, uso contínuo, independente dos valores de colesterol.
- Prescreva AAS[8] 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés clopidogrel[8] 75mg ao dia.

• Se *não tem* DCV confirmada[2]:
- Se RCV ≥ 20% *ou tem* 40-75 anos com DM: ajude decidir sobre uso de estatinas[1]. Discuta preferências, fatores modificáveis, benefícios (possível menor benefício se mulher ou idoso frágil) e possíveis efeitos adversos (dor/fraqueza muscular). Se decidir usar, prescreva sinvastatina[8] 40mg (se usa anlodipino, considere 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e discuta) à noite.
  - **Não há necessidade de monitorar colesterol se usa estatina[1] para prevenção primária.**

[1]Estatina: sinvastatina ou outras como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. [2]História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. [3]Calcule colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL. [4]Calcule LDL = CT menos HDL menos (TG dividido por 5). Se TG > 400, solicite LDL laboratorial. [5]Meça com paciente em pé, expirando, a meia altura entre o último arco costal e o topo da crista ilíaca. [6]Uma dose e 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taca pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [7]Não prescreva sinvastatina se usa, atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés atorvastatina ou pravastatina. [8]Não prescreva se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos ou uso de AINEs, corticoide, varfarina.

Diabetes: rastreio e diagnóstico

Se paciente não tem diagnóstico conhecido de diabetes mas tem sintomas de diabetes (sede, aumento da frequência urinaria, perda de peso) ou não está bem, verifique glicemia capilar aleatória →26.

Rastreie para diabetes se paciente tem um ou mais dos seguintes:

- Hipertensão ou doença cardiovascular (DCV)[1] ou HIV ou usa antipsicótico atípico[2] (risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina, aripiprazol) *e* último teste há > 1 ano
- História prévia de tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada *e* último teste há > 1 ano
- IMC ≥ 40 ou acantose nigricans (manchas escuras e espessamento da pele em dobras e pregas como axilas, pescoço/nuca ou virilha) *e* último teste há > 3 anos
- Suspeita clínica de diabetes (como glicose na urina, infecções recorrentes como balanite/balanopostite, visão turva sem outra causa identificável).

Não para todos

Paciente tem IMC ≥ 25 *e* último teste há > 3 anos *e* um ou mais dos seguintes fatores de risco para diabetes:

- Idade entre 35 e 70 anos
- Pai/mãe ou iirmãos com diabetes
- História prévia de diabetes gestacional ou bebê grande (≥ 4,0Kg)
- Síndrome do ovário policístico
- Etnia asiática ou hispânica ou africana

Não

Teste para diabetes não é indicado no momento. Se dúvidas, discuta.

Sim: **rastreie para diabetes**

Decida qual teste fazer, paciente tem um ou mais dos seguintes

- HIV em tratamento
- Gravidez atual ou prévia nos últimos 2 meses
- Anemia com Hb < 9 g/dL
- Hemoglobinopatias (ex: talassemia, anemia falciforme)
- Uso de antipsicótico ou corticoide
- DRC com TFGe < 15 ou em hemodiálise

Não para todos

Solicite glicemia de jejum e HbA_{1c} (juntos para coleta na mesma amostra), interprete resultado →132.

Sim para qualquer um: solicite glicemia de jejum e verifique resultado

< 110 mg/dL

- Repita glicemia de jejum 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 glicemia de jejum anualmente.

110-125 mg/dL: repita glicemia de jejum e interprete resultado

< 110 mg/dL

110-125 mg/dL **Risco aumentado para diabetes**

≥ 126 mg/dL

Confirme com outra glicemia de jejum

< 125 mg/dL

≥ 126 mg/dL

Repita glicemia de jejum após 1 ano.

≥ 126 mg/dL

Diagnostique **diabetes**

- Se < 35 anos, considere diabetes tipo 1 ou outras apresentações de diabetes, discuta e ofereça cuidados de rotina para diabetes →133.
- Se ≥ 35 anos, ofereça cuidados de rotina para diabetes →133.

Avalie e maneje RCV ↩ 128.

[1]Historia atual/passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. [2]Se usa antipsicótico atípico, teste após 4 meses de uso e então anualmente.

Interprete resultados da HbA_{1c} e glicemia de jejum em paciente com indicação de testar para diabetes com esses exames

Qual o resultado da HbA1c e glicemia de jejum?

HbA_{1c} < 5,7 *e* glicemia de jejum < 110	HbA_{1c} < 5.7 *e* glicemia de jejum 110-125	HbA_{1c} 5.7-6,4 *e* glicemia de jejum < 110	HbA_{1c} 5.7-6,4 *e* glicemia de jejum 110-125	HbA_{1c} < 5,7 *e* glicemia de jejum ≥ 126	HbA_{1c} 5,7-6,4 *e* glicemia de jejum ≥ 126	HbA_{1c} ≥ 6,5 *e* glicemia de jejum 110-125	HbA_{1c} ≥ 6,5 *e* glicemia de jejum < 110	HbA_{1c} ≥ 6,5 *e* glicemia de jejum ≥ 126
• Avalie e maneje RCV ⮌ 128. • Repita rastreio para diabetes (decida qual teste fazer ⮌ 131) 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 ⮌ 131) 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 ⮌ 128. • Repita glicemia de jejum e HbA_{1c} (juntos para coleta na mesma amostra) após 1 ano.				
						Diagnostique diabetes • Se < 35 anos, considere diabetes tipo 1, discuta e ofereça cuidados de rotina para diabetes →133. • Se ≥ 35 anos, ofereça cuidados de rotina para diabetes →133.		

Diabetes: cuidados de rotina

Atenda com urgência paciente diabético com qualquer um dos seguintes:

- Dor no peito →48
- Convulsões ↩ 28
- Diminuição da consciência, sonolência
- Confusão ou comportamento atípico
- Tremores
- Sudorese
- Palpitações
- Fraqueza ou tontura
- Respiração rápida e profunda
- Náusea ou vômitos
- Dor adbominal
- Sede ou fome
- 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[1] via oral.
- Se diminuição da consciência, aplique glicose 50% 25mL EV em 1-3min.
  - Se alcoolismo ou desnutrição, aplique também tiamina[2] 200mg IM (se possível, antes de aplicar glicose).
- Verifique glicemia após 15 minutos: se ainda < 70, repita glicose oral ou EV. Verifique glicemia e, se necessário repita glicose, após 15 minutos.
- Dê comida assim que paciente consiga comer com segurança. Se incapaz de comer, aplique glicose 5% 1L EV cada 6 horas.
- Identifique a causa e oriente sobre refeições/hipoglicemia ↩ 134. Se usa glibenclamida ou insulina, revise o tratamento.
- Se recuperação incompleta, discuta/encaminhe no mesmo dia.

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 ↩ 48 e dor na perna ↩ 79.
Planejamento familiar	Toda consulta	Avalie necessidades de contracepção ↩ 157. Se gestante ou planejando engravidar, discuta.
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 ↩ 147.
Álcool/drogas	No diagnóstico e se não controlada	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[3]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
IMC e circ. abd.	No diagnóstico e anual	Almeje IMC < 25 (se > 65 anos: < 27) e circunferência abdominal < 88cm (mulheres) e < 102cm (homens).
PA	Toda consulta	Se *não tem* HAS conhecida, interprete ↩ 131. Se HAS conhecida, considere meta de PA < 140/90 (se alto RCV: meta é < 130/80[4]) ↩ 133.
Olhos/visão	No diagnóstico, anual e se problemas visuais	Encaminhe para oftalmologista para avaliar acuidade visual e realizar fundoscopia.
Pés	• Visual: toda consulta • Abrangente: no diagnóstico, anual e se problemas	• Visual: procure úlcera, rachadura, calo, vermelhidão, calor, deformidade. • Abrangente: pulsos pés, reflexos, sensações nos dedos e pés • Se úlcera(s) ↩ 89. Se outros sinais/sintomas nos pés ↩ 80. Se infecção grave ou outras anormalidades, discuta.
Glicemia capilar aleatória	• Se sintomas • Se ajustando insulina: cada 3 dias	• Se aleatória ou em jejum < 70mg/dL ou ≥ 200 mg/dL dê atenção urgente como acima. • Se usa insulina, faça/oriente medir pela manhã em jejum a cada 3 dias e interprete ↩ 134.
HbA_{1c}	• Cada 6 meses se HbA_{1c} na meta • Cada 3 meses se HbA_{1c} acima da meta ou depois de mudanças no tratamento	• Almeje meta de $HbA_{1c} \leq 7\%$. - Se > 65 anos, expectativa de vida limitada, DCV[5], episódios de hipoglicemia, DM de difícil controle: considere meta 7-7.9%. • Se HbA_{1c} na meta: continue mesmo tratamento para diabetes. • Se HbA_{1c} acima da meta: se boa adesão: intensifique tratamento ↩ 134. Se má adesão: eduque/reforce adesão ↩ 16. Repita HbA_{1c} após 3 meses.

Continue avaliando paciente com diabetes →134

[1]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. [2]De acordo com apresentação disponível, aplique vitamina B1+B6+B12 (100mg + 100mg + 500mcg) solução injetável 4mL IM. Aplique antes da glicose. Se indisponível: aplique glicose, discuta/encaminhe com urgência e providencie aplicação de tiamina assim que possível. [3]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [4]Se idoso frágil ↩ 21, discuta para individualizar meta da PA. [5]Historia atual/passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica.

Continue avaliando paciente com diabetes

RAC (relação albumina/ creatinina urinárias)[1]	No diagnóstico e, se *não* usa IECA/BRA[2], também anual	• Se > 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 > 30 mg/g, diagnostique **nefropatia diabética** e trate como abaixo.
Creatinina (calcule TFGe, use calculadora CKD-EPI 2021)	• No diagnóstico e anual • Se TGFe < 60: cada 3-6 meses • Se > 75 anos: 2 semanas após iniciar/ aumentar IEC/BRA[2]	• Se TFGe < 60, solicite PU (se PU com hemácias/leucócitos/outras alterações, discuta), repita creatinina (TFGe) em 3 meses e discuta/encaminhe para considerar **nefropatia diabética/doença renal crônica**. • Se TFGe < 30, discuta/encaminhe com prioridade, não inicie/pare metformina e considere não iniciar/parar IECA/BRA[2], se havia sido indicado. • Se TFGe com diminuição de > 30% entre medidas: repita creatinina em 2 semanas e discuta para considerar parar IECA/BRA[2], se em uso.
Potássio sérico	Se usa IECA/BRA[2]: anual e, se > 75 anos, 2 semanas após iniciar/aumentar IECA/BRA[2]	• Se potássio ≥ 5,5: pare IEAC/BRA[2] e discuta. • Se potássio entre 5,0 e 5,4: repita/confirme imediatamente e discuta para reduzir dose de IECA/BRA[2].
RCV	1ª consulta e conforme resultado	• Solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos: avalie/maneje RCV ↩ 128. Interprete resultados ↩ 130. • Se RCV < 20%, reavalie em 1 ano. Se ≥ 20% (alto RCV), reavalie em 6 meses.

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 ↩ 146.
- Explique importância da adesão. Se má adesão ↩ 16.
- Assegure-se de que paciente consegue reconhecer e manejar hipoglicemia (glicose < 70mg/dL, tremores, sudorese, palpitações, fraqueza, fome):
  - Oriente beber água com açúcar ou comer um doce/sanduiche. Carregar sempre algum doce. Evitar dirigir. Se convulsões/coma, esfregar açúcar dentro da boca.
  - Identifique e maneje 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 ↩ 80. Se usa/iniciando insulina, eduque sobre como usá-la (vide quadro próxima página).

Trate paciente com diabetes

- Prescreva vacina pneumocócica 23-v (2 doses em zero e 5 anos), influenza anual e COVID conforme recomendação vigente.
- Se **DCV**[3]:
  - Prescreva sinvastatina[4] 40mg (se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e discuta) à noite, uso contínuo. Evite se gestante ou doença hepática.
    - Solicite CT, HDL e TGC antes, 3 meses após iniciar sinvastatina/estatina[5] e anual. Almeje reduzir não-HDLc[6] > 40% após 3 meses de uso e manter redução. Interprete resultados ↩ 130.
  - Prescreva AAS[7] 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés clopidogrel[7] 75mg ao dia.
- Se **nefropatia diabética** *e não usa* IECA/BRA[2]: 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 gradualmente os passos da tabela na próxima página.
  - Se HbA_{1c} > 10% ou glicemia de jejum ≥ 300 mg/dL, discuta para considerar iniciar com insulina (com/ sem outros medicamentos).
  - Se HbA_{1c} 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	Metformina (MTF)	850-1.000mg cada 12 horas (1.700-2.000mg ao dia)	2.550mg ao dia, dividido em 2-3 doses	• Cuidado se TFGe 30-45mL/min ou creatinina > 1,5mg/dL, discuta. Não prescreva se TFGe < 30. • Inicie com 850mg uma vez ao dia, com café da manhã. Após 2 semana aumente para 850mg 2 vezes ao dia, com café da manhã e jantar. - Se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses e boa adesão, aumente para 850mg 3 vezes ao dia, com café da manhã, almoço e jantar. • Pode causar náuseas, diarreia, cólica abdominal/gases: oriente que são autolimitados e não deve parar metformina. - Se **efeitos colaterais intoleráveis**, aumente mais gradualmente ou considere metformina de ação prolongada (500mg): • Inicie com 500mg uma vez ao dia, tomar com café da manha. Cada 2 semanas, aumente 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. • Se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses *e* boa adesão *e* MTF em dose máxima (ou tolerada), mantenha MTF mesma dose e adicione passo 2.

Continue tratando paciente com diabetes →135.

[1]Solicite como 'microalbumina na urina – amostra isolada'. [2]IECA: como enalapril ou captopril. BRA: como losartana. [3]Historia atual/passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. [4]Não prescreva sinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés atorvastatina ou pravastatina. [5]Estatina: sinvastatina ou outras estatinas como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. [6]Colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL. [7]Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos, uso de AINEs, corticoide, varfarina.

Continue tratando paciente com diabetes				
2	Glibenclamida	5mg ao dia	20mg ao dia, dividido em 2-3 doses	• Evite se profissão em que hipoglicemia possa ser um problema. Não prescreva se gestante, TFGe < 60 ou doença hepática. • **Prescreva se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses e boa adesão: continue MTF e adicione glibenclamida**. - Considere glibenclamida como primeira escolha somente se intolerância confirmada ou contraindicação à metformina. • Inicie com 5mg uma vez ao dia, tomar com café da manhã. Cada 2 semanas, aumente para 5mg 2 vezes ao dia até 10mg 2 vezes ao dia (ou dose máxima tolerada), tomar com café da manhã e jantar. • Oriente evitar perder refeições para evitar hipoglicemia. Assegure-se de que consegue reconhecer e manejar hipoglicemia. • Se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses *e* boa adesão *e* usa MTF (ou intolerância MTF) *e* glibenclamida em dose máxima (ou tolerada) *e*: - Idade ≥ 65 anos e tem TFGe ≥ 45 e DCV[1] ou insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção< 40%, adicione dapaglifozina[2] (passo 3) ou - Idade ≥ 65 anos sem DCV e sem IC com fração de ejeção < 40%, adicione insulina (passo 4) ou - Idade < 65 anos, adicione insulina (passo 4).
3	Dapaglifozina[2]	10mg ao dia	10 mg ao dia	• Não prescreva se usa corticoide oral/EV. Se TFGe <45, discuta e considere menor benefício no controle da glicose. • **Prescreva se HbA_{1c} acima da meta apos 3 meses e boa adesão e usa/usou MTF e glibenclamida e tem ≥ 65 anos e TFGe ≥ 45 e DCV[1] ou insuficiência cardíaca (IC) com fracão de ejeção< 40%: continue MTF e glibenclamida e adicione dapaglifozina.** - Considere como primeira escolha somente se intolerância confirmada ou contraindicação à metformina e glibenclamida. • Prescreva 10mg uma vez ao dia, com ou sem comida. • Se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses e boa adesão e usa MTF (ou intolerância MTF) e glibenclamida e dapaglifozina em dose máxima (ou tolerada): adicione insulina (passo 4).
4	Insulina NPH	0,1-0,2 UI/kg ou 10UI subcutânea ao deitar para dormir	-	• **Prescreva se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses e boa adesão e usa MTF (ou intolerância MTF) e glibenclamida em dose máxima (ou tolerada) e:** **- Idade < 65 anos ou** **- Idade ≥ 65 anos sem DCV e sem insuficiência cardíaca com fração de ejeção < 40% ou** **- Usa dapaglifozina em dose máxima (ou tolerada)**. • Se usa MTF e/ou dapaglifozina, continue. Se usa glibenclamida, diminua gradualmente até parar. • Prescreva inicialmente insulina NPH 0,1-0,2 U/kg ou 10UI subcutânea. Oriente aplicar ao deitar para dormir (ou 22h). • Oriente automonitoramento da glicemia matinal em jejum cada 3 dias. Almeje glicemia em jejum entre 70-130 e ajuste dose da insulina NPH se necessário: - Se glicemia em jejum < 70, reduza dose diária em 4UI. - Se glicemia em jejum entre 131-180, aumente dose diária em 2UI. - Se glicemia em jejum > 180, aumente dose diária em 4UI. - Se necessita > 30UI de insulina NPH ao deitar para dormir/22h divida em 2 doses ao dia, com 2/3 aplicado pela manhã e 1/3 ao deitar para dormir/22h. - Se estável com glicemia em jejum entre 70-130, paciente pode verificar glicemia matinal em jejum somente uma vez por semana. - Se glicemia matinal em jejum na meta (entre 70-130) mas HbA_{1c} acima da meta após 3 meses e boa adesão, oriente automonitoramento da glicemia capilar antes do almoço (AA), antes do jantar (AJ) e antes de deitar (AD) cada 3 dias e ajuste insulina NPH ou adicione/ajuste insulina regular: • Se glicose AA > 130 (se > 65 anos, considere 180) inicie/aumente 2UI de insulina regular antes do café da manhã. Se < 70, reduza de 2-4UI de insulina regular. • Se glicose AJ >130 (se > 65 anos, considere 180) se usa < 1,0 UI/Kg de insulina NPH, aumente 4UI de insulina NPH antes do café. Se usa >1,0 UI/Kg de insulina NPH, inicie/aumente 2UI de insulina regular antes do almoço. Se < 70, reduza de 2-4UI de insulina regular. • Se glicose AD >130[3]: inicie/aumente 2UI de insulina regular antes do jantar. Se < 70, reduza de 2-4UI de insulina regular. • Se HbA_{1c} acima da meta após 3 meses e boa adesão e dose total diária de insulina NPH >1,0 UI/Kg ou usando insulina regular, discuta/encaminhe. • Eduque sobre uso da insulina: - Explique técnica e locais recomendados para injeção da insulina: abdome, coxas, parte superior dos braços. - Oriente armazenar insulina na geladeira ou em ambiente fresco e escuro. - Assegure-se de que paciente sabe reconhecer e como proceder em caso de hipoglicemia ou hiperglicemia. - Oriente como armazenar agudas/seringas/lancetas e que deve descartar no centro de saúde.

Reavalie paciente cada 3 meses se HbA_{1c} acima da meta ou cada 6 meses se estável/HbA_{1c} na meta.

[1]História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. [2]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)

- Deixe paciente sentado recostado na cadeira com o braço apoiado ao nível do coração e ambos os pés apoiados no chão por 5 minutos.
- Use um manguito maior se a circunferência medial do braço for > 34cm.
- Garanta que paciente esta com bexiga vazia e não tomou bebida com cafeina, fumou tabaco ou fez atividade física intensa nos últimos 30 minutos. Oriente paciente evitar falar enquanto mede PA.
- Considere também que se paciente está estressado ou com dor, o valor da PA pode estar alterado.
- Primeiro verifique a PA em ambos os bracos e use o braço com maior valor para as aferições seguintes.
  - Se diferença > 15mmHg entre os braços, repita mais de uma vez para confirmar e, se confirmar, considere suspeita de **dissecção de aorta** e discuta.
- Depois verifique a PA no braço com maior valor de PA mais uma vez após 1-2 minutos. Faça a média de ambas a medidas para determinar a PA do paciente.
- Se gestante, interprete resultados →159.

Atenda com urgência paciente com PA ≥ 180/120 e um ou mais dos seguintes:

- Alterações visuais
- Tontura
- Confusão
- Dor de cabeça
- Dor no peito →48
- Falta de ar que piora ao deitar ou com edema de MMII →139.
- 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** →141

Maneje:

- Encaminhe com urgência.
- Enquanto aguarda remoção, discuta para considerar uso de medicamentos hipotensores (podem causar uma queda intensa na PA e AVC).

Abordagem do paciente que não necessita de atenção urgente

PA < 140/90

Decida quando repetir PA:

PA < 120/80

- Se < 40 anos e sem fatores de RCV[1]: reavalie após 5 anos.
- Se < 40 anos e com fatores de RCV[1]: reavalie após 1 ano.
- Se ≥ 40 anos, reavalie após 1 ano.

PA 120/80 – 139/89

- Reavalie a PA após 1 ano.
- Maneje RCV ↩ 130.

PA 140/90 – 179/109

- Repita PA em outras 2 ocasiões, sendo uma delas fora do consultório.
- **Evite diagnosticar hipertensão com apenas uma medida.**

Se 1 das medidas: PA < 140/90[2]

Se as 2 medidas: PA 140/90 – 179/109

Diagnostique **hipertensão**

- Ofereça cuidados de rotina para hipertensão →137.
- Se PA ≥ 180/120 *ou* paciente com < 30 anos e IMC < 30 e sem história familiar de hipertensão, considere **hipertensão secundária** e discuta para solicitar investigação complementar.

PA ≥ 180/110

- Repita PA após 1 hora de repouso.
- **Evite diagnosticar hipertensão com apenas uma medida.**

PA confirmada ≥ 180/110

Se não tiver feito: verifique se necessita de atenção urgente (vide acima).

[1]Considere os seguintes fatores de RCV: 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). [2]Se medida fora do consultório é PA ≥ 140/90, discuta e considere **hipertensão mascarada**.

Hipertensão: cuidados de rotina

Avalie paciente com hipertensão

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Pergunte sobre sintomas de insuficiência cardíaca ⮌ 139, doença cardíaca isquêmica ⮌ 142 ou derrame/AIT ⮌ 141.
Álcool/drogas	No diagnóstico e se PA não controlada	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ⮌ 145.
Adesão e uso de medicamentos	• No diagnóstico • Se PA não controlada	• 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 parar ou trocar. • Se em medicamentos anti-hipertensivos, verifique adesão e pergunte sobre efeitos adversos ⮌ 138. Se má adesão, ofereça apoio ⮌ 16.
PA	• Verifique 2 medidas cada consulta • Se início/ajuste de medicamento: na semana antes do retorno. • Para o método correto ⮌ 136.	• Se início/ajuste de medicamento, oriente medir PA por 3 dias na semana antes do retorno (4 medidas/dia, sendo 2 medidas, com 1 min entre entre elas, de manhã e 2 de tarde/noite, antes de tomar medicamento). Calcule média da PAS e PAD. Se controle discordante com PA do dia da consulta, discuta. • Se < 140/90 (< 130/80 se DCV[2], DRC, IC ou DM e RCV ≥ 20%; < 150/90 se ≥ 60 anos sem DM e RCV < 20%): **PA controlada**[3], reavalie em 6 meses. - Se PAS consistentemente ≤ 110, considere reduzir dose ou medicamentos. • Se ≥ 140/90 (≥ 130/80 se DCV[2], DRC, IC ou DM e RCV ≥ 20%; ≥ 150/90 se ≥ 60 anos sem DM e RCV < 20%): **PA não controlada**[3], ajuste tratamento ⮌ 138.
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 ECG e discuta/interprete.
Ausculta cardíaca	Toda consulta	Se sopro diastólico/sistólico acentuado/holossistólico ou frêmito sistólico, solicite ecocardiograma. Se dúvidas, discuta.
Abdome	No diagnóstico	Se massa pulsátil, solicite USG e discuta para considerar avaliações adicionais.
Olhos para retinopatia	No diagnóstico e cada 1-2 anos se PA não controlada	Faça ou encaminhe para fundoscopia. Se estreitamento arteriolar, compressão arteriovenosa, hemorragias ou exsudados da retina, papiledema: provável **retinopatia**. Se provável retinopatia, problemas visuais ou catarata, encaminhe.
Diabetes	No diagnóstico, então anual	Se não tem diabetes conhecida, verifique qual teste fazer ⮌ 131 e interprete ⮌ 132 Se diabetes conhecida ⮌ 133.
Creatinina (TFGe) e potássio	• No diagnóstico e anual • Se > 75 anos: 2 semanas após iniciar/aumentar IECA/BRA[3] • Se em espironolactona: antes de iniciar, 2 semanas após iniciar/aumentar e então cada 6 meses	• Se TFGe < 60, discuta. • Se TFGe ≤ 45, discuta e considere não iniciar/parar espironolactona, encaminhe com prioridade. • Se TFGe < 30, discuta/encaminhe com prioridade e considere não iniciar/parar IECA (ex: enalapril)/BRA (ex: losartana) ou tiazídicos (ex: hidroclorotiazida). • Se TFGe com diminuição > 30% entre as medidas: repita creatinina (TFGe) em 2 semanas e discuta para considerar pararIECA (ex: enalapril)/BRA (ex: losartana). • Se potássio ≥ 4,5: não inicie/pare espironolactona e discuta. • Se potássio ≥ 5,0: repita/confirme imediatamente, discuta para reduzir dose de IECA/BRA[3]. Se potássio ≥ 5,5: pare IEAC/BRA[3].
Exame de urina (PU)	No diagnóstico e anual	Se proteinúria, verifique se tem leucocitúria. Se presente, exclua ITU. Se leucocitúria ausente e não tem ITU, solicite relação albumina/creatinina urinárias (RAC). Se RAC aumentada, repita/confirme e discuta. Se presença de glicose, solicite glicemia de jejum e interprete resultado ⮌ 131.
RCV	1ª consulta e conforme resultado	Solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos: avalie/maneje RCV ⮌ 128. Interprete resultados ⮌ 130. • Se RCV < 20%, reavalie em 1 ano. Se ≥ 20%, reavalie em 6 meses.
ECG	No diagnóstico e anual se PA não controlada	• Se sinais de hipertrofia ventricular esquerda, considere **insuficiência cardíaca** ⮌ 139. • Se outras alterações ou pulso irregular com ECG normal, discuta.

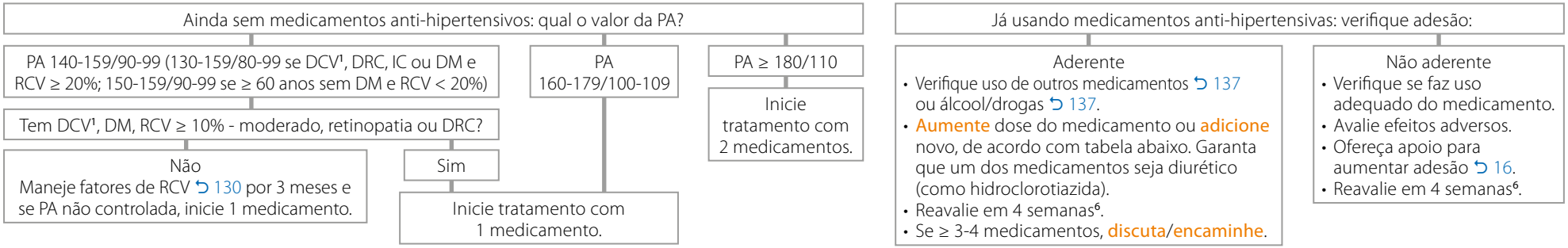
Aconselhe paciente com hipertensão

- 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 ⮌ 146.
- 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 ⮌ 16.
- Oriente evitar AINEs (como o ibuprofeno), contraceptivos orais que contenham estrogênio ⮌ 157. Se usa hidroclotiazida, oriente evitar exposição solar das 10-15h, usar protetor solar e boné/guarda-sol.

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]História atual/passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. [3]Se idoso frágil ⮌ 21, discuta para individualizar meta.

Trate paciente com hipertensão

- Se **DCV**[1]:
  - Prescreva sinvastatina[2] 40mg (se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e discuta) à noite, uso contínuo. Evite se gestante ou doença hepática.
    - Solicite CT, HDL e TGC antes, 3 meses após iniciar sinvastatina/estatina[3] e anual. Almeje reduzir não-HDLc[4] > 40% após 3 meses de uso e manter redução. Interprete resultados ↩ 130.
  - Prescreva AAS[5] 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés clopidogrel[5] 75mg ao dia.
- Se **PA controlada**, mantenha mesmo tratamento e reavalie cada 6 meses.
- Se **PA não controlada**, prescreva tratamento anti-hipertensivo usando algoritmo/tabela abaixo e, se iniciando ou ajustando medicamento, reavalie em 4 semanas[6] (tempo para efeito pleno do medicamento):



Medicamento	Decida qual medicamento utilizar	Dose inicial	Dose máxima	Efeitos adversos
Hidroclorotiazida (HCTZ)	• **Tratamento de primeira escolha**. - Se DM, DRC, hipertrofia VE ou IC: inicie primeiro enalapril e, se necessário, então adicione HCTZ. • Não prescreva se gestante, gota, TFGe < 30 ou doença hepática grave. • Cuidado se história atual/familiar de câncer de pele (altas doses por anos pode aumentar risco de câncer de pele).	25mg ao dia pela manhã	25mg ao dia[7]	• Tolerância diminuída à glicose, crise de gota, alterações gastrointestinais. • Risco de câncer de pele.
Enalapril	• **Tratamento de primeira escolha se DM, DRC, hipertrofia VE ou IC.** - Se PA não controlada e usa somente enalapril 10mg/dia, adicione HCTZ (ao invés de aumentar enalapril). Se já usa enalapril 10mg/dia e HCTZ, aumente enalapril para 20mg/dia. Se já usa enalapril 20mg/dia, aumente então para 20mg cada 12 horas. • Não prescreva se gestante/amamentando, angioedema prévio, TFGe < 30. Não inicie se potássio ≥ 5, pare se ≥ 5,5.	10mg ao dia	20mg cada 12 horas	Tosse (se tosse, substitua por losartana 50-100mg ao dia), tontura, angioedema (edema de língua, lábios, face, falta de ar: pare enalapril/losartan imediatamente) ↩ 43.
Anlodipino	• Considere se doença de Raynaud. • Não prescreva se IC descompensada. Se IC estável, discuta.	5mg ao dia	10mg ao dia	Edema em tornozelo, tontura, rubor em face, dor de cabeça, fadiga.
Espironolactona	• Use se PA não controlada e usa HCTZ (ou similar), enalapril (ou similar ou losartana) e anlodipino (ou similar) em dose máxima. Não prescreva se gestante. - Verifique potássio e TFGe antes de iniciar e 2 semanas após. Se potássio ≥ 4,5 ou TFGe ≤ 45: não inicie/pare espironolactona e discuta para considerar carvedilol ao invés.	25mg ao dia	25mg ao dia[7]	Ginecomastia.
Carvedilol (CVL) ou propranolol (PPL)	• Se IC, CI, taquiarritmia ou contraindicação a espironolactona e PA não controlada: prescreva carvedilol. • Se não tem sinais de IC e tem tremor essencial, hipertireoidismo ou enxaqueca: prescreva ao invés propranolol. • Não prescreva CVL ou PPL se IC descompensada, DPOC/asma grave. Se FC < 60 antes do tratamento: discuta. • Se DPOC/asma leve/moderada, não prescreva propranolol e discuta uso de carvedilol/alternativa	• CVL: 6,25mg cada 12 horas • PPL: 40mg cada 12h	• CVL: 25mg (se > 85Kg, 50mg) cada 12 horas • PPL: 320mg cada 8-12h	Sensação de apreensão torácica, fadiga, bradicardia, dor de cabeça, mãos/pés frios, impotência sexual, hipotensão ortostática.

Se PA controlada por ao menos 1 ano *e* RCV < 10%, considere reduzir/parar medicamento anti-hipertensivo. **Se parou, reavalie mensalmente por 6 meses, então cada 6 meses por 1 ano após parada.**

Reavalie paciente com PA não controlada cada 4 semanas e paciente com PA controlada cada 6 meses.

[1]História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. [2]Não prescreva sinvastatina se usa, atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés atorvastatina ou pravastatina. [3]Estatina: sinvastatina ou outras estatinas como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. [4]Colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL. [5]Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos, uso de AINEs, corticoide, varfarina. [6]Oriente medir PA por 3 dias na semana antes do retorno (4 medidas/dia, sendo 2 medidas, com 1 min entre entre elas, de manhã e 2 de tarde/noite, antes de tomar medicamento). Calcule média da PAS e PAD e compare com medidas na consulta de retorno. [7]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 piora com os esforços/deitado. **Confirme o diagnóstico, se dúvidas discuta.**

Atenda com urgência paciente com insuficiência cardíaca e um ou mais dos seguintes:

- Dor no peito →48
- 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 SaO2 < 90%[1]
- Novos sibilos

Maneje e encaminhe com urgência:

- Mantenha paciente sentado e se FR ≥ 30 em repouso ou SaO2 < 90% ou falta de ar, aplique oxigênio via cânula nasal 1-6L/min para meta de SaO2 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 a mesma dose diária de furosemida de forma EV (máximo de 160mg). Se não responder após 30 minutos aplique o 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 PA sistólica ≥ 180: dê dose única de enalapril 10mg.
- 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 sintoma. Se tosse ou falta de ar ↩ 49. Encaminho no mesmo dia se desmaio/apagões.
Planejamento familiar	Toda consulta	Avalie necessidades de contracepção ↩ 157. Se gestante ou planejando engravidar, discuta.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
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 ↩ 147.
Cuidados paliativos	No diagnóstico, se piorando	Se tratamento otimizado e mantém cansaço aos pequenos esforços[2], ≥ 3 admissões últimos 6 meses (ou ≥ 1 se > 75 anos), ofereça cuidados paliativos. ↩ 167.
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 ↩ 136. Se HAS, discuta para considerar meta PA < 130/80[3]: ofereça cuidados de rotina ↩ 137.
Pulsos	Toda consulta	Se irregular, solicite ECG e discuta. Se nova irregularidade de pulso, discuta e considere encaminhar no mesmo dia.
Creatinina (TFGe) e potássio	• No diagnóstico e semestral • Se > 75 anos: 2 semanas após iniciar/aumentar IECA/BRA[4] • Se em espironolactona: antes de iniciar, 2 semanas após iniciar/aumentar, então cada 6 meses	• Se TFGe < 60, discuta. • Se TFGe ≤ 45, discuta e considere não iniciar/parar espironolactona, encaminhe com prioridade. • Se TFGe < 30, discuta/encaminhe com prioridade e considere não iniciar/parar IECA/BRA4 ou tiazídicos[5]. • Se TFGe com diminuição de > 30% entre as medidas: repita creatinina (TFGe) em 2 semanas e discuta para considerar parar IECA/BRA[4]. • Se potássio ≥ 4,5: não inicie/pare espironolactona e discuta. • Se potássio ≥ 5,0: repita/confirme imediatamente, discuta para reduzir dose de IECA/BRA[4]. Se potássio ≥ 5,5: pare IEAC/BRA[4].
Cálculo do RCV	1ª consulta e conforme risco	Solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos: avalie e maneje RCV ↩ 128. Se RCV ≤ 20%, reavalie em 1 ano. Se > 20% (alto RCV), reavalie em 6 meses.
Outros testes	• No diagnóstico • Se piora progressiva do cansaço/falta de ar ou se descompensações recorrentes	• Solicite ecocardiograma no diagnóstico e se piora progressiva do cansaço/falta de ar. Não há necessidade de repetir se paciente sem piora do cansaço/falta de ar. • Solicite ECG e rx tórax no diagnóstico. • Solicite HMG, sódio, TSH, TGO, TGP, exame de urina (PU), se *não tem* DM, avalie necessidade de rastrear ↩ 131. • Discuta se resultados anormais.

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]Caminhar devagar no terreno plano, arrumar a casa, dançar socialmente. [3]Se idoso frágil, discuta para individualizar meta da PA. [4]IECA: como enalapril ou captopril. BRA: como losartana. [5]Tiazídico: como hidroclortiazida.

Aconselhe paciente com insuficiência cardíaca

- Explique que a adesão ao tratamento é importante mesmo se assintomático para melhorar funcionalidade e diminuir mortalidade.
- Ajude paciente a manejar seu RCV ↩ 130. Se usa tabaco ↩ 146. 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), Haemophilus influenzae tipo b (dose única, se não fez na infância), influenza anual e COVID conforme recomendação vigente.
- Aplique os passos 1 a 2 abaixo em todos pacientes. Se mantém sintomas, aplique o passo 3.
- Se sobrecarga hídrica (peso maior em relação ao peso do paciente assintomático, crepitações pulmonares, distensão jugular, edema em pernas): aplique passo 4.
- Se sobrecarga hídrica que não melhora com passo 4 ou se paciente no passo 3 e mantém sintomas, discuta/encaminhe com prioridade.
- Se paciente tem hipertensão e sem melhora apesar dos passos 1 e 2, ajuste tratamento ↩ 138.

Passo	Medicamento	Dose inicial	Dose máxima	Observações
1	Prescreva enalapril	10mg cada 12 horas	20mg cada 12 horas	• Dobre dose cada 2 semanas. Objetive dose máxima tolerada. • Não prescreva se gestante/amamentando, angioedema prévio, TFGe < 30. • Não inicie se potássio ≥ 5, pare se ≥ 5,5. • Se tosse: substitua por losartan 50-100mg ao dia. • Se angioedema (edema de língua, lábios, face, falta de ar) ↩ 49: pare enalapril /losartana e discuta opções terapêuticas.
2	Prescreva carvedilol	3,125mg cada 12 horas	25mg (se > 85Kg, 50mg) cada 12 horas	• Inicie quando já em uso de enalapril e sem edema. Dobre dose cada 2 semanas. Objetive dose máxima tolerada. • Não prescreva se insuficiência cardíaca descompensada, DPOC/asma grave. • Se FC < 60 antes do tratamento ou DPOC/asma leve/ moderada: discuta.
3	Adicione espironolactona	25mg ao dia	25mg[1]	• Use se mantém sintomas e já aplicou os 3 passos. • Verifique potássio e TFGe antes de iniciar e 2 semanas após. - Se potássio ≥ 4,5 ou TFGe ≤ 45: não inicie/pare espironolactona e discuta. • Não prescreva se gestante.
4	Adicione furosemina	20mg ao dia pela manhã	240mg/dia	• Use se cansaço/falta de ar aos pequenos esforços[2]. • Ajuste dose conforme status hídrico: se sobrecarga hídrica[3], objetive perda de peso de 1kg/dia: - Aumente dose cada 2-3 dias até melhora. Se usa 20mg/dia, aumente para 40mg/dia, então 80mg/dia, se necessário. • Se em 80mg/dia aumente para 80mg de manhã e 80mg no almoço. Então, se necessário, acrescente mais uma dose de 80mg de tarde. • Se não responder em dose máxima, discuta/ encaminhe. - Após melhora, ajuste dose para manter peso que paciente apresenta sem sobrecarga hídrica[3].

[1]Dose máxima considerada para manejo na atenção primária, discuta. [2]Caminhar devagar no terreno plano, arrumar a casa, dançar socialmente. [3]Sobrecarga hídrica esta presente 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):

- 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

Confirme diagnóstico de derrame (AVC) e maneje como abaixo se < 7 dias do início dos sintomas. Discuta se > 7 dias do início dos sintomas.

Atenda e encaminhe com urgência paciente com derrame/AIT se < 7 dias do início dos sintomas (para considerar trombólise em unidade especializada em derrame, se disponível):

- Se SaO2 < 94% ou FC > 30, aplique oxigênio via cânula nasal 1-6L/min para manter SaO2 > 94%.
- Verifique glicemia: se < 55mg/dL ⮌ 26.
- Mantenha paciente sem nada pela boca 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 PA ≥ 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 ⮌ 48 ou dor na perna ⮌ 79. 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 ⮌ 147.
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.
Cuidados paliativos	Toda consulta	Se piora da função física/mental ou dificuldade importante em engolir ou respirar, também ofereça cuidados paliativos ⮌ 167.
PA	Toda consulta	Se *não tem* HAS conhecida, interprete.⮌ 136. Se HAS discuta para considerar meta PA < 130/80[1]: ofereça cuidados de rotina ⮌ 137.
Ausc cardíaca/carotídea	Toda consulta	Se sopro cardíaco diastólico/sistólico acentuado/holossistólico ou frêmito sistólico, solicite ecocardiograma e discuta. Se sopro carotídeo, solicite USG e discuta.
Lesão por pressão	Se acamado/cadeirante	Avalie áreas comuns para lesão de pele (mudança de cor) e lesão por pressão. Se presentes ⮌ 93.
Diabetes	No diagnóstico, então anual	Se não tem diabetes conhecida, verifique qual teste fazer ⮌ 131 e interprete ⮌ 132. Se diabetes conhecida ⮌ 133.
RCV	1ª consulta e anual	Solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos: avalie RCV ⮌ 128. Interprete resultados ⮌ 130.
ECG	No diagnóstico	Se alterado, discuta.

Aconselhe paciente com derrame/AIT

- Aconselhe paciente a procurar atendimento médico imediato se os sintomas recorrerem. O tratamento rápido de um derrame/AIT pequeno pode reduzir o risco de um derrame (AVC) maior.
- Aconselhe/maneje fatores de RCV ⮌ 130. Se fuma, motive parar ⮌ 146. Se problemas de mobilidade, oriente como evitar quedas.
- Não prescreva contracepção com estrogênio, aconselhe outros métodos ⮌ 157. 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 AAS[2] 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés clopidogrel[2] 75mg ao dia. Se doença valvar ou fibrilação atrial, encaminhe para substituir o AAS/clopidogrel por varfarina.
- Prescreva sinvastatina[3] 40mg (se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e discuta) à noite, uso contínuo. Evite se gestante ou doença hepática.
  - Solicite CT, HDL e TGC antes, 3 meses após iniciar sinvastatina/estatina[4] e anual. Almeje reduzir não-HDLc[5] > 40% após 3 meses de uso e manter redução. Interprete resultados ⮌ 130.

[1]Se idoso frágil, discuta para individualizar meta da PA. [2]Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos, uso de AINEs, corticoide, varfarina. [3]Não prescreva sinvastatina se usa, atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés atorvastatina ou pravastatina. [4]Estatina: sinvastatina ou outras estatinas como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. [5]Colesterol 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 →48.

O paciente tem doença cardíaca isquêmica conhecida (ou angina[1])?

Não

Dor/desconforto no peito atual ou prévio com qualquer um dos seguintes:
- Sensação como 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 →48.

Sim para qualquer um

A dor/desconforto no peito é:
- Desencadeada por exercícios, esforço ou ansiedade *e*
- Alivia com repouso *e*
- Dura < 10 minutos

Sim para todos

Provável **angina estável**
- Confirme diagnóstico, solicite teste ergométrico (se paciente incapaz de realizar teste por problemas musculoesqueléticos, discuta).
- Se já não tiver feito, considere também outras causas de dor no peito (siga algoritmo de abordagem do paciente com dor no peito que não necessita de atenção urgente) ⮌ 48.
- 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) →143.

Não para qualquer um[2]

Provável **síndrome coronariana aguda** (**ataque cardíaco ou angina instável**)

Encaminhe com urgência: chame ajuda, peça para ligar **SAMU 192**. Se disponível, faça um ECG[3] nos primeiro 10 minutos. Inicie manejo imediatamente e discuta:
- Se SaO2 < 90% ou falta de ar ou FR > 30, aplique oxigênio via cânula nasal 1-6L/min para manter SaO2 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[4] 300mg em dose única mastigado. Se alergia ao AAS, dê clopidogrel[4] 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 dinitrato 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 tadalafila nas últimas 48 horas.
  - Se dor persistente ou intensa ou contraindicação ao uso de dinidrato de isossorbida: aplique morfina 4mg EV[5] 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.

Sim

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 minutos *ou*
- Pior/maior duração que o usual *ou*
- Ocorre mais frequente que o usual

Sim para qualquer um

Provável **síndrome coronariana aguda** (**ataque cardíaco ou angina instável**)

Encaminhe com urgência: chame ajuda, peça para ligar **SAMU 192**. Se disponível, faça um ECG[3] nos primeiro 10 minutos. Inicie manejo imediatamente e discuta:
- Se SaO2 < 90% ou falta de ar ou FR > 30, aplique oxigênio via cânula nasal 1-6L/min para manter SaO2 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[4] 300mg em dose única mastigado. Se alergia ao AAS, dê clopidogrel[4] 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 dinitrato 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 tadalafila nas últimas 48 horas.
  - Se dor persistente ou intensa ou contraindicação ao uso de dinidrato de isossorbida: aplique morfina 4mg EV[5] 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.

Não para todos

- Se já não tiver feito, considere também outras causas de dor no peito (siga algoritmo de abordagem do paciente com dor no peito que não necessita de atenção urgente) ⮌ 48.
- Ofereça cuidados de rotina para doença isquêmica cardíaca →143.

[1]Dor no peito causada por doença cardíaca isquêmica. [2]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) ⮌ 48, discuta para considerar **problema musculoesquelético** →48. [3]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. [4]Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos, uso de AINEs, corticoide, varfarina. [5]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 ⮌ 142. Também pergunte sobre dor na perna ⮌ 79 e sintomas de AVC/AIT ⮌ 141.
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 ⮌ 147.
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 ⮌ 167.
PA	Toda consulta	Se *não tem* HAS conhecida, avalie ⮌ 136. Se HAS conhecida, discuta para considerar meta de PA < 130/80[1]: ofereça também cuidados de rotina para HAS ⮌ 137.
Diabetes	No diagnóstico, então anual	Se não tem diabetes conhecida, verifique qual teste fazer ⮌ 131 e interprete ⮌ 132. Se diabetes conhecida ⮌ 133.
RCV	1ª consulta e anual	Solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos: avalie RCV ⮌ 128. Interprete resultados ⮌ 130.

Aconselhe paciente com doença cardíaca isquêmica

- Aconselhe/maneje fatores de RCV ⮌ 130. Se fuma, motive parar ⮌ 146. 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 ⮌ 16. Garanta que sabe como usar nitrato 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 parentes de primeiro grau ⮌ 128.

Trate paciente com doença cardíaca isquêmica

- Prescreva AAS[2] 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés clopidogrel[2] 75mg ao dia. Se doença valvar ou fibrilação atrial, encaminhe para substituir AAS/clopidogrel por varfarina.
- Após evento agudo (síndrome coronariana) ou intervenção coronariana/carotídea (ex. stent), continue AAS e dê também clopidogrel[2] 75mg ao dia. Discuta para decidir quando parar.
- Prescreva sinvastatina[3] 40mg (se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e discuta) à noite, uso contínuo. Evite se gestante ou doença hepática.
  - Solicite colesterol total, HDL e triglicerídios antes, 3 meses após iniciar sinvastatina/estatina[4] e anual. Almeje reduzir não-HDLc[5] > 40% após 3 meses de uso e manter redução. Interprete resultados ⮌ 130.
- Prescreva atenolol 50mg ao dia mesmo se sem angina. Almeje FC = 50-60. 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.
- 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.
- Se paciente tem **angina estável**: trate usando medicamentos de forma gradual como tabela abaixo. Se desconforto/dor no peito (angina) controlada, continua mesmo medicamento e dose. Se angina persistir no peito 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	Dinitrato de isossorbida se angina/antes de esforços *e*	5mg SL se angina ou antes de exacerbação	3 doses de 5mg em 1 episódio de angina	Se angina, pare qualquer atividade e tome 1ª dose. Se angina persistir, tome até 2 doses adicionais cada 5min. Se não melhorar 5 min após 3ª dose, procurar atendimento urgente. Não tomar se usou sildenafila/vardenafila há < 24h ou tadalafina há <48 horas.
	Atenolol (ATL)	50mg ao dia	100mg ao dia	Se IC ⮌ 139 ou necessita para controlar PA (como 4ª ou 5ª droga), dê ao invés carvedilol (CVL) 6,25mg cada 12 horas até 25mg (se > 85Kg, 50mg) cada 12 horas. Não prescreva CVL se DPOC/asma leve/moderada: discuta. Não prescreva ATL/CVL se DPOC/asma grave/descontrolada, IC descompensada, FC < 50 antes do tratamento, PAS < 100: discuta. 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	Anlodipino	5mg pela manhã	10mg ao dia	Não prescreva se IC descompensada. Se IC estável, discuta. Se efeitos adversos (edema em tornozelo, tontura, rubor em face, dor de cabeça, fadiga): oriente que geralmente são autolimitados. Se não toleráveis: discuta.
3	Mononitr. de isossorbida	20mg cada 12 horas	40mg cada 12 horas	Não precreva se glaucoma de ângulo fechado. Não usar com sildenafila, tadalafila ou valdernafila (risco de hipotensão grave).

Discuta/encaminhe se angina persiste/interfere nas atividades cotidianas apesar do tratamento

[1]Se idoso frágil, discuta para individualizar meta da PA. [2]Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos, uso de AINEs, corticoide, varfarina. [3]Não prescreva sinvastatina se usa, atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés atorvastatina ou pravastatina. [4]Estatina: sinvastatina ou outras estatinas como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. [5]Colesterol 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 ⮌ 48 e sintomas de derrame/AIT ⮌ 141. 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 ⮌ 147.
Cuidados paliativos	Se necessário	Se sintomas intensos/não melhora com tratamento e sem possibilidade de cirurgia, também ofereça cuidados paliativos ⮌ 167.
PA	Toda consulta	Se *não tem* HAS conhecida, interprete ⮌ 136. Se HAS conhecida: ofereça também cuidados de rotina para HAS ⮌ 137.
Pernas e pés	Toda consulta	Avalie dor, pulsos, sensações, deformidades, problemas de pele. Dê orientações de rastreio/cuidado dos pés ⮌ 80. Se úlcera em perna que não cicatriza ⮌ 89.
Abdome	Toda consulta	Se palpar massa pulsátil, investigue aneurisma da aorta abdomina: solicite USG e discuta. 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 ⮌ 131 e interprete ⮌ 132. Se diabetes conhecida ⮌ 133.
RCV	1ª consulta e anual	Solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos: avalie RCV ⮌ 128. Interprete resultados ⮌ 130.

Aconselhe paciente com doença arterial periférica

- Aconselhe/maneje fatores de RCV ⮌ 130. Se fuma, motive parar ⮌ 146.
- 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 ⮌ 128.

Trate paciente com doença arterial periférica

- Oriente exercícios (como caminhadas em passos rápidos) por 30 minutos pelo menos 3 vezes na semana (de preferência diariamente). Oriente paciente a parar e descansar quando tiver claudicação.
- Prescreva AAS[1] 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés clopidogrel[1] 75mg ao dia. Se doença valvar ou fibrilação atrial, encaminhe para substituir o AAS/clopidogrel por varfarina.
- Prescreva sinvastatina[2] 40mg (se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e discuta) à noite, uso contínuo. Evite se gestante ou doença hepática.
  - Solicite CT, HDL e TGC antes, 3 meses após iniciar sinvastatina/estatina[3] e anual. Almeje reduzir não-HDLc[4] > 40% após 3 meses de uso e manter redução. Interprete resultados ⮌ 130.

- 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.

[1]Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica atual, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos, uso de AINEs, corticoide, varfarina. [2]Não prescreva sinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés atorvastatina ou pravastatina. [3]Estatina: sinvastatina ou outras estatinas como atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina. [4]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 ⮌ 146.

Avalie paciente com uso arriscado de álcool ou outra droga

Avalie	Observações
Sintomas	• Se parou/reduziu e está com inquietação, agitação, dificuldades para dormir, confusão, ansiedade, alucinações, sudorese, tremores, dor de cabeça ou náusea/vômitos, trate provável **abstinência** ⮌ 100. • Se agressivo/violento ou comportamento descontrolado ⮌ 99. • Pergunte sobre pensamentos ou planos de suicídio. Se paciente tem pensamentos ou planos de suicídio ⮌ 97.
Riscos/danos	• Beber > 14 doses[1]/semana ou ≥ 4 doses[1]/sessão, aumenta risco de dano e dependência. • Uso é **nocivo** se causa danos físicos (ferimentos, problemas de fígado e estômago), mentais, sociais (relações, legais ou financeiros) ou leva a comportamentos de risco (sexo desprotegido).
Dependência	Paciente tem **dependência** 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 ⮌ 102.
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 ⮌ 147.

Aconselhe paciente com uso arriscado de álcool ou outra droga

- Avalie e maneje estresse ⮌ 101.
- 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 ⮌ 15.

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[1]/dia e evitar beber pelos menos 2 dias/semana.

Uso de qualquer outra droga sem dependência

- Oriente parar o uso de drogas ilegais ou de prescrição.
- Se paciente escolhe continuar uso, oriente reduzir danos: evitar injetáveis ou usar técnica estéril, testar regularmente para HIV, sífilis e hepatites.

Dependência ao álcool/outras drogas

- Oriente que álcool/drogas necessitam ser interrompidos de forma gradual. Se parada súbita, efeitos da abstinências podem ser danosos.
- Desintoxicação (abaixo) vai desmamar o corpo de álcool/drogas de forma segura .

Trate 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)	• Prescreva tiamina 300mg oral ao dia por 14 dias. Se paciente está malnutrido ou em más condições prescreva tiamina 100mg IM ao dia por 3 dias, então oral. • Dê diazepam 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, discuta.
Droga estimulante/cannabis	Se ansiedade, inquietação, irritabilidade ou insônia, considere diazepam 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	• Evite suspensão súbita de benzodiazepínicos. Reduza a dose muito gradualmente, retirada pode levar meses. • Substitua benzodiazepínico atual por dose equivalente de diazepam. Consulte calculadora/tabela de equivalência. Reduza diazepam em 2-2,5mg cada 2 semanas. Se sintomas ocorrerem, continue ou aumente dose por mais 2 semanas. Uma vez que esteja usando 20% da dose inicia, diminua em 0,5-2mg cada semana.

Se em desintoxicação ambulatorial, revalie diariamente até estável. Oriente retornar imediatamente se qualquer problema. Pare desintoxicação se paciente retomar uso de álcool/drogas.

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

Uso de tabaco

Avalie paciente que usa tabaco ou que parou recentemente

Avalie	Quando avaliar	Observação
Sintomas	Todas as consultas	• Pergunte sobre sintomas que podem sugerir câncer: tosse/falta de ar ↩ 49, sintomas urinários ↩ 74 ou perda de peso ↩ 32. • Pergunte sobre dor no peito ↩ 48, dor na perna ↩ 79, início súbito de: fraqueza assimétrica da face, braço ou perna; dormência, dificuldade na fala ou alteração visual ↩ 141.
Uso	Todas as consultas	• Pergunte sobre número de cigarros/dia, atividades associadas ao fumo e tentativas prévias de parar (o que ajudou, por quê falhou/recaiu). • Se parou recentemente, parabenize e ajude evitar recaída: reforce riscos/benefícios, pergunte desafios que encontrou e aconselhe como abaixo.
Estressores	Todas as consultas	Ajude identificar estressores domésticos, sociais e no trabalho que contribuam com o fumo. Se humor deprimido, estresse ou ansiedade ↩ 101.
DPOC	No diagnóstico	Se falta de ar quando caminha rápido/sobe uma inclinação, considere DPOC ↩ 125. Se DPOC conhecido ↩ 127.
RCV	No diagnóstico	Avalie e maneje o RCV ↩ 128.

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 ↩ 14. Apoio para mudança ↩ 15.
- 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 pessoa 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, distrai-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

- Dê as orientações acima para parar de fumar. Também prescreva medicamentos. Ofereça encaminhamento para psicologia/aconselhamento especialmente se depressão prévia ou 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.	• Use sempre que fissura. Masque até gosto da nicotina aparecer, então mantenha na boca até gosto desaparecer e masque de novo. Repita por 30 minutos e descarte (não engula). Evite alimentos/bebidas 30 minutos antes e durante o uso. • Não prescreva se doença cardíaca instável, IAM recente, úlcera péptica. Efeitos adversos: irritação bucal, dor mandibular, azia, náuseas.
Adesivo de nicotina	Inicie 21mg ao dia (se ≥ 10 cigarros/dia) ou 14mg ao dia (se < 10 cigarros/dia). Diminua em 7mg a cada 4 semanas. Use por 12 semanas.	• 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. Reveze o local de aplicação (tronco, braço). Evite exposição solar. • Evite se doença cardíaca instável, IAM recente, doença de pele. Efeitos adversos: irritação da pele, dificuldades de domir, sonhos lúcidos.
Bupropiona	Inicie 150mg ao dia por 3 dias, então 150mg 2 vezes ao dia (8 horas de diferença entre as doses) por 12 semanas.	Inicie 1-2 semanas antes da data de parada. Não prescreva se convulsões, transtorno alimentar/bipolar, pensamentos suicidas. Cuidado se diabetes, hipertensão. Efeitos adversos: insônia, agitação, boca seca, dor de cabeça.
Nortriptilina	Inicie 25mg à noite. Aumente 25mg/dia cada semana até 75-100mg. Use por 12 semanas, e diminua até parar.	Inicie 2-4 semanas antes da data de parada. Evite se pensamentos suicidas (fatal se overdose), doença cardíaca, retenção urinária, glaucoma, epilepsia. Efeitos adversos: boca seca, constipação, dificuldade de urinar, visão borrada, sedação, ganho de peso.

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

Não → Continue avaliando e manejando estresse e/ou tristeza →101.

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 desvalia
- 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 → Continue avaliando e manejando estresse e/ou tristeza →101.

Sim: paciente tem dificuldades para realizar trabalho habitual, atividades sociais ou domésticas?

Não → Continue avaliando e manejando estresse e/ou tristeza →101.

Sim

Exclua anemia
Se palidez, considere **anemia** ↩38

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 ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.

Avalie efeito adverso de medicamento
Revise medicamentos: prednisona, efavirenz, propranolol, metoclopramida, teofilina e contraceptivos podem causar depressão. Discuta com psiquiatra.

Um ou mais dos acima → Discuta opções de manejo.

Nenhum dos acima: paciente tem sintomas psicóticos[2]?

Sim → Discuta com psiquiatra mesmo dia.

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

Sim → Provável **transtorno bipolar** (**TAB**)
Discuta/encaminhe e se paciente já usou estabilizador de humor, avalie se há contraindicação e reinicie.

Não: teve uma grande perda ou falecimento nos últimos 6 meses?

Sim: paciente tem ideias de suicídio/autoagressão, sentimentos de inutilidade ou está se movendo/falando mais lento que o usual?

Não → Provável **depressão** →148.

Não: paciente teve depressão no passado?

Sim → Provável **depressão** →148.

Não → Maneje estresse/tristeza →101.

Sim → Provável **depressão** →148.

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]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); comprotamento 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	• Avalie sintomas de depressão e ansiedade. Se não melhorar após 8 semanas ou piorar estando em tratamento, discuta/encaminhe. • Maneje sintomas conforme a página do sintoma.
Autoagressão	Toda consulta	Perguntar ao paciente sobre pensamentos de autoagressão/suicídio não aumenta as chances disso ocorrer. Se paciente tem pensamentos ou planos de suicídio ↩ 97.
Mania	Toda consulta	Se anormalmente feliz, com energia, falante, irritado ou impulsivo/imprudente, discuta/encaminhe.
Ansiedade	No diagnóstico	• Se preocupação excessiva com comprometimento de funções/angústia por pelo menos 6 meses e ≥ 3 de: tensão muscular, dificuldades para dormir, baixa concentração, cansaço, inquietação, irritação: considere **transtorno de ansiedade generalizado**. • Se ansiedade é induzida por situação/objeto específico (**fobia**) ou medo súbito repetitivo com sintoma físico e sem causa aparente (**pânico**), discuta/encaminhe. • Se evento traumático com ≥ 3 dos seguintes por > 1 mês: 1) Pesadelos ou pensamentos/flashbacks involuntários 2) Evita certas situações/pessoas 3) Constantemente defensivo, vigilante ou assustado 4) Entorpecido ou separado das pessoas, atividades ou lugares: considere **transtorno de estresse pós-traumático**, discuta.
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 **demência** ↩ 152.
Uso álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
Efeitos adversos	Toda consulta	Pergunte sobre efeitos adversos de medicamentos antidepressivos ↩ 149.
Estressores	Toda consulta	Ajude identificar fatores domésticos, sociais e do trabalho que contribuem para depressão ou ansiedade. Se violência sexual ↩ 102. Se luto recente ↩ 101.
Planejamento familiar	Toda consulta	• Discuta necessidades de contracepção do paciente ↩ 157. • Se gravidez ou amamentação, discuta riscos: risco para o bebê de uma depressão materna não tratada supera os riscos dos antidepressivos. Se possível, evite antidepressivos no primeiro trimestre. Garanta aconselhamento/suporte e reavalie cada 2 semanas até estável. Se necessário, discuta.

Aconselhe 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 pessoas 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 ↩ 16.
- Ajude paciente a escolher estratégias para conseguir ajuda e lidar com a depressão:

Durma o suficiente
Se dificuldades para dormir ↩ 103.

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 ↩ 178.

Limite ou pare alcool/drogas
Evite álcool até melhora do humor. Então limite para ≤ 2 doses[1]/ dia e evite beber pelos menos 2 dias/semana. Evite drogas.

Trate paciente com depressão e/ou ansiedade generalizada →149.

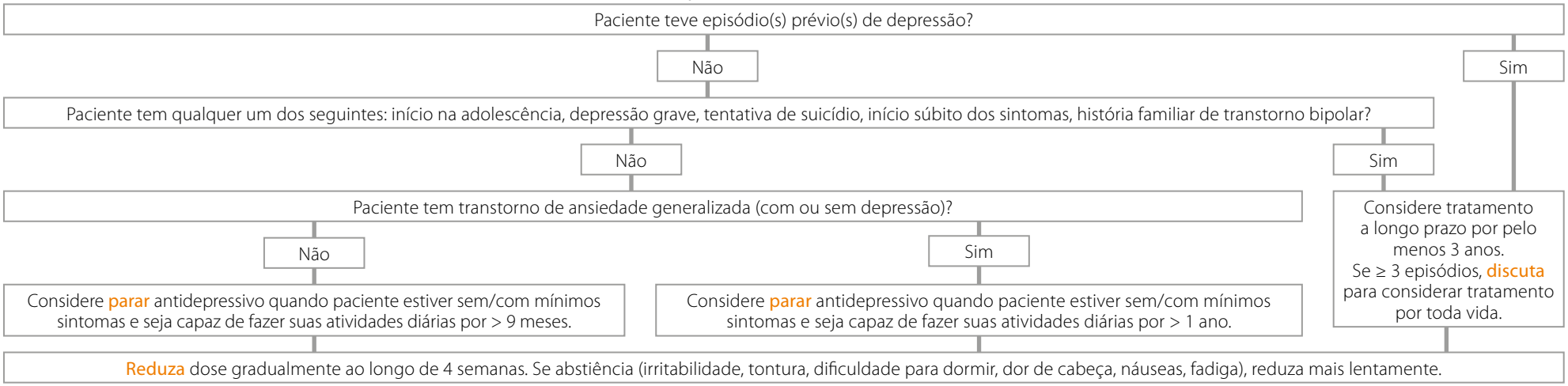
[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

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 ↩ 178.
- 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[1] 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	• Inicie 20mg/manhã. • 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.	**Use como primeira escolha.** 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 sexuais.
Sertralina	• Inicie 50mg/manhã. • 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.	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 sexuais.
Amitriptilina	• Inicie 25mg/noite. Aumente 25mg cada 5 dias até 75mg/noite. • 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 > 65 anos).	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	• Inicie 25mg/noite. Aumente 25mg cada 5 dias até 75mg/noite. • 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.	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



- **Reavalie 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.**

[1]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) tem tido, por ao menos 6 meses, dificuldade de realizar tarefas laborais, domésticas ou sociais rotineiras *e* que por pelo menos 1 mês tenha tido ≥ 2 dos seguintes sintomas de psicose:
  - Alucinações: frequentemente ouvindo vozes (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	• Avalie sintomas de psicose como acima. Se sintomas de psicose e: - Agressivo/violento ⮌ 99. - Alternando níveis de consciência ao longo de horas/dias ou temperatura ≥ 38°C, provável **delirium** ⮌ 100. - Paciente interrompeu tratamento: reinicie medicamento na mesma dose, considere tratamento intramuscular ⮌ 151 e explore razões da baixa adesão (efeitos adversos, abuso de substâncias). - Boa adesão em dose otimizada, discuta/encaminhe. • Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.
Autoagressão	Toda consulta	Se paciente tem ideação suicida/plano ⮌ 97. Se intenção de prejudicar outros, alerte as vítimas pretendidas, se possível.
Estressores	Toda consulta	Ajude a identificar os estressores psicossociais que podem piorar ou fazer com que os sintomas retornem. Se paciente está sendo abusado ⮌ 102.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ⮌ 145.
Planejamento familiar	Toda consulta	Discuta as necessidades de contracepção do paciente ⮌ 157. Se paciente gestante, planejando engravidar ou amamentando, discuta/encaminhe.
Medicamento e adesão ao tratamento	Toda consulta	• Pergunte sobre efeitos adversos do tratamento ⮌ 151. • Verifique adesão. Se má adesão, ofereça apoio para aumentar adesão ⮌ 16. • Se interrompeu tratamento, reinicie medicamento na mesma dose e considere tratamento intramuscular. • Discuta com psiquiatra se o paciente está usando medicamento que pode desencadear psicose aguda, como prednisona ou efavirenz.
Peso (IMC)	Toda consulta	• IMC = peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m). • Se ganhando peso, avalie e maneje RCV ⮌ 128 discuta com psiquiatra sobre possíveis tratamentos alternativos para esquizofrenia e envolva multiprofissional de apoio.
Diabetes	Se necessário	Verifique necessidade de rastrear diabetes ⮌ 131. Se diabetes conhecida ⮌133.
RCV	No diagnóstico e então conforme resultado	• Se entre 40-75 anos, solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos. Use para calcular RCV ⮌128. • Considere que transtornos mentais grave podem aumentar o RCV, use julgamento clínico para decidir sobre tratamentos. • Se alto RCV ou fatores de RCV[2], maneje RCV ⮌ 130 e discuta tratamentos alternativos. Se iniciando/trocando antipsicótico, discuta para considerar ECG basal.
HIV	No diagnóstico	Teste para HIV e decida quando repetir ⮌ 116. Se HIV positivo, evite efavirenz, discuta/encaminhe.
Sífilis	No diagnóstico	Teste para sífilis e decida quando repetir ⮌ 66.

Aconselhe e trate paciente com esquizofrenia →151.

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]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 critico 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 ↩ 179, se disponíveis.

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 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 incial	Dose de manutenção	Observações
Risperidona	1 mg cada 12 horas ou 2mg uma vez ao dia	2-6mg/dia	• Pode ser usado como primeira opção terapêutica. • Se baixa resposta em 2-4 semanas, aumente para 4mg ao dia até máximo de 6mg ao dia.
Haloperidol	0,5-5mg cada 12 horas	5-20mg/dia com doses divididas cada 12 ou 8 horas	• Pode ser usado como primeira opção terapêutica. • Se necessário aumente cada vez 0,5mg/dose até máximo de 30mg/dia.
Haloperidol decanoato	10-20 vezes a dose total de haloperidol[1] oral (máximo de 100mg) IM cada 4 semanas	50-200mg a cada 4 semanas	Discuta **com psiquiatra** como retirar o medicamento oral antes de iniciar.

Pesquise e maneje efeitos adversos do tratamento da esquizofrenia

Retenção urinária	Pare o tratamento e encaminhe no mesmo dia.
Visão turva	Discuta no mesmo dia.
Espasmos musculares dolorosos (reação distônica aguda)	Geralmente 2 dias após início da medicação. Aplique biperideno 2mg IM. Se necessário, repita após 30 minutos, até 4 doses em 24 horas. Discuta no mesmo dia. Se biperideno não disponível, aplique prometazina 50mg IM.
Rigidez muscular, temperatura elevada, confusão mental, palpitação, sudorese/salivação excessiva (síndrome neuroléptica maligna)	Pare o tratamento e encaminhe no mesmo dia.

Efeitos adversos extra-piramidais/ Discinesia tardia	Movimentos involuntários anormais	Discuta para reduzir, alterar ou parar tratamento.
	Movimentos lentos, tremos ou rigidez	Pode ocorrer após semanas ou meses de tratamento, discuta.
	Inquietação muscular	Pare o tratamento e discuta no mesmo dia.

Aumento mamário, descarga mamilar	Discuta com psiquiatra sobre troca do medicamento.
Amenorreia	Discuta com psiquiatra sobre troca do medicamento.
Tontura/desmaio ao ficar em pé	Comum quando iniciando ou aumentando dose. Geralmente autolimitada a horas ou dias. Oriente o paciente a levantar-se devagar.
Boca/olhos secos	Geralmente autolimitada. Oriente aumento da ingesta hídrica.
Constipação	Geralmente autolimitada. Oriente dieta rica em fibras e ingesta hídrica adequada.

- Reavalie 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, reavalie cada 2 semanas ou antes se sintomas piorarem.

[1]Se usa risperidona, discuta para calcular a dose equivalente de haloperidol decanoato.

Demência: diagnóstico e cuidados de rotina

- Considere demência no paciente que apresenta os seguintes sinais/sintomas por pelo menos 6 meses e com piora progressiva:
  - Problemas de memória: teste pedindo para o paciente repetir 3 palavras comuns imediatamente e novamente após 5 minutos.
  - Desorientado no tempo (incerteza quanto que dia/estação do ano está) e espaço (incerteza como ir no mercado mais próximo de casa ou qual é o local da consulta atual).
  - Dificuldades com discurso e linguagem (dificuldade para nomear partes do corpo).
  - Problemas com tarefas simples, tomada de decisão e realizar atividades rotineiras.
  - Menor habilidade em realizar função social e laboral.
  - Se paciente tem HIV: dificuldade com coordenação motora.
- **Confirme o diagnóstico de demência então discuta ou encaminhe para confirmar subtipo (doença de Alzheimer, demência vascular, frontotemporal ou com corpos de Lewy).**

Avalie paciente com demência com ajuda do cuidador

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Todas as consultas	• Se alteração recente de humor, interesse/energia, sono ou apetite, considere depressão ⮌ 147 e discuta. Se pensamentos ou planos de suicídio ⮌ 97. • Pergunte sobre dor e maneje conforme página de sintomas. Se dor no corpo/generalizada ⮌ 75. • Se declínio súbito de comportamento de base ⮌ 100. • Se alucinações (vendo ou ouvindo coisas), delírios (crenças incomuns/bizarras), agitação ou comportamento errante, discuta/encaminhe. • Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.
Efeitos adversos	Se em tratamento	Se movimentos anormais ou inquietação muscular, pare tratamento e discuta/encaminhe no mesmo dia. Se espasmos musculares dolorosos, maneje abaixo.
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 ⮌ 128. Se < 10% com fator de RCV[1] ou 10-20% reavalie após 1 ano, se ≥ 20% reavalie após 6 meses.
Cuidados paliativos	Todas as consultas	Se ≥ 1 ⮌ 167: restrito ao leito, incapaz de caminhar/vestir-se sozinho ou de fazer atividades rotineiras, incontinência, discurso incoerente.
HIV	No diagnóstico ou se status desconhecido	• Teste para HIV ⮌ 116. Se HIV positivo ⮌ 117. Se diagnóstico novo/recente de HIV com demência, discuta. • Se HIV, teste para problemas de coordenação: com a mão não dominante e o mais rápido possível (permita que o paciente pratique 2 vezes): - Abra e feche os dois primeiros dedos amplamente. Em superfície plana, feche o punho, então estenda a palma da mão para baixo, então na lateral do 5° dedo.
Sífilis	No diagnóstico	Teste para sífilis ⮌ 66. Se positivo, trate paciente e parcerias ⮌ 66 e discuta.
Outros exames	No diagnóstico	Solicite TSH, HMG e vitamina B12. Discuta necessidade de exames adicionais (folato, creatinina, TGO, TGP, Na, K, VHS/PCR, PU, glicemia, 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 ⮌ 117.
- 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 após 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 benzodiazeínicos (como diazepam, clonazepam).

Reavalie paciente com demência cada 6 meses.

[1]Fatores de RCV: DM, HAS, DRC, tabagismo (atual ou ha < 1 ano), IMC > 25, circunferencia abdominal > 88 cm (mulher) ou > 102 cm (homem) ou pais/ irmaos com DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos).

Epilepsia: cuidados de rotina

- Se o paciente está convulsionando →28, para controlar a convulsão. Se o paciente não tem diagnóstico de epilepsia e teve uma convulsão →28, para investigação e manejo adicional.
- No paciente que teve pelo menos 2 convulsões definidas sem causa identificável ou convulsão após meningite, AVC ou trauma craniano; ou convulsões focais, discuta/encaminhe para confirmar diagnóstico.

Avalie o paciente com epilepsia

Avalie	Quanto avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Maneje sintomas conforme a página do sintoma.
Frequência das convulsões	Toda consulta	Revise diário de convulsões. Avalie se convulsões estão prejudicando a qualidade de vida do paciente.
Adesão	Toda consulta, se convulsões	Avalie absenteísmo, contagem de comprimidos e se mantém convulsões apesar do tratamento, considere verificar nível sérico da droga.
Efeitos adversos	Toda consulta	Efeitos adversos (consulte efeitos adversos dos medicamentos em uso) podem explicar má adesão. Pondere riscos/benefícios ou considere troca.
Outros medicamentos	Se convulsões	Verifique se começou outros medicamentos como para TB, TARV ou contraceptivos verifique interações ⮌ 180.
Uso de álcool/drogas	• No diagnóstico • Se convulsões ou má adesão	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ⮌ 145.
Planejamento familiar	Todas as consultas	Avalie necessidades de contracepção ⮌ 157. Evite contraceptivos orais. Se gestante/planejando engravidar, encaminhe com prioridade[2] 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.
Nível sérico da droga	Somente se necessário	Verifique nível sérico da droga se não tiver certeza da adesão, paciente não controlado em dose máxima do medicamento ou sinais de toxicidade (veja abaixo).

Aconselhe o paciente com epilepsia

- Eduque sobre epilepsia, importância da adesão ao tratamento, risco de interações medicamentosas e oriente a manter diário de frequência das convulsões. Se diagnóstico recente, má adesão ou absenteísmo, envolva a equipe multiprofissional de apoio. Oriente discutir com seu médico ao começar novos medicamentos, se planeja engravidar ou usar métodos contraceptivos.
- Oriente evitar privação do sono, uso de álcool e drogas, desidratação e luzes piscando, pois podem desencadear convulsões. Evite perigos como alturas, mexer com fogo, nadar sozinho, pedalar em rodovias movimentadas, operar máquinas. Evite dirigir até estar 1 ano livre de convulsões.

Trate o paciente com epilepsia

- Um único medicamento é melhor. Usar dois medicamentos anticonvulsivantes juntos é uma decisão do especialista.
- Escolha qual oferecer baseando-se na síndrome epilética, tipo(s) de convulsão, uso de outros medicamentos e especificidades do paciente.
- Se mantém convulsões apesar do tratamento, aumente a dose cada 1 semana se paciente aderente ao tratamento, sem uso de álcool/drogas e sem interações medicamentosas.
- Se mantém convulsões após 4 semanas com dose máxima ou efeitos adversos intoleráveis, inicie novo medicamento e aumente 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 ou 2 ou 3 doses	Evite em anormalidades de condução AV e para convulsões mioclônicas ou crises de ausência. Use com cautela se glaucoma. Pode afetar atividades como operar máquinas ou dirigir.
Ácido valpróico	250mg duas vezes ao dia	500-2000mg ao dia ou em 2-3 doses	Tome com ou após as refeições. Evite se história familiar/recente de doença hepática grave, se **gestação ou mulher em idade fértil,** a não ser que contracepção confiável. Prefira se em TARV. Pode afetar atividades como operar máquinas ou dirigir.
Fenitoína	100mg ao dia	200-400mg ao dia ou em 2-3 doses	Tome com ou após as refeições. Evite na gestação, amamentação e para convulsões mioclônicas ou crises de ausência. Use com cautela em mulheres.

- Se livre de convulsões reavalie a cada 3 meses. Se mantém convulsões reavalie mensalmente. Encaminhe com prioridade se convulsões após dose máxima de 2 medicamentos por 4 semanas cada.
- Se livre de convulsões por 2 anos: considere parar tratamento. Retire gradualmente 1 medicamento de cada vez ao longo de 2 meses.

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]Se em uso de acido valproico, não pare e garanta troca com especialista em até 2 semanas, se necessário discuta.

Artrite crônica: diagnóstico e cuidados de rotina

- Se o pacientes tem episódios de dor articular e edema que resolvem completamente entre um episódio e outro, considere **gota** →155.
- 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 **osteoartrite** se:
- Afeta somente articulações.
- Articulações que sustentam o peso e possívelmente mãos e pés.
- Articulações podem inchar 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 ↩ 103.
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 ↩ 147.
Articulações	Todas as consultas	Procure por calor, sensibilidade e limitação da amplitude de movimento das articulações.
IMC	No diagnóstico	Se > 25, oriente perda de peso para diminuir sobrecarga articular em joelhos e pés. Avalie e maneje RCV ↩ 128.
PCR/VHS/FR	Se artrite inflamatória/incerta	Se PCR ou VHS aumentados e/ou Fator Reumatóide (FR) positivo , confirme e discuta/encaminhe para considerar solicitar anti-CCP.
HIV	No diagnóstico	Teste para HIV ↩ 116.
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 ↩ 146 . Apoie para mudança ↩ 15.

Trate paciente com artrite crônica
- Se dificuldade para atividades rotineiras ou artrite reumatoide, encaminhe para fisioterapeuta ou educador físico.
- Se **osteartrite:**
  - Prescreva paracetamol ou dipirona[1] 500-1000mg cada 6 horas se necessário.
    - Se não melhora ou inflamação presente, associe ibuprofeno[2] 300-600mg cada 8 horas ou nimesulida[2] 100mg cada 12 horas se necessário por até 7 dias.
- Se **artrite reumatoide**:
  - Encaminhe para reumatologista para início precoce de drogas modificadoras de doença (DMARD) para controlar sintomas, preservar função e minimizar danos.
  - Enquanto aguardar especialista, prescreva ibuprofeno[2] 300-600mg cada 8 horas ou nimesulida[2] 100mg cada 12 horas por até 14 dias. Se não melhora ou contraindicação ao AINEs, prescreva ao invés prednisona 5-10mg ao dia 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.

[1]Não prescreva se alergia prévia. [2]TTomar 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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, 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 ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
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	• Crise aguda de gota: início súbito de 1–3 articulações quentes, doloridas, avermelhadas, inchadas (geralmente o primeiro dedo do pé ou joelho). • Gota crônica tofácea: depósitos aparentam nódulos amarelados, indolores, duros e irregulares ao redor da articulação (ver figura).
RCV	No diagnóstico, então conforme risco	• Avalie RCV ↩ 128. Se < 10% com fator de risco para DCV ou 10-20% reavalie após 1 ano, se > 20% reavalie após 6 meses. • Se IMC < 18.5 ou paciente < 40 anos, discuta para excluir câncer como causa para a gota.
Creatinina (TFGe)	No diagnóstico	• Se usando AINEs/alopurinol: avalie a cada 6 meses. • Se TFGe < 60mL/min, discuta.
Ácido úrico	• No diagnóstico • Em uso de alopurinol	• Aguarde pelo menos 2 semanas após uma crise aguda de gota antes de dosar os níveis de ácido úrico. • Se em uso de alopurinol, repita mensalmente e ajuste dose de alopurinol até dosagem de ácido úrico < 6mg/dL, então repita cada 6 meses.

Aconselhe paciente com gota

- Ajude paciente manejar seu RCV ↩ 128.
- 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[2] 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: ≥ 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.

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Fibromialgia: diagnóstico e cuidados de rotina

- Considere fibromialgia se paciente tem dor no corpo generalizada acima e abaixo da cintura, bilateral, por mais de 3 meses e associada com sintomas como 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 ↩ 32.
  - Procure por um problema articular: peça para o paciente colocar as mãos atrás da cabeça; em seguida, atrás das costas. Fechar a mão com força e abri-la. Pressionar as palmas das mãos com os cotovelos elevados. Caminhar. Sentar e levantar com os braços cruzados. Se não conseguir fazer confortavelmente ↩ 76.
  - Verifique uso de medicamentos que podem causar dor, como estatinas ou os usados para tratar osteoporose (como alendronato); ou uso excessivo de analgésicos opióides (como codeína). Discuta para considerar alternativas.
  - Solicite PCR, HMG, CK total e TSH. Teste para HIV ↩ 116.
  - 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	• Maneje os sintomas conforme página do sintoma. Peça para paciente identificar os 3 sintomas que mais incomodam e foque neles. • Não interprete todos os sintomas como fibromialgia: exclua doenças sérias e tratáveis. Se incerto: discuta ou encaminhe.
Sono	Toda consulta	Se o paciente tem dificuldades de domir ↩ 103.
Depressão	Toda consulta	No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um ↩ 147.
Artrite crônica	Toda consulta	Se o paciente também tiver artrite crônica, ofereça cuidados de rotina ↩ 154.
Estressores	Toda consulta	Ajude a identificar estressores psicossociais que possam exacerbar os sintomas. Avalie e maneje estresse ↩ 101.

Aconselhe paciente com fibromialgia

- A causa é desconhecida mas pode ser resultado de uma hipersensibilidade generalizada do sistema nervoso, assim os pacientes sentem mais dores musculares ou articulares que os outros, apesar dos músculos/articulações estarem normais. Comunique-se efetivamente ↩ 14.
- 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 que os tratamentos podem ajudar (haverá dias bons e ruins), a fibromialgia não piora com o tempo e não traz risco à vida, mas não pode ser curada na maioria dos casos.
  - Oriente paciente evitar uso abusivo de analgésicos (ex. paracetamol, ibuprofeno, codeina) já que comumente não ajudam para fibromialgia e podem ter efeitos adversos indesejados.
  - Oriente paciente a manter-se ativo: inicie com 5 minutos de caminhada leve todo dia e aumente 1 minuto ao dia até conseguir andar 30 minutos 3-5 vezes por semana.
  - 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, encaminhe para a equipe multiprofissional de apoio.

Trate paciente com fibromialgia

- Se não melhorar com orientações e atividade física: prescreva amitriptilina 25mg 1 hora antes de dormir. Aumente 25mg a cada 4-6 semanas até melhora (dose máxima de 75mg).
- Se intolerância à amitriptilina: discuta alternativas.
- Se depressão ou ainda sintomático após 3 meses: combine amitriptilina 25mg à noite com fluoxetina 20mg pela manhã.
- 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. Reavalie paciente cada 6 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 ≥ 30 ou usa efavirenz, rifampicina, fenitoína, fenobarbital ou carbamazepina[1], 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 ↩ 104.

Avalie paciente iniciando ou usando contraceptivo

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	• Verifique sintomas de ISTs: corrimento vaginal, úlceras, dor abdominal baixa. Se presentes ↩ 62. Se problemas sexuais ↩ 73. • Se > 40 anos avalie sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir e problemas sexuais ↩ 166. Se menopausa, decida por quanto tempo continuar contraceptivo ↩ 158. • Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.
Adesão	Toda consulta	• Se usando contraceptivo, avalie adesão e regularidade do uso, pergunte sobre preocupações e satisfação com método. • Se esqueceu de tomar injeção ou pílulas, maneje ↩ 158. Se esquecimentos recorrentes, apoie adesão ou ofereça DIU/método definitivo.
Efeitos adversos	Toda consulta	Se usando contraceptivo, pergunte sobre efeitos adversos do método ↩ 158.
Sexo seguro	Toda consulta	Identifique fatores de risco para HIV/ISTs: IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias sexuais, uso irregular de preservativo; e considere PrEP ↩ 106.
Uso de medicamento	Toda consulta	Se usa medicamentos para TB, ARVs ou anticonvulsivantes, verifique interação[1] ↩ 180. Se método não adequado, prefira DIU ou injeção de progestágeno.
Sangramento vaginal	Toda consulta	Se sangramento vaginal anormal: se usando contraceptivo, maneje conforme método ↩ 158. Se ainda não usando contraceptivo ↩ 71.
PA	1ª consulta; se usa pílula ou injetável, toda consulta	• Verifique PA ↩ 136. • Se hipertensa ou PA ≥ 140/90, considere evitar pílula combinada. Se PA ≥ 160/100, também não prescreva injetável (progestágeno ou combinado).
Mamas	1ª consulta, anual	Procure por nódulo(s) em mamas ↩ 72 e axilas ↩ 36.
Gravidez	Toda consulta	• Antes de iniciar contraceptivo, exclua gravidez[2]. Se gestante ↩ 159. • Se suspeita de gravidez (náusea/dor mamas significante ou se amenorréia com DIU/pílula combinada), solicite/realize teste de gravidez.
HIV, HCV, HBV e Sífilis	Se necessário	Verifique necessidade de rastrear HIV ↩ 116, HCV ↩ 123, HBV ↩ 122, sífilis ↩ 67. Se em TARV, verifique interações medicamentosas ↩ 180.
Preventivo do colo uterino	Se necessário	Avalie necessidade de fazer rastreio do câncer de colo de útero ↩ 69.

Aconselhe paciente iniciando ou usando contraceptivo

- Eduque paciente para usar contraceptivos de forma confiável. Oriente discutir preocupações/problemas com método e encontrar alternativas, em vez de parar e arriscar uma gestação indesejada.
- Se usa método hormonal, oriente que informe profissional de saúde se iniciar medicamentos para TB, ARVs 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 > 24 horas, oriente preservativo ou abstinência durante sintomas e por 7 dias após término dos sintomas.
- 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.
- Eduque sobre disponibilidade de contracepção de emergência (veja acima) para prevenir gestação indesejada. Se usa pílula/injetável, explique o que fazer se esqueceu/atrasou tomada/aplicação ↩ 158.

[1]Se usa outros medicamentos para TB, ARVs ou anticonvulsivantes, verifique interação ↩ 180. [2]Se > 5ª dia do ciclo e não teve sexo vaginal desprotegido desde última menstruação ou se ≤ 5ª 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 após 21 dias do último episódio de sexo vaginal desprotegido e que estava sem contracepção efetiva, teste para gravidez.

Trate paciente iniciando ou em uso de contraceptivo

Se paciente em 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
Dispositivo intrauterino (DIU) • DIU de cobre (DIU-Cu)	• Contracepção efetiva a partir da inserção e por 10 anos. • Fertilidade retorna com a remoção. • Não insira se cervicite mucopurulenta/DIP atual ou há < 3 meses, sangramento vaginal inexplicado, útero/colo alterado ou se HIV com CD4 < 200 (insira quando CD4 > 200).	• Pode ser inserido a qualquer momento[1] (se > 48h após parto, considere inserir após 4-6 semanas). • Se dor, dê ibruprofeno[2] 600mg cada 8h até 3 dias.	• Menstruação intensa ou dolorosa: geralmente melhora em 3-6 meses. Para avaliar e manejar ⮌ 71. • Se corrimento, retornar para avaliar ⮌ 62. • Irritação peniana no sexo: corte fios mais curtos.
Injeção de progestágeno • Acetato de medroxiprogesterona (ACMP) 150mg IM cada 12 semanas	• Injeção cada 12 semanas. • Fertilidade pode levar até 1 ano após última injeção para normalizar. • Não prescreva se: sangramento vaginal inexplicado, câncer de mama prévio, PA ≥ 160/100, DM com complicações, cadiopatia isquêmica/AVC, doença hepática ativa, osteoporose. Se usa corticoide > 3 meses, discuta.	• Pode iniciar a qualquer momento[1]. • Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1ª aplicação. • Não precisa ajustar intervalo das doses se tratamento com ARVs, para TB ou epilepsia.	• Amenorreia: oriente que é comum. • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar e manejar ⮌ 71. • Acne: mude para COC ou método não-hormonal. • Dores de cabeça: se intensas, mude para método não-hormonal. • Ganho de peso (menor com pílula de progestágeno isolado). • Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. Se persistente, avalie para tristeza, estresse ou nervosismo ⮌ 101.
Pílula de progestágeno isolado (PPI) • Noretisterona 35mcg	• Escolha entre os métodos considerando indicação/contraindicação e preferência entre pílula e injeção mensal. Somente prescreva pílula se segurança e motivação para uso diário. • Não prescreva COC/CI/PPI se: doença hepática ativa, usa rifampicina/fenitoína/fenobarbital/carbamazepina (se usa outros medicamentos/ARV, verifique interação ⮌ 180) ou câncer de mama prévio. • Não prescreva COC/IC se: < 6 semanas pós-parto e amamentando, < 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. • 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 > 10%. • Considere prescrever noretisterona somente se amamentação exclusiva (menos eficaz se não está em amamentação exclusiva).	• Pode iniciar a qualquer momento[1]. • Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1ª tomada. • Deve ser tomada todo dia no mesmo horário (não > 3 horas de atraso).	
Contraceptivo oral combinado (COC) • Etinilestradiol/levonorgestrel 30/150mcg		• Pode iniciar a qualquer momento[1]. • Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1ª tomada. • Deve ser tomada todo dia no mesmo horário (tomar 21 dias e parar 7).	• Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses. Para avaliar a manejar ⮌ 71. • Mamas doloridas, náuseas: geralmente melhora em 3 meses. • Dores de cabeça: se enxaqueca e ≥ 35 anos ou com aura, mude para método não-hormonal. • Mau humor/melancolia: tranquilize que deve melhorar. Se persistente, avalie para tristeza, estresse ou nervosismo ⮌ 101.
Injetável combinado (IC) • Enantato de Noretisterona/Valerato de Estradiol 50/5mg IM cada 4 semanas		• Pode iniciar a qualquer momento[1]. • Usar preservativo/abstinência por 7 dias após 1ª aplicação.	
Esterilização • Ligadura tubária/vasectomia	• Contracepção permanente • Procedimento cirúrgico	Solicite exames pré-operatórios, solicite consentimento e encaminhe.	Dor incisional, infecção ou sangramento: discuta ou encaminhe.

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 ⮌ 159.
  - 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 ⮌ 157.

Pílula de progestágeno isolado esquecida (> de 3 horas de atraso)

- Tome pílula assim que lembrar, continue cartela e use preservativo/abstinência por 2 dias.
- Se sexo desprotegido há ≤ 5 dias, também ofereça contracepção de emergência ⮌ 157.

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 ⮌ 157. 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.

[1]Se > 5ª dia do ciclo e não teve sexo vaginal desprotegido desde última menstruação ou se ≤ 5ª 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 após 21 dias do último episódio de sexo vaginal desprotegido e que estava sem contracepção efetiva, teste para gravidez. [2]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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, 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 ≥ 160/110: provável **pré-eclâmpsia grave** ou **hipertensão grave**
- Se PA ≥ 140/90 com dor de cabeça, visão borrada/escotomas, dor abdominal: provável **pré-eclâmpsia grave**
- Se temperatura ≥ 38°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 ≥ 30 ou SaO2 ≤ 90%
- Panturrilha dolorida e inchada
- Sangramento vaginal
- Movimentos fetais diminuídos/ausentes ↩ 161
- 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 SaO2 ≤ 90% ou FR ≥ 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% 250mL 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:

Convulsionando ou acabou de ter uma convulsão

- Se < 20 semanas ↩ 28.
- Se entre 20 semanas e 1 semana após parto, trate como **eclâmpsia** :
  - Deite paciente em decúbito lateral esquerdo.
  - Evite colocar qualquer coisa na boca.
  - Aplique oxigênio via cânula nasal (5L/min).
  - Estabeleça acesso EV.

Pré-eclâmpsia grave / **Hipertensão grave**

- Se PA ≥ 160/110 e paciente alerta: dê nifedipino 10 mg, se disponível (engolir, não mastigar).
- Repita PA após 30 min: se ainda ≥ 160/110, de uma segunda dose de nifedipino 10 mg, se disponível.

Encaminhe com urgência.

Sangramento vaginal: qual a idade gestacional[1]?

< 24 semanas

Alterações do colo uterino (dilatação/apagamento) ou produtos da concepção no colo/canal vaginal?

Não

Provável **abortamento completo** ou **ameaça**

Discuta/ encaminhe no mesmo dia para investigação adicional/ diagnóstico diferencial.

Sim

Provável **abortamento incompleto** ou **inevitável**

- Remova produtos da concepção com dedos, se possível.
- Se temperatura ≥ 38°C, FC ≥ 100 ou corrimento vaginal fétido, aplique ceftriaxona 1g IM.
- Se dor, prescreva paracetamol 500-1000mg cada 6 horas.

≥ 24 semanas

- Evite exame de toque vaginal.
- Aplique cloreto de sódio 0,9% EV como acima.

Discuta/encaminhe no mesmo dia para considerar investigações/tratamentos adicionais.

Trabalho de parto prematuro

- Avalie:
  - PA cada 30 minutos. Se PAS ≤ 90, maneje como acima.
  - BCF, contrações e alterações do colo uterino (dilatação/ apagamento).
- Encaminhe com urgência se: alteração do colo, ausência de BCF, BCF < 110 ou > 160 confirmado, ≥ 4 contrações persistentes cada 20 minutos ou diagnóstico incerto.
- Se *nenhum dos acima*:
  - Oriente repousar e retornar se não melhorar após 1 dia ou se houver piora/novos sintomas.
  - Se corrimento vaginal anormal ↩ 64 ou sintomas urinários ↩ 74.

Ruptura prematura de membranas

- Confirme perda de fluido amniótico com espéculo estéril.
- Evite exame de toque vaginal.
- Encaminhe com urgência.

Se primeira consulta (gestação recém diagnosticada) →160. Se não for primeira consulta, ofereça cuidado pré-natal de rotina →161.

[1]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

Paciente deseja a gestação?

Não ou não tem certeza

Considere envolver a equipe multiprofissional de apoio.

Sim

Se 1 ou mais dos seguintes, paciente necessita cuidado pré-natal de alto risco (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 psiquiatra)
- 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 de alto risco, também mantenha o acompanhamento de rotina na atenção primária.

Ofereça cuidado pré-natal de rotina →161.

Gestação: cuidado pré-natal de rotina

- Se ainda não tiver feito, primeiro avalie paciente gestante e verifique se precisa de atenção urgente ↩ 159.
- Avalie paciente gestante na primeira consulta, mensalmente até 28 semanas, quinzenalmente até 36 semanas e então semanalmente até parto.

Avalie paciente gestante que não necessita de atenção urgente

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Maneje sintomas conforme a página do sintoma.
Data provável do parto	Primeira consulta	• Use data do primeiro dia de sangramento da última menstruação (DUM) para calcular data provável do parto (DPP). Anote no cartão de pré-natal. - Se DUM incerta, use data aproximada e medidas da altura uterina, para cálculo. Se tem USG realizado < 26 semanas, use DPP calculada pelo USG. • Se paciente com ≥ 41 semanas, confirme DPP e encaminhe para avaliação fetal e possível indução de parto.
Movimentos fetais	Toda consulta a partir de 20 semanas	Se movimentos fetais diminuídos ou ausentes, deite paciente de lado e registre movimento fetais em um cartão. Se < 10 movimentos em 2 horas, encaminhe para avaliação adicional.
Violência Doméstica	Toda consulta	1) No último ano, sofreu violência (física ou psicológica) ou 2) Sente-se insegura em seu relacionamento atual ou passado? Se sim para qualquer um ↩ 102.
Saúde mental	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 ↩ 147. • Qualquer uso de álcool ou drogas é arriscado para o bebê. No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
IMC[2]	Primeira consulta	Se IMC < 18.5: exclua TB, verifique peso em toda consulta, encaminhe para avaliação com nutricionista. Se IMC > 30: discuta/encaminhe nutricionista.
Exame abdominal	Toda consulta	• Se massa, que não o útero, em abdome ou pelve, solicite USG e discuta. • Após 12 semanas ou se 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. - Se > 3cm de diferença entre IG e medida ou se < 10° ou > 90° percentil: solicite USG e discuta. • Após 10-12 semanas: verifique o batimento cardíaco fetal (BCF) para tranquilizar a paciente. Se ausente: repita/confirme e encaminhe no mesmo dia. • Se ≥ 37 semanas e apresentação pélvica/não-cefálica, discuta.
Corrimento ou perda de líquido vaginal	Toda consulta	• Se corrimento vaginal ↩ 64. • Se perda súbita de liquido claro e sem contrações: provável **ruptura prematura de membranas** ↩ 159. - Se pequena quantidade de liquido claro/transparente: confirme com espéculo estéril e encaminhe no mesmo dia para avaliação com USG. Evite toque vaginal.
PA (PA é normal se < 140/90)	Toda consulta	• Se PA ≥ 160/110: repita/confirme e maneje/encaminhe com urgência →159. • Se PA ≥ 140/90 e ≤ 160/110 e tem dor de cabeça, visão borrada/escotomas, dor abdominal: considere **pré-eclâmpsia grave** →159. • Se PA ≥ 140/90 e ≤ 160/110 e sem sintomas: solicite PU para verificar proteinúria e verifique resultado no mesmo dia: - Se proteinúria, provável **pré-eclâmpsia**: encaminhe no mesmo dia. - Se *sem* proteinuria, investigue HAS gestacional: repita PA em outras 2 ocasiões, com intervalo de > 4 horas. • Se 2 medidas ≥ 140/90, confirme **HAS gestacional**: prescreva metildopa 250mg cada 12 horas, solicite HMG, TGO, TGP, creatinina e discuta. • Se apenas 1 medida ≥ 140/90: discuta. • Oriente paciente retornar imediatamente se dor de cabeça, problemas visuais ou dor abdominal.
USG	• Se ≤ 13 semanas: USTV, se disponível • Se entre 18-22 semanas: USG obstétrico	• Se ≤13 semanas, se disponível, agende/solicite USTV para cálculo mais preciso da idade gestacional. Se alterações, discuta. • Se entre 18-22 semanas, agende/solicite USG obstétrico para rastrear malformações. Se alterações, discuta.

Continue avaliando paciente gestante →162

[1]Uma dose e 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taca pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. [2]IMC = peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m).

Avalie	Quando avaliar	Observações
PU, C e TSA	Primeira consulta e após 28 semanas	• Se cultura positiva e sem sintomas: - Se > 100.000 UFC/mL: trate de acordo com antibiograma e repita conforme rastreio padrão. - Se < 100.000 UFC/mL: repita/confirme com segunda cultura. Se segunda cultura positiva: trate de acordo com antibiograma e repita conforme rastreio padrão. - Se estreptococos do grupo B também recomende antibioticoprofilaxia intraparto. Não há necessidade de rastrear com swab vaginal/anal. • Se cultura positiva e sintomas, trate de acordo com antibiograma, repita PU, C e TSA após 2-7 dias do fim do tratamento e discuta para interpretar resultado. • Se proteinuria, verifique PA: - Se PA ≥ 140/90, provável **pré-eclâmpsia**: encaminhe no mesmo dia. - Se PA < 140/90 e ≥ 2+ de proteinuria, encaminhe para descartar nefropatia. - Se PA < 140/90 e < 2+ de proteinuria, repita PU, C e TSA para excluir bacteriúria. • Se glicose na urina, investigue diabetes ⮌131.
Rastreio de diabetes e diabetes gestacional	• < 24 semanas: rastreio de diabetes se necessário • ≥ 24 semanas: rastreio de diabetes gestacional	• Se < 24 semanas e IMC ≥ 30 ou idade ≥ 35 anos, rastreie diabetes. Se < 24 semanas e nenhum dos anteriores, avalie necessidade de rastrear diabetes ⮌ 131. - Se indicado rastreio para diabetes com < 24 semanas, solicite glicemia de jejum e interprete resultado ⮌131. • Se diagnóstico de **diabetes**, discuta/encaminhe. • Se rastreio negativo, solicite teste de tolerância oral a glicose 75g após 24 semanas e interprete como segue. • Se ≥ 24 semanas, solicite teste de tolerância oral à glicose 75g (preferencialmente entre 24-28 semanas): - Se glicemia de jejum ≥ 92 mg/dL ou glicemia de 2 horas ≥ 153 mg/dL, provável **diabetes gestacional**[1]: discuta/encaminhe.
Hemograma	Primeira consulta e após 28 semanas	• Se Hb < 8g/dL e palidez com FR > 30, dor no peito ou desmaio/cansaco facil, encaminhe no mesmo dia. • Se Hb < 8g/dL e sem sintomas, discuta/encaminhe. • Se Hb 8-11g/dL até 14 semanas ou 8-10,5g/dL a partir de 14 semanas, trate **anemia** ⮌ 163 e repita hemograma em 1 mês.
Tipagem sanguínea e fator Rh	Na primeira consulta se desconhecido	• Se Rh negativo, anote no cartao de pré-natal e confirme Rh do parceiro, se possível: - Se Rh do parceiro negativo: discuta indicação de imunoglobulina anti-D. - Se Rh do parceiro positivo/desconhecido: solicite coombs indireto após 24 semanas e repita todo mês. Se coombs indireto positivo: discuta/encaminhe. Se negativo, prescreva imunoglobulina anti-D 300ug com 28 semanas e em até 72h após parto.
Toxo IgG/IgM	• Primeira consulta • Entre 14 e 24 semanas e após 28 semanas: se IgG não reagente	• Se IgG (+) e IgM (+), solicite teste de avidez[2]: - Se avidez fraca ou IG > 16 semanas, possível **infecção na gestação**: discuta/encaminhe para tratar. - Se avidez forte e IG < 16 semanas, discuta para considerar **infecção prévia**. • Se IgG (-) e IgM (+), possível **infecção na gestação**: discuta/encaminhe para tratar. • Se IgG (-) e IgM (-): repita conforme indicado. • Se IgG (+) e IgM (-), considere **infecção prévia**, não há mais necessidade de repetir teste.
TSH	Primeira consulta: se fatores de risco para problemas de tireoide	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.
Sífilis	Primeira consulta, entre 14-26 e após 28 semanas	• Se não tem história de sífilis, faca teste rápido (teste treponêmico). Se história de sífilis ou teste rápido não disponível, solicite TNT (teste não treponêmico). - Interprete ⮌ 66. Se diagnóstico de sífilis, trate paciente e parcerias ⮌ 67.
Hepatite B	Se anti-HBs < 10 ou desconhecido: primeira consulta e após 28 semanas	• Se tem registro de anti-HBs ≥ 10 UI/mL, considere imune (não ha necessidade de testar). • Se anti-HBs < 10 UI/mL ou desconhecido, teste para hepatite B (prefira teste rápido) ⮌ 122. • Se HBsAg reagente, discuta/encaminhe e avalie indicação de profilaxia com tenofovir.
Hepatite C	Primeira consulta	Teste para hepatite C ⮌ 123. Se carga viral detectável, trate após parto e oriente que parto normal/amamentação *não são* contraindicados[3]: discuta/encaminhe.
HIV	Primeira consulta, entre 14- 26 e após 28 semanas	• Teste para HIV (prefira sempre teste rápido) ⮌ 116. Se paciente recusar, ofereça testagem de HIV a cada consulta, mesmo próximo ao parto. • Se positivo, ofereça cuidados de rotina ⮌ 117 e inicie/reinicie TARV ⮌ 120 ou mantenha/não pare TARV. Discuta e encaminhe com prioridade.

Continue avaliando paciente gestante →163.

[1]Se glicemia de jejum ≥ 126 ou glicemia de 2 horas ≥ 200, provável DM: discuta/encaminhe. [2]Verifique se laboratório já realizou o teste de avidez na mesma amostra se IgM reagente. [3]Se fissuras/feridas nos mamilos, contraindique amamentação.

Avalie	Quando avaliar	Observações
Carga viral HIV (se HIV positivo)	Primeira consulta, 1 mês após iniciar/trocar TARV e após 34 semanas	• Se CV indetectável, continue TARV. • Se CV detectável, ofereça cuidados de rotina/maneje ⮌ 117 e discuta/encaminhe.
Streptoccocus grupo B (vaginal e retal)	Entre 36 e 38 semanas	• Se positivo, anote em carteira da gestante e oriente sobre antibioticoprofilaxia intraparto. • Se bacteriúria por estreptococo grupo B na gestação atual ou prévia, não há necessidade de rastrear com swab: anote em carteira da gestante e oriente sobre antibioticoprofilaxia intraparto.

Aconselhe paciente gestante

- Aconselhe parar de fumar ⮌ 146, beber álcool, usar outras drogas ou abusar de medicamentos. Apoie para mudança ⮌ 15. Aconselhe não tomar medicamentos a não ser que prescritos.
- Aconselhe paciente susceptível 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.
- Aconselhe reduzir consumo de cafeína.
- Oriente sexo seguro. Se considera em risco para HIV/IST, reforce uso de preservativos por toda gestação. Oriente que parceria teste para IST.
  - Ofereça e agende consulta para parceria sexual, teste para HIV, sífilis, hepatite B e C. Se parceria desconhecida/recusa testar HIV, considere oferecer PrEP para paciente ⮌ 106.
- Assegure-se que paciente conhece os sintomas de uma emergência gestacional e de trabalho de parto prematuro: dor de cabeça persistente, visão borrada, dor abdominal (não desconforto), perda de líquido ou sangramento vaginal, redução dos movimentos fetais. Se presentes, oriente retornar com urgência.
- Discuta sobre contracepção pós-parto ⮌ 157.
- Oriente paciente para evitar doenças transmitidas por mosquitos:
  - Evitar viajar para áreas com zika/dengue/malária. Se em área de zika/dengue/malária:
    - Usar repelentes (consulte médico/enfermeira sobre as opções e uso adequado) e utilizar roupas que protejam partes expostas do corpo.
    - Procurar ficar e dormir em locais/quartos com tela de proteção contra insetos ou ar condicionado, se possível. Evitar horários/lugares com presença de mosquitos. Dormir em cama com mosquiteiro.
- Se HIV negativa, estimule amamentação exclusiva por 6 meses: apenas leite materno (sem fórmula, água, cereal). Se HIV positiva, contraindique a amamentação e oriente o uso de fórmula.
- Considere envolver a equipe multiprofissional de apoio se: história pessoal ou familiar de depressão/ansiedade, < 15 anos, gravidez indesejada, suporte familiar/social precário, sem/pouco suporte do parceiro, violência doméstica, evento traumatizante de vida no último ano, HIV não revelado.

Trate paciente gestante

- Precreva ácido fólico 0,2 mg/ml (40 gotas), se disponível, ou ácido fólico 5mg ao dia até 12 semanas de gestação.
- Verifique se tem risco de pré-eclâmpsia (vide abaixo): se não tem risco de pré-eclâmpsia, prescreva a partir das 16 semanas sulfato ferroso 40-60mg de ferro elementar[1] ao dia.
- Se Hb 8-11g/dL até 14 semanas *ou* 8-10,5g/dL a partir de 14 semanas: prescreva sulfato ferroso 120mg de ferro elementar[1] ao dia, 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 ao dia até o 3° mês pós-parto.
  - Se Hb estagnada ou caindo: aumente sulfato ferroso para 240mg de ferro elementar[1] ao dia e repita hemograma em 1 mês:
    - Se Hb subindo: continue tratamento e repita HMG cada 1-2 meses até Hb > 11g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40-60mg de ferro elementar[1] ao dia até o 3° mês pós-parto.
    - Se Hb estagnada ou caindo: discuta/encaminhe com prioridade.
- Se gestação durante campanha de vacinação contra influenza, ofereça vacina contra influenza. Se vacina HBV incompleta (< de 3 doses)/desconhecida ou anti-HBs < 10, prescreva vacina contra HBV.
- Confira se a vacinação contra difteria e tétano (dT) está em dia (3 doses de difteria e tétano na vida):
  - Se em dia, prescreva uma dose da vacina de tétano, difteria e coqueluche (dTpa) preferencialmente entre 27 e 36 semanas ou entre 20 semanas e até 45 dias após parto.
  - Se atrasada/desconhecida, complete esquema vacinal da dT com 1-2 mês(es) entre as doses. Garanta que 1 dose seja da dTpa e seja aplicada preferencialmente entre 27 e 36 semanas ou após 20 semanas.
- Encaminhe gestante para consulta com dentista, se disponível.
- Considere risco de pré-eclâmpsia, se qualquer um dos seguintes fatores de alto risco: HAS, DM, doença renal, doença autoimune, pré-eclâmpsia prévia; *ou se* ≥ 2 dos seguintes fatores de moderado risco: 1ª gestação ou última gestação > 10 anos, IMC ≥ 35, história familiar de pré-eclâmpsia (mãe ou irmã), > 40 anos, gestação gemelar. Se tem risco de pré-eclâmpsia:
  - Se baixa ingesta de cálcio na dieta (sem lacticínios, baixo consumo de frutas ou vegetais, alto consumo de bebidas com baixo nível de cálcio, como refrigerantes): prescreva cálcio elementar 1,5g ao dia (em horários diferentes do sulfato ferroso, se em uso deste) a partir das 20 semanas.
  - Prescreva AAS 100mg ao dia a partir das 12 semanas. Pare 10 dias antes da data provável do parto.

Reavalie paciente gestante mensalmente ate 28 semanas, quinzenalmente até 36 semanas e então semanalmente até parto.

[1]Oriente tomar os comprimidos 30 minutos antes das refeições com sucos cítricos e evitar chá/café 2 horas antes ou após a tomada dos comprimidos. [2]Cálcio pode interferir com a absorção do ferro.

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 →159
- PA ≥ 160/110 *ou* PA ≥ 140/90 com dor de cabeça/visão borrada/dor abdominal: provável **pre-eclâmpsia grave** → 159
- Mal estar e temperatura > 38°C: provável **sepse puerperal**
- PAS ≤ 90
- FC ≥ 100
- Laceração perineal estendendo-se até ânus ou reto
- Palidez com frequência respiratória ≥ 30, dor no peito, desmaio/cansaço fácil ou Hb < 7g/dL

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se PAS ≤ 90 ou sangramento com FC ≥ 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[1] ou aórtica externa[2] durante a transferência da paciente.
- Mal-estar e temperatura > 38°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	• Maneje sintomas da mãe conforme a página do sintoma. Maneje sintomas do bebê conforme protocolos locais. • Pergunte sobre incontinência urinária (vazando ou gotejando urina). Se ainda presente após 6 semanas, trate para problemas de fluxo urinário ⮌ 74.
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 ⮌ 147.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses[3]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ⮌ 145.
Planejamento familiar	Toda consulta	Avalie necessidades de contracepção ⮌ 157. 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	• Se amamentando: verifique se tem problemas da mama ⮌ 72. Avalie pega do bebê (observe amamentação) e confirme amamentação exclusiva. • Se alimentação por fórmula: confirme preparação ideal da fórmula e que esta seja acessível, possível, aceitável, segura e sustentável.
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	• Se ferida perineal ou abdominal: avalie cicatrização. Aconselhe banhos de acento com água morna 2x/dia para feridas perineais. Se ferida vermelha/quente/dolorido/inchada/com mau cheiro/pus, discuta. Se necessário, remova suturas 10 dias após parto. • Se abdome dolorido, corrimento com mau cheiro ou útero pouco contraído: verifique temperatura e discuta no mesmo dia.
PA (PA é normal se < 140/90)	Toda consulta	• Se ≤ 1 semana pós-parto e PA ≥ 160/110: maneje/encaminhe com urgência → 159. • Se ≤ 1 semana pós-parto e PA ≥ 140/90 e < 160/110 e tem dor de cabeça, visão borrada/escotomas, dor abdominal: considere **pré-eclâmpsia grave** e encaminhe com urgência. • Se ≤ 1 semana pós-parto e PA ≥ 140/90 e < 160/110 e sem sintomas: solicite PU para verificar proteinúria e verifique resultado no mesmo dia: - Se proteinuria, provável **pré-eclampsia**: encaminhe no mesmo dia. - Se *sem* proteinuria, ⮌ 136. • Se > 1 semana pós-parto e PA ≥ 140/90 ⮌ 136.

Continue avaliando mãe e bebê →165.

[1]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. [2]Compressão aórtica externa: pressione para baixo com o punho logo acima da cicatriz umbilical até que o pulso femoral não seja sentido. [3]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafa) de cerveja.

Continue avaliando mãe e bebê

Avalie	Quando avaliar	Observações
HIV na mãe	Se não realizado	• Teste para HIV ⮌ 116. Se positivo ofereça cuidados de rotina para HIV ⮌ 117 e inicie TARV imediatamente ⮌ 120. • Se mãe testar HIV positivo, suspenda/contraindique amamentação e aconselhe fórmula. Encaminhe bebê com prioridade.
HIV no bebê exposto ao HIV	De acordo com protocolo	Discuta, verifique último protocolo para avaliar quando solicitar exames e monitore bebê exposto ao HIV.
Sífilis no bebê exposto à sífilis	1, 3, 6, 12 e 18 meses	• Solicite teste não treponêmico[1]. Se 2 testes consecutivos não reagentes, interrompa seguimento laboratorial com teste não treponêmico. Com 18 meses, considere fazer teste rápido (treponêmico) e **interprete resultado**. • Se elevação do teste não treponêmico *ou* não negativação até 18 meses *ou* persistência de títulos baixos, discuta para considerar retratamento ou investigação adiciona.
Hemograma	Se palidez no pré-natal	• Se Hb < 7g/dL e palidez com FR > 30, dor no peito ou desmaio/cansaço fácil, encaminhe no mesmo dia. • Se Hb < 7g/dL e sem sintomas, discuta/encaminhe. • Se Hb 7-11g/dL, trate como abaixo.
Sífilis na mãe	Se não realizado	Teste mãe para sífilis ⮌ 66: se positivo trate mãe ⮌ 67 e bebê.
Citopatológico	Se necessário	Avalie necessidade de rastrear câncer de colo de útero ⮌ 69.

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 com mau cheiro, ferida avermelhada/malcheirosa/com secreção, febre, tontura, dor de cabeça, visão turva, dor abdominal, dor em panturrilhas ou se bebê não estiver bem.
- Oriente sobre alimentação do bebê:
  - Se HIV negativa, estimule amamentação exclusiva por 6 meses: apenas leite materno (sem fórmula, água, cereal). Se HIV positiva, contraindique a amamentação e oriente o uso de fórmula.
  - Se necessário, agende consulta de enfermagem para apoiar/estimular amamentação.
  - Se alimentação por fórmula: confirme preparação ideal e que seja acessível, possível, aceitável, segura e sustentável. Desincentive alimentação mista antes do 6 meses de idade.
  - A partir dos 6 meses, inclua alimentação enquanto mantém amamentação.
  - Se mãe HIV negativa: explique sobre a importância de avaliar regularmente o status de HIV enquanto amamenta.
- Se mãe HIV positiva: verifique se mãe/responsável está administrando corretamente a TARV em xarope.
- 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[2] ao dia por 6-12 semanas após parto. Se Hb 7-11g/dL, prescreva sulfato ferroso 120mg de ferro elementar[2] 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[2] ao dia até 3 meses após Hb > 11g/dL.
  - Se Hb estagnada ou caindo: aumente sulfato ferroso para 240mg de ferro elementar[2] 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[2] 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[3] 500-1000mg a cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- Se HIV positiva e sem TARV, inicie TARV imediatamente ⮌ 120. Se mãe já em TARV, não pare e discuta/encaminhe para decidir se precisa alterar esquema de TARV.

Reavalie mãe e bebê com 6 semanas após parto.

[1]Se primeira punção lombar alterada, também solicite punção lombar cada 6 meses até normalizar. Se persistir alterada, discuta. [2]Oriente tomar comprimidos 30 min antes das refeições com sucos cítricos e evitar cha/café 2 horas antes ou após tomada dos comprimidos. [3]Não prescreva se alergia prévia.

Menopausa

- Exclua gestação antes de diagnosticar menopausa. Se gestante → 159.
- 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	• Pergunte sobre: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor, problemas de memória, dificuldade para dormir ⮌ 103 e problemas sexuais ⮌ 73. • Se suores noturnos questione sintomas de TB como perda de peso e tosse ≥ 3 semanas. Se presentes, exclua TB ⮌ 110. • Se alterações no peso (sem explicação), FC ≥ 100, tremores, pele seca, fraqueza, constipação, intolerância ao frio ou calor: solicite TSH e interprete. • Se amenorreia e IMC < 18,5 e preocupações excessivas sobre peso corporal, discuta para investigar **anorexia**.
Saúde mental	Toda consulta	• Avalie e maneje o estresse ⮌ 101. • No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ⮌ 147.
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 ⮌ 128.
Risco de osteoporose	No diagnóstico	Considere avaliação diagnóstica/tratamento se fatores de risco: < 65 anos com perda de > 3cm na altura ou fratura de quadril/punho/coluna; fratura não traumática prévia; uso de corticoides > 3 meses; início da menopausa < 45 anos; IMC < 21; > 2 doses[1] de álcool/dia; tabagismo pesado (≥ 20 cigarros/dia).
Planejamento familiar	No diagnóstico	• Se < 50 anos, prescreva/mantenha contracepção por 2 anos após última menstruação ⮌ 157. • Se ≥ 50 anos, mude para método não hormonal ou pílula de progestágeno isolado/ACMP por até 1 ano após última menstruação ⮌ 157.
Risco de câncer de mama	No diagnóstico e anual	Examine mamas e axilas: se nódulo/s nas mamas ou axilas ⮌ 72. Se indicada TH[2], solicite MMG antes de inciar e interprete resultado ⮌ 72.
Exame citopatológico	Se necessário	Avalie necessidade de fazer rastreio do câncer de colo de útero ⮌ 69.

Aconselhe paciente em menopausa

- Para lidar com os fogachos, oriente a paciente: usar roupas leves, diminuir consumo de álcool, evitar alimentos apimentados, cafeína, bebidas e ambientes quentes. Ajude a manejar seu RCV ⮌ 130.
- Se a paciente tem tido dificuldades em lidar com suas alterações de humor, considere envolver a equipe multiprofissional de apoio. Se fuma tabaco, motive parar ⮌ 146.
- Oriente sobre riscos[3], contraindicações[4] e benefícios da TH[2] 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 TH[2] se não houver contraindicação[4]:
  - 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 TH[2] e tente diminuir/parar se sintomas controlados. Se ≥ 5 anos de TH[2] ou ≥ 10 anos da menopausa ou > 60 anos, pare TH[2]. Se ainda sintomática, discuta/encaminhe

[1]Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafa) de cerveja. [2]TH: terapia hormonal. [3]Se TH 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. [4]TH só com estrogênio: contraindicada em pessoas com útero (aumento de risco de hiperplasia/câncer endometrial). Ambas as TH 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.

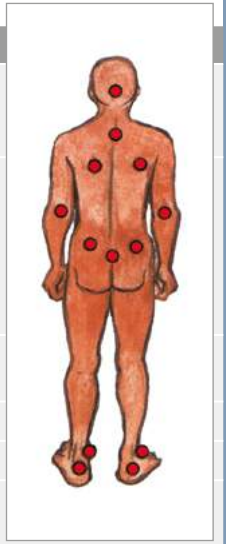
Cuidados paliativos de rotina

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	• Se constipação, náusea/vômitos, cólicas abdominais, coceira generalizada, ansiedade ou tosse/falta de ar, maneje ↩168. • Se dificuldade para dormir ↩ 103. • Maneje outros sintomas conforme a página do sintoma.
Dor	Avalie a gravidade e o tipo da dor para ajudar paciente a decidir qual analgésico será iniciado ou otimizado ↩ 168: • Peça ao paciente para apontar na escala se sua dor é leve, moderada ou intensa: Sem Dor | dor leve | dor moderada | dor intensa | pior dor possível 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 • Peça para descrever dor: espasmos musculares; dor óssea; choque/queimação, provável **dor neuropática**; se câimbras, cólica abdominal, provável **dor somática**.
Saúde mental	• Pergunte se tem sentimentos persistentes de desesperança ou inutilidade ↩ 147. Se pensamentos ou planos de suicídio ↩ 97 • Se tristeza, estresse ou ansiedade ↩ 101.
Efeitos adversos	Maneje efeitos adversos como na página do sintoma. Náusea, confusão e sonolência em uso de morfina geralmente melhoram após os primeiros dias.
Cuidador	Pergunte como cuidador está lidando com a situação e quais suportes/ajudas precisa agora e no futuro.
Cuidado crônico	• Avalie quanto paciente e família entendem sobre condição e pergunte quais informações adicionais precisam. • Avalie necessidade contínua de cuidados crônicos, discuta com paciente e equipe. Considere qual medicamento pode ser descontinuado.
Terminalidade	Se paciente deteriorando e ≥ 2 de: restrito ao leito, consciência diminuída, capaz de ingerir somente líquidos ou incapaz de tomar comprimidos, avalie necessidades do(a) paciente ↩ 169.
Boca	Verifique higiene oral e investigue boca seca, úlceras ou candidíase oral ↩ 46. Se sintomas da gengiva ou dentes ↩ 47. Se dificuldade para engolir, discuta.
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 ↩ 90.



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 ↩ 101.
- 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 ½ 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 eminente: pode ficar menos responsivo, tornar-se frio, sonolento, com respiração irregular e sem interesse em comer.
- Discuta com paciente e cuidador planos e preferências. Documente as escolhas.

Trate paciente que necessita de cuidados paliativos

- 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.

Passo	Medicamento	Dose inicial	Dose máxima	Observações
Passo 1 Comece com um dos três:	Paracetamol	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 dipirona	500mg cada 4-6 horas	4g ao dia	Não prescreva se alergia prévia.
	ou ibuprofeno	600mg cada 4-6 horas	2,4g ao dia	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, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.
Passo 2 Adicione ao passo 1:	Codeína	30mg cada 4 horas	240mg ao dia	Se não tiver diarreia, prescreva óleo mineral 15-45mL à noite para constipação.
Passo 3 (somente se dor causada por câncer) Pare codeína, mantenha paracetamol ou dipirona ou ibuprofeno e adicione:	Morfina (oral ou retal, se incapaz de engolir)	• 5-10mg cada 4 horas • Se ≥ 65 anos: incie com 2,5-5mg	• Não há dose máxima para controle da dor. • Se sedação/confusão mental ou FR < 12, pule 1 dose e diminua doses pela metade.	• Se constipação, náusea/vômito ou coceira, maneje como abaixo • Se não tiver diarreia, prescreva óleo mineral 15-45ml à noite para constipação. • Se dor não melhorar após 24h, aumente dose 1,5-2 vezes. Se não melhorar após 2 dias, discuta. • **Se crise de dor antes do horário estimado para próxima dose de morfina:** - Dê dose extra de morfina e continue com as doses regulares nos horários definidos. - 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.
Adjuvante	Amitriptilina	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:

Constipação
- Prescreva óleo mineral 15-45mL ao dia ou a cada 12 horas.
- Se impactação fecal (massa fecal imóvel e sólida no reto), remova gentilmente usando lubrificação. Depois faça enema com óleo mineral. Se sangramento, dor intensa ou não conseguir, pare e discuta.

Náusea/vômito
- Prescreva metoclopramida 10 mg cada 8 horas, se necessário.
- 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.
- Comidas ou bebidas com gengibre podem auxiliar nos sintomas. Evite gengibre em pó.
- Aconselhe cuidador evitar cozinhar perto do paciente.

Cólicas abdominais
Prescreva hioscina 10mg cada 6 horas por até 3 dias, se necessário.

Coceira generalizado
Prescreva, se disponível, hioscina 10mg cada 6 horas por ate 3 dias, se necessário.

Ansiedade
Prescreva diazepam 2,5-5mg à noite ou cada 12 horas, se necessário.

Tosse ou falta de ar
- Se escarro espesso, faça inalação com vapor. Se expectora > 30 mL/dia, oriente respirações profundas, com drenagem postural. Discuta/encaminhe para fisioterapia, se disponível.
- Se escarro não espesso e excessivo ou tosse seca persistente, discuta.
- Se falta de ar aos mínimos esforços, considere prescrever codeína 30 mg cada 4 horas.
- Se baixa SaO2, considere O2 domiciliar.

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.

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 tem falta de ar, agitação, dor, constipação, diarreia, náusea/vômito e cólicas abdominais ↩ 168.
Cuidado atual	• Avalie medicamentos em uso e pare qualquer medicamento não essencial. • Discuta com paciente/cuidador e equipe de saúde sobre a pertinência de realizar exames. • Se não consegue engolir, considere trocar medicamentos via oral por via subcutânea.
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 glicerina 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 ↩ 168.
- 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 insuficiência 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
- Secreções vaginais
- Sêmen
- Leite materno

Maneje:

- 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[1].
- 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 ↩ 104.
- Notifique.

Adote medidas para diminuir seu risco de infecção ocupacional

Proteja-se:

- Mantenha você, colegas, pacientes e familiares protegidos contra COVID-19 ↩ 171.

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 inidividual:

- 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 ↩ 102. 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.

Proteja suas instalações

Limpe suas instalações:

- Limpe frequentemente superfícies tocadas (maçanetas, telefones, teclados) com água e sabão.
- Desinfecte as superfícies contaminadas com sangue/secreções com álcool 70% ou desinfetante a base de cloro.

Garanta ventilação adequada:

- Deixe janelas e portas abertas se possível e use ventiladores para aumentar a circulação do ar.

Organize sala de espera:

- Previna superlotação nas salas de espera.
- Rastreie rápido suspeitas de COVID, influenza e TB.

Maneje perfurocortante com segurança:

- Garanta que a caixa de perfurocortante seja facilmente acessível e regularmente trocada.

Maneje possibilidade de exposição ocupacional prontamente

Reduza risco de transmissão de TB

Identifique prontamente suspeitas de TB:

- O paciente com tosse ≥ 3 semanas é suspeita de TB.
- Se possível, separe pacientes com suspeita de TB de outros pacientes.
- Eduque sobre higiene da tosse e dê máscara facial/lenços para cobrir boca/nariz, proteger outros.

Diagnostique TB rapidamente:

- Acelere o diagnóstico e inicie tratamento o mais rápido possível assim que diagnóstico.

Proteja-se da TB:

- Use máscara N95/PFF2 (não a mascara cirúrgica) se contato com paciente com infecção de TB.

Reduza risco de transmissão de vírus respiratórios como influenza e COVID

- Antes de atender paciente suspeito/confirmado COVID ou influenza, use EPI apropriado ↩ 173.
- 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.

[1]Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/encaminhe para soro/imunoglobulina antitetânica.

Práticas de segurança

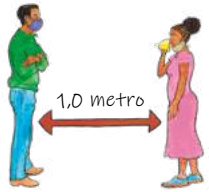
1. Monitore sintomas respiratórios em você

- **Se não estiver bem, procure atendimento com outro profissional de saúde.**
- Rastreie para sintomas respiratórios 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 metros de colegas e pacientes sempre que possível.



- Evite compartilhar superfícies de trabalho, mesas e equipamentos com outros funcionários, se possível.

Profissionais administrativos:

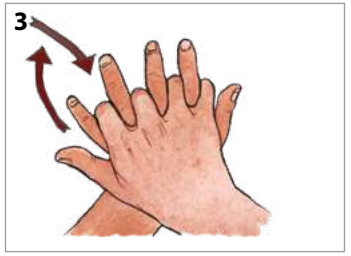
- Disponha mesas e estações de trabalho com uma distância de pelo menos 1,0 metro entre elas.

3. Pratique uma boa higiene das mãos

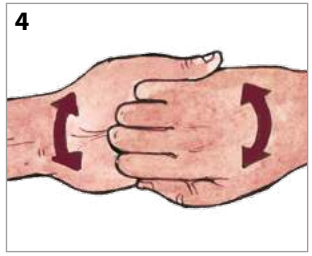
- Higienize suas mãos frequentemente ao longo do dia. Lembre-se dos 5 momentos de higienização das mãos:
  1. Antes de tocar paciente
  2. Após tocar paciente
  3. Após tocar objetos tocados pelo paciente
  4. Após exposição a fluidos corporais
  5. Antes de fazer procedimentos
- Esfregue mãos com álcool 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.

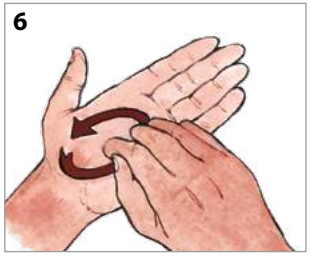


Ponha palma sobre dorso da mão oposta e esfregue entre dedos. Troque mãos.



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.

4. Pratique uma boa etiqueta respiratoria

- 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 durante trabalho se:
  - Triando ou atendendo pacientes com sintomas respiratórios ou que são contato de caso confirmado de COVID-19 (mesmo que sem sintomas).
  - Atendendo pacientes, mesmo sem sintomas, quando não é possível separar pacientes sintomáticos dos demais na organização da demanda.
  - Circulando em sala de espera/área com pacientes com sintomas respiratórios.

- 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 e seus acompanhantes.
  - 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[1] 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.

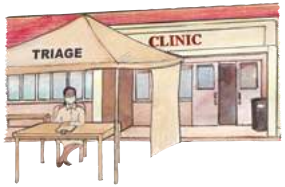
ERRADO

- 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.



- Se paciente com sintomas respiratórios, se possível, encaminhe para uma área separada para pacientes com sintomas respiratórios.
- 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.
- Evite acompanhantes. Se forem essenciais, limite a uma pessoa.
- Se possível, organize um sistema de agendamento de consultas/outros procedimentos para a maioria dos atendimentos.

[1]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.

6. Pratique um bom controle de infecção ambiental

- **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.
  - Desinfecte com desinfetante como hipoclorito ou álcool 70%.

- Evite tocar superfícies a não ser que necessário.
- Deixe janelas abertas, se possível.
- Se possível use equipamentos médicos descartáveis.
- Se utilizar mesmo equipamento para mais de um paciente limpe e desinfecte após cada uso.
- Evite realizar procedimento que gere aerossóis[1] a menos que seja estritamente necessário. Nesse caso, use EPI apropriado.
- Garanta que roupas e lixo infectado sejam manejeados de acordo com procedimentos padrão de biossegurança.
- Troque lençois regularmente.

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:

- Máscara cirúrgica ou, se em ambiente com pouca ventilação, N95/PFF2

Atendendo paciente com sintomas respiratórios no consultório:

- Cirúrgica ou N95/PFF2
- Óculos ou face shield
- Avental
- Luvas

Realizando procedimento que gere aerossóis[1] em paciente com sintomas respiratórios:

- 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[1].

- **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.

[1]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 COVDID-19 necessários para os atendimentos.

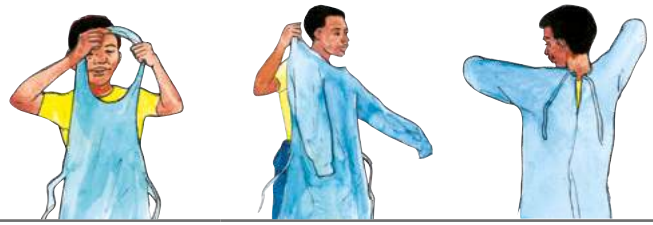
Assista o vídeo: como colocar e retirar EPI

1 **Higienize mãos, coloque luvas, desinfecte 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.
- Desinfecte superficies/equipamentos (como termômetro, oxímetro) e óculos/face shield com álcool 70% (de preferência, líquido).
- Retire luvas conforme técnica adequada.

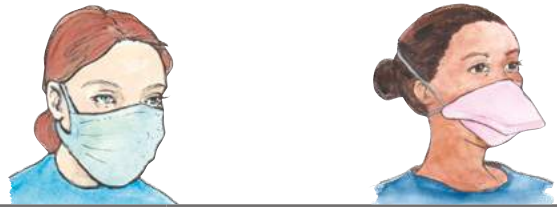
2 **Coloque avental**

- 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.

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 superficies/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 superficies/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 mascara N95/PFF2**

- Primeiro pegue elástico inferior, depois o superior e remova sem tocar no exterior da mascara.
- 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[1]: faça desinfecção terminal do ambiente após remoção do paciente.

[1]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.

8. O que fazer antes de sair de casa

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.

Telefone, carteira e chaves

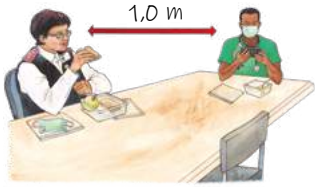
- Higienize mãos antes de tocar carteira, chaves, telefone, outros objetos pessoais.
- Mantenha telefone no bolso / bolsa, evite colocá-lo em superfícies de trabalho. Use whatsapp web.

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.

9. Como fazer uma pausa com segurança

- 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.



- Para remover a máscara ao comer/ beber: remova cuidadosamente cara 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.

10. O que fazer ao sair do trabalho e chegar em casa

Saindo do trabalho

- Higienize cuidadosamente mãos, braços e objetos pessoais.

- Mantenha álcool no carro/bolsa e use-o para higienizar mãos após tocar superficies de uso público.

Passo 1

- Remova calçados antes de entrar em casa e deixe do lado de fora.
- Evite tocar nas solas dos sapatos.

Passo 2

- Remova roupas do trabalho antes ou logo após entrar em casa.
- Coloque roupas para lavar

Passo 3

- Lave bem as mãos e os braços.

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 ↩ 97

Discuta com profissional de saúde mental no mesmo dia.

Adote medidas para diminuir seu risco de estresse ocupacional

Proteja-se

Cuide da sua saúde:
- Durma o suficiente.
- Exercite-se, alimente-se adequadamente, diminua álcool e evite fumar ↩ 146.
- Faça rastreios indicados para condições crônicas ↩ 21.

Cuide das suas condições crônicas se você tem uma:
- Seja aderente ao seu tratamento e suas consultas.
- Evite diagnosticar e tratar você mesmo.
- Se você puder, fale com um colega de confiança/cuidador.

Maneje o estresse:
- Delegue tarefas conforme apropriado, desenvolva estratégias de cooperação.
- Converse com alguém (amigo, psicólogo, mentor), recurso de apoio ↩ 178.
- Faça um exercício respiratório de relaxamento a cada dia.
- Encontre uma atividade divertida e criativa para fazer.
- Passe um tempo com familiares e amigos que o apoiem.

Tenha hábitos saudáveis no trabalho:
- Maneje seu tempo de forma adequada.
- Respire entre os pacientes e faça pequenas pausas programadas.
- Lembre a você mesmo dos seus objetivos como clínico.
- Tenha certeza de que seu papel e responsabilidades estejam claros.

Proteja sua equipe

Escolha formas adequadas de comportamento no trabalho:
- Comunique-se efetivamente com seus pacientes e colegas ↩ 14.
- 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/ambiência do espaço de trabalho.
- Discuta o papel de cada membro da equipe. Assegure que cada um tenha claro seu papel e como desempenhar o seu trabalho.
- 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[1]/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um ↩ 145.
- 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 ↩ 147.

Evento estressante recente
- Diagnóstico de condição crônica
- Perda
- 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.

[1]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

Esta página está em constante atualização. Acesse versão digital atualizada em bit.ly/recursosdeapoio

Recurso de Apoio	Serviços oferecidos	Forma de contato/acesso
Atendimentos de urgência/emergência		
CIATox/SC	Centro de Informações e Assistência Toxicológica de Santa Catarina	0800 643 5252 (Plantão 24h)
EMG CEPON	Contato com staff da emergência do CEPON	3331 1472
EMG Hospital Celso Ramos	Contato com staff da emergência do HGCR	3664 3491 (recepção emergência) / 3487 (emergência geral) / 3666 (emergência cirúrgica)
EMG Instituto de Cardiologia de SC	Contato com staff da emergência do ICSC	3664 3020
EMG Hospital de Caridade	Contato com staff da emergência do Hospital de Caridade	3221 7511 (enfermagem) / 3221 7510 (recepção)
EMG Hospital Florianópolis	Contato com staff da emergência do HF	3281 7815
EMG Hospital Infantil Joana de Gusmão	Contato com staff da emergência do HIJG	3664 3200 (geral) / 3259 (emergência)
EMG Hospital Universitário	Contato com staff da emergência do HU	37218254 / 9870 (emergência pediátrica) / 9133 / 8039 / 9121 (emergência adulto) / 9868 / 8011 (regulação) / 8189 (recepção emergência) / 9875 / 8098 (ginecologia e obstetricia)
EMG Hospital Regional de São José	Contato com staff da emergência do HRSJ	3664 9747 / 9743 (emergência clínica) / 9752 / 9751 (emergência cirúrgica) / 9766 / 9768 (obstetrícia) / 3001 / 3002 / 3003 (emergência cardio) / 3020 (chefia emergência)
EMG Maternidade Carmela Dutra	Contato com staff da emergência gineco-obstétrica da Carmela Dutra	3251 7601 / 7602 / 7603 / 7604 / 7606 / 7500 (geral)
Hospital Nereu Ramos	Contato com staff do hospital (não tem emergência com porta aberta)	3251 7601 / 7602 / 7603 / 7604 / 7606 / 7500 (geral) 3216 9453 (hospital dia) / 9378 (NIR) / 9451 (ambulatório) / 9414 (CCIH) / 9300 (telefonia central) / nirhnr@hotmail.com (solicitar vaga de internação)
Instituto de Psiquiatria de São José (IPQ)	Contato com staff da emergência do IPQ	3664 3389
Transporte intradiário/SMS Florianópolis	Contato e escala de médicos do transporte intradiário	bit.ly/escalaintradiario
UPA Continente	Contato com staff da UPA Continente	3039 7535
UPA Norte	Contato com staff da UPA Norte	3261 0624 (recepção) / 0607 (sala emergência)
UPA Sul	Contato com staff da UPA Sul	3239 1701
Dúvidas clínicas e regulação		
Apoio Matricial SMS Floripa	Apoios matriciais para rede municipal de saúde de Florianópolis	bit.ly/apoiomatricialsaudefloripa
BMJ BestPractice	Ferramenta baseada em evidências para dúvidas clínicas (em português)	bestpractice.bmj.com
Gerência de Regulação	Dúvidas de fluxos e protocolos da rede municipal de Florianópolis	3239 1515 / regulacaofpolis@gmail.com
Gestão da Clínica	Fluxos e protocolos da rede municipal de Florianópolis	bit.ly/gestaodaclinica2
Protocolos de enfermagem	Protocolos de enfermagem de Florianópolis	bit.ly/protocolosdeenfermagempmf

Outros recursos de apoio → 179

Recurso de Apoio	Serviços oferecidos	Forma de contato/acesso
Dúvidas clínicas e regulação		
Teleconsultoria do Telessaúde RS	Teleconsultorias gratuitas por telefone seg-sex das 08 às 17h30min	0800 644 6543
Telessaúde SC	Teleconsultoria de dúvidas clínicas e intenção de encaminhamento	teleconsultorias.telemedicina.saude.sc.gov.br/
Atendimento à Pessoa Vivendo com HIV (PVHA) e Profilaxia Pré-Exposilção ao HIV (PrEP)		
Centro de Testagem e Resposta rápida (CTRr)	Contato (whatsapp) com enfermeiros do CTRr para ajuda em busca ativa, início/reinício TARV para PVHIV	Centro: 9 9121 5517 / 9 9111 7102 Norte: 9 8849 4499 linktr.ee/ctrrsusfloripa Continente: 9 9959 3242 Sul: 9 9603 4203
Hospital Nereu Ramos	Contato com staff do hospital (não tem emergência com porta aberta)	3216 9453 (hospital dia) / 9378 (NIR) / 9451 (ambulatório) / 9414 (CCIH) / 9300 (telefonia central) / nirhnr@hotmail.com (solicitar vaga de internação)
Entrega de medicamentos para HIV	Serviço de entrega de medicamento para HIV	Encaminhar mensagem para whatsapp 9 9177-2969
Interações medicamentosas ARVs	Verificar interação medicamentosa com ARVs (HIV Interações medicamentosas)	interacoeshiv.huesped.org.ar/
Materiais de apoio HIV	Fluxos e protocolos para cuidado de rotina para PVHA	bit.ly/apoiohivfloripa
LAMUF (Laboratório Municipal)	Solicitar acesso ao SISCEL, dúvidas e exames CD4, CV e genotipagem	3248 2401 (WhatsApp) / lamufsms@gmail.com / coordenacaolamuf@gmail.com
PrEP (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV)	Agendamento e informações sobre PrEP	bit.ly/agendamentoprep
SICLOM gerencial	Acesso às últimas notas técnicas e documentos, receitas para HIV e ARV	azt.aids.gov.br
SISCEL/SISGENO/LAUDO	Resultado de CD4, CV, genotipagem, HLA-B*5701 e histórico de uso ARV	laudo.aids.gov.br / 0800 061 2439
UDM Centro	Contato da farmácia de ARV da Policlínica Centro	9 9200 3822 (WhatsApp) / 3952 0103 / 0101 / policentrofarmacia@gmail.com
UDM Continente	Contato da farmácia de ARV da Policlínica Continente	8428 3307 (WhatsApp) / 3271 1716 / farmaciacontinente@gmail.com
UDM Norte	Contato da farmácia de ARV da Policlínica Norte	3284 2124 (WhatsApp) / farmaciapolinorte@gmail.com
UDM Saco Grande	Contato da farmácia de ARV do Centro de Saúde do Saco Grande	8838 0178 (WhatsApp) / farmaciacssacogrande@gmail.com
UDM Sul	Contato da farmácia de ARV da Policlínica Sul	3239 1717 (WhatsApp) / farmaciapolisul@gmail.com
Saúde Mental		
Centro de Valorização a Vida (CVV)	Apoio emocional e prevenção do suicídio	188
CAPS II (Adulto)	Contato com CAPS II das 8h às 18h	3228 5074 / 3228 9090 / capspontadocoral.pmf@gmail.com
CAPS AD Continente (Álcool e drogas)	Contato com CAPS AD Continente das 8h às 18h	3240 5472 / 3240 5679 / capsadcontinente@gmail.com
CAPS AD Ilha (Álcool e drogas)	Contato com CAPS AD Ilha das 8h às 18h	3238 9926 / 3269 8799 / capsadilhapmf@gmail.com
CAPSi (Infanto-juvenil)	Contato com CAPSi das 8h às 18h	3324 1399 / 3228 6095 / capsipmf@gmail.com
Instituto arco-íris	Acolhimento e apoio psicossocial	3879 0030 (acolhimento e apoio psicossocial) / 9986 3749 (whatsapp) / contato.arcoiris@gmail.com
Ligue 132	Atendimento 24h para orientações /aconselhamento sobre drogas	132

Outros recursos de apoio → 180

Recurso de Apoio	Serviços oferecidos	Forma de contato/acesso
Psicologia e serviço social APS	Contato psicologia e serviço social APS	bit.ly/contatoequipemulti
Violência		
Atendimento à vítima de violência sexual	Serviços de atendimento clínico de urgência à vítimas de violência sexual	• Mulheres cis e pessoas transmasculinas e transfemininas: Maternidade Carmela Dutra; 3251 7601 / 7602 / 7603 / 7604 / 7606 / 7500 (geral); ou Hospital Universitário: 33721 9133 / 8039 / 9121 (emergência adulto) / 8189 (recepção emergência) • Homens cis: Hospital Universitário: 3721 8260 (chefia médica) / 8254 3721 9133 / 8039 / 9121 (emergência adulto) / 8189 (recepção emergência) • Crianças de 0 a 14 anos: Hospital Infantil Joana de Gusmão: 3664 3200 (geral) / 3259 (emergência)
Central de atendimento à mulher	Serviço nacional de atendimento à mulher vítima de violência	180
Centro de ref. Mulher vítima de Violência	Acolhimento e atendimento social, psicológico e orientação jurídica	3224 6605 / cremv@pmf.sc.gov.br
Interrupção Legal da Gestação (ILG)	Serviço de ILG para vítimas de violência sexual	Hospital Universitário: 3271 9140 / 8285 / Hospital Regional de São José 3271 9700 / 9023
Medicamentos		
Assistência farmacêutica (ASSFAR)	Contato para dúvidas e informações sobre medicamentos e prescrição	9 8844 6071 (WhatsApp) / 3239 1502 / assfar.pmf@gmail.com
Drugs.com	Acesso à interações medicamentosas	drugs.com/drug_interactions.html
Farmácia Especializada (CEAF)	Acesso à documentos da Farmácia Especializada	bit.ly/farmaciaceaf
Entrega de medicamentos para HIV	Serviço de entrega de medicamento para HIV	Encaminhar mensagem para whatsapp 9 9177-2969
Hepatites	Acesso à interações medicamentosas de antivirais para hepatite	hep-druginteractions.org/checker
HIV	Acesso à interações medicamentosas de ARV	interacoeshiv.huesped.org.ar/
Medscape	Acesso à interações medicamentosas	reference.medscape.com/drug-interactionchecker
REMUME	Acesso à Relação Municipal de Medicamentos	bit.ly/remumefpolis
Outros		
Alô Saúde Floripa	Serviço de Teleatendimento de Florianópolis	0800 333 3233
Centro de Ref. de Ass. Social (CRAS)	Contato dos CRAS por região	bit.ly/CRASfpolis
Centros de Saúde	Contato dos Centros de Saúde e equipes	sus.floripa.br/centrosdesaude
Conselho Tutelar	Plantão 24h	9 9203 3236 (Continente) / 4226 (Centro) / 3448 (Norte) / 3663 (Sul)
DIVE/SC	Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina	3664 7400
GERVE	Gerência de Vigilância Epidemiológica	3212 3925
Laboratório Municipal (LAMUF)	Contato para dúvidas e informações sobre exames realizados no LAMUF	3248 2401 (WhatsApp) / 3338 3610 (imuno) /3241 8979 (TB) / lamufsms@gmail.com / coordenacaolamuf@gmail.com
Laboratório Central (LACEN)	Contato para dúvidas e informações sobre exames realizados no LACEN	3664 7800 (geral)
Vigilância Epidemiológica	Plantão 24 horas	3212 3907 ou 9 9985 2710 (WhatsApp) / cievsflorianopolis@gmail.com

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 2023/24** 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, 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 Florianópolis que derem apoio decisivo ao projeto: Carlos Daniel Moutinho Junior, Prof. Dr. Carlos Alberto Justo da Silva, Nulvio Lermen Jr., como Secretário Adjunto, e Cristina Pires Pauluci, atual Secretária. E aos Secretários Municipais de Saúde de Campo Grande, Sandro Trindade Benites, de Fortaleza, Galeno Taumaturgo Lopes, e de Porto Alegre, Fernando Ritter, 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 2023**:

Adriana Striebel
Adriana da Paz Mendonça
Adriana de Souza Kuchenbecker
Alessandra Esmeraldino
Alessandra Vieira
Aline Rodrigues Feitoza
Aloisio Schmidt Cardoso
Amanda Priscila de Souza Pereira
Ana Carolina Severino da Silva
Ana Cristina Vidor
Ana Geyse Gomes da Silva
Ana Lucia Biz
Ana Maria Bim Gomes
Ana Pricilla Delphina Leite
André Costa Dias
Andrea Cunha de Mendonça
Andreia Souza Pinto da Silva
Anelise Alves Nunes
Angelica da Silva
Angelica Maria Uzcategui Diaz
Anna Caroline Dourado
Arethusa Morais de Gouveia Soares
Ari Moré Filho
Ariadna Belinda Saavedra Ibacache
Barbara Luiza Rosa
Bárbara Medeiros Dantas
Bibiana de Moraes Arns
Caio Visalli Lucena da Cunha
Camila Zardo Manassi
Caren Cristina Wiles Della Mea da Fonseca
Carlos Eduardo Lara Henriques
Carlos Henrique Martinez Vaz
Caroline Menezes Santos
Caroline Schweitzer de Oliveira
Cheila Cristine Prim
Chris de Brida
Cilene Fernandes
Cristiane Regina Pereira
Cristiane Rodrigues Waltrick
Daniel Rosa Silveira Amaral
Daniela Salome de Andrade
Daniele Cristina Ferracini Silveira Duarte
Dannielle Fernandes Godoi
Daymée Taggesell de Córdova
Deborah de Oliveira Renzetti
Delisie Lima da Costa
Denise Tatiana Loesch
Deniz Faccin
Denos Barbosa Goulart Neto
Diane Moreira do Nascimento
Diogo Luis Scalco
Donavan de Souza Lúcio
Dora Carolina Diedrich Saldanha
Eliane Maria da Silva
Ennel Mendonça Gutzeit
Fabricio Casanova
Fernanda Simas França
Fidel Cesário de Lima Albuquerque
Flávia Cristina Jácome Machado
Francielle Rezende
Gabriela Bley Jacob
Gabriela da Silva Crespi Alécio
Gabriela Geralda de Souza
Gabriela Liliane Wiest
Giordana Manzeppi Faccin
Giovanna Tonello Bolsi
Glória Araújo Pereira
Guilherme Mortari Belaver
Ieda Hubner Campos
Igor Tavares da Silva Chaves
Indiana Acordi
Ingrid do Socorro da Silva Lopes
Isadora Ferreira Teixeira
Jaciara Clesia Pereira
Jaciara Vilselia Pacifico Vieira
Jadson Jovaert Mota Kreis
Jaqueline Marlene Cardoso
Jardel Corrêa de Oliveira
Jéssica da Cruz Arantes
João Caetano Carpeggiani
João Marcos Emerenciano
João Paulo Neri Garibaldi
Jorge Fernando Matos de Quadra
Jumara Espíndola dos Santo
Julia Maria de Souza
Juliana Cipriano Braga Silva
Juliana Valentim
Karina de Paula Bastos Santos
Karine Gomes Jarcem
Kaysa de Souza Brandão
Keith Ramos Ferreira
Kelly Lucia dos Santos de Sousa
Kelly Maciel Silva
Kenia Alice da Silva
Kilma Lopes
Kleberton Ricardo Tesser
Laura Denise R Castillos
Leila Beatriz Brandes de A Ferreira
Leila Coffy
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Lisiane Candido
Lisiane Pagnussat
Livia Hinz Calico
Loren Seibel
Lucas Alexandre Pedebôs
Lucas Pedebos
Luciana Passos Aragão
Luciane Mara dos Santos
Luciano Rangel
Luiz Fernando Niquerito Nunes
Lysiane de Medeiros
Marcelo Brandt Fialho
Marcelo Suderio Rodrigues
Márcia Silva Rodrigues
Marcos Cavalcante Paiva
Marcos Edelweis
Marcos Paulo Marzollo Maria
Marcos Revillion de Oliveira
Marcos Vinicius de Oliveira
Maria Alice Raposo
Marina Papile Galhardi
Marynes Tereziha Reibnitz
Mayra Gonçalves Aragón
McArthur Alexander Barrow
Mirelle Cabreira de Almeida Silva
Naarai Camboim Bezerra
Natália Pereira Kretzschmar
Nathalia Ferraz Oliscovicz
Nathalia Rezende Pimentel
Neura Mello Berka
Nicolle Vigna Nakata
Nuno de Mattos Capeletti
Paula Thais Avila do Nascimento
Priscila Regina Valverde Campos
Rafael Garcia Eymael
Ramon Tartari
Renata da Rosa Turatti Fetzner
Renata Rosa de Carvalho
Reno Ortega Viero
Rodolfo Weber Mayer
Rosilene Martins Souza Clemente
Roxana Knobel
Rui de Gouveia Soares Neto
Samuel do Nascimento Ponce
Sara de Brito de Bem Silva
Selene Andrea Osorio Valderrama
Sonia Leitão Saraiva
Tatiane Aparecida Pinto
Tatiane Shimanko Bugs
Thais Hokama dos Anjos
Thamara Vieira Rolim
Thiago Cherem Morelli
Tiffany Floriano De Andrade Bernardi
Tomás Soto Vieira
Túlio Tadeu Morais Dias
Vanessa Leão Nascimento
Vanessa Severo Coffy
Vinícius Paim Brasil
Wagner Omar Cury Silva
Yohanna Leticia Brogio

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.

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

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

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

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 assessora o fortalecimento dos 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

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

Sobre The Health Foundation

The Health Foundation of South Africa é uma empresa independente sem fins lucrativos, de benefício público, que oferece uma plataforma única para parcerias entre os setores público, privado e civil para aumentar os recursos e melhorar os serviços no setor de saúde pública, a fim de melhorar a qualidade e o acesso aos cuidados de saúde na África do Sul e demais locais.
www.thehealthfoundation.org.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

TopMed
SAÚDE DIGITAL

ALGORITMOS CLÍNICOS

TopMed
SAÚDE DIGITAL

Florianópolis, dezembro 2024

www.topmed.com.br
(48) 3954-8100

Abrasões

Abuso Crianças

Abuso Doméstico

Abuso Idosos

Abuso Sexual

Agendamento Consulta Pré Natal

Agendamento Consulta Puerperal

Agendamento Mamografia

Agendamento Preventivo

Alergias

Alteração da Visão

Alteração do Comportamento

Alteração no Comportamento Geriátrico

Amenorreia

Ansiedade

Apatia

Ardor Urinário

Arranhões

Arrotar

Assadura

Ataques de Pânico

Azia

Batimentos Cardíacos Alterados

Câimbra - Região Posterior da Perna

Câimbra da Panturrilha

Câimbra da Perna

Câimbra Muscular

Câimbras Noturnas

Cansaço

Cefaleia

Chamada De Crise Assalto ou Violência

Choro Lactente

Coceira

Cólica Abdominal

Cólica Menstrual

Cólica Renal

Confusão

Congestão Nasal

Constipação Adulto ou Criança

Constipação geriátrica

Constipação Lactente ou Pré-Escolar

Controle de Parâmetros IoT

Convulsão

Corrimento Vaginal

Cortes

COVID-19

Crise Epiléptica

Crise Epiléptica/Convulsão

Dentalgia

Dentário Aftas ou Úlceras

Dentário Coroas

Depressão

Desmaio

Diarreia Adulto ou Criança

Diarreia Lactente ou Pré-Escolar

Dificuldade de Audição

Dificuldade Respiratória Adulto ou Criança

Dificuldade Respiratória Lactente ou Pré-Escolar

Disfunção Erétil

Disfunção Sexual Masculina

Dismenorreia

Dispnéia

Disúria

Dor Abdominal

Dor de Cabeça

Dor de Dente

Dor de Estômago

Dor de Garganta

Dor Mandibular

Dor na Bacia

Dor na Face

Dor na Perna

Dor nas Costas

Dor nas Costelas

Dor no Calcanhar

Dor no Flanco

Dor no Peito

Dor no Quadril ou Dor na Nádega

Dor no Quadril ou Dor nas Nádegas

Dor no Quadril, Panturrilha, Lombar Geriátrica

Dor no Tórax

Dor Ocular

Dor ou Edema da Mandíbula

Dor ou Edema da Mão

Dor ou Edema da Região da Panturrilha

Dor ou Edema da Virilha

Dor ou Edema do Braço

Dor ou Edema do Cotovelo

Dor ou Edema do Dedo

Dor ou Edema do Pé

Dor ou Edema do Pescoço

Dor ou Edema do Punho

Dor ou Edema do Tornozelo

Dor ou Edema Escrotal

Dor ou Edema Facial

Dor ou Edema no Braço

Dor ou Edema no Joelho

Dor ou Edema no Ombro

Dor ou Problema no Dedo do Pé

Dor Precordial

Dor Renal

Dor Retroesternal

Dor Torácica

Dormência do Membro Inferior

Dormência do Membro Superior

Dormência Generalizada

Edema da Mama Sexo Masculino

Encaminhamento Exames/Check-Up/Vagas Alô Assintomático

Envenenamento

Epilepsia

Equimose

Eructação

Escoriações

Espasmos Abdominais

Espasmos Musculares

Estado Mental Alterado

Exantema Adulto ou Criança

Exantema Genital

Exantema Lactente

Exantema Pré Escolar

Exclusão Urgência e Emergência

Exposição ao Calor

Exposição ao Sol ou Calor

Exposição Solar

Fadiga

Falta de Ar

Farpas Estilhaços

Febre Adulto ou Criança

Febre Lactente ou Pré-Escolar

Ferida Laceração ou Corte

Ferida Puntiforme

Feridas Perfurantes

Ferroadas

Flatulência

Formigamento

Fraqueza Fadiga

Fraqueza Muscular

Frequência Urinária

Grande Trauma

Gravidez Corrimento Vaginal

Gravidez Dor Lombar

Gravidez Hemorragia Vaginal

Gravidez Náusea e/ou Vômitos

Gravidez Traumatismo Maior

Gripe Virus H1N1

Hematoma

Hematúria (Urina com Sangue)

Hemorragia Dentária

Hipermenorreia

Hipoacusia

Ideação Suicida

Impotência

Inalação de Substâncias

Incontinência Urinária

Indisposição

Indisposto ou Irritado Lactente

Infecção da Ferida

Influenza Pandêmica

Ingestão de Corpo Estranho

Ingestão de Substância Tóxica

Ingestão Tóxica

Insolação

Insônia

Laceração ou Ferida

Lacerações

Lacrimejamento

Lactente Doente

Lactente Irritado

Lesão Abdominal

Lesão do Ombro

Lesão Facial

Lesão na Cabeça

Lesão na Face

Lesão na Perna

Lesão nas Costas

Lesão no Braço

Lesão no Dorso

Lesão no Peito

Lesão no Pescoço

Lesão no Tórax

Lesão Ocular

Lesão por Inalação

Lipotimia ou Síncope

Mãos Edemaciadas

Mastalgia Sexo Masculino

Mordedura de Animal

Mordedura de Cachorro

Mordedura de Cão

Mordedura de Cobra (Venenosa ou Não Venenosa)

Mordedura Humana

Mordedura ou Arranhão de Gato

Mordeduras

Mordeduras Aranha

Mordeduras Carrapato

Mordeduras de Inseto

Mordeduras, Inseto

Mudança do Comportamento

Nariz Entupido

Náusea Adulto ou Criança

Nenhum Problema do Algoritmo

Nódulo

Nódulos Mama Sexo Masculino

Olho Vermelho

Otalgia com Secreção

Otalgia sem Secreção

Palpitação

Parestesia

PEP (Profilaxia Pós Exposição ao HIV)

Perda Auditiva

Perda da Voz

Pés Edemaciados

Pessoa Vivendo com HIV/AIDS

Picada de Aranha

Picada de Carrapato

Picada ou Mordedura de Inseto

Picadas com Ferrão

Pirose

Problema da Gravidez

Problema de Amamentação

Problema de Garganta

Problema Dentário

Problema Genital Feminino

Problema Geriátrico

Problema Muscular

Problema na Ferida

Problema na Mama Homem

Problema na Mama Mulher

Problema na Mão

Problema na Perna

Problema Nasal

Problema no Ânus

Problema no braço

Problema no Joelho

Problema no Olho

Problema no Ombro

Problema no Ouvido

Problema no Pênis

Problema no Tornozelo

Problema Oral

Problema Pós Parto

Problema Respiratório

Problema Respiratório Lactente ou Pré-escolar

Problema Retal

Problema Testicular ou Escrotal

Problema Urinário

Problema Urogenital

Problema Vaginal

Problemas Cutâneos

Problemas de Pele

Problemas de Pele Geriátrico

Problemas do Sono

Problemas na Pálpebra

Problemas na Unha

Problemas no Dormir

Problemas Urinários Geriátrico

Próteses Dentárias ou Aparelhos

Prurido

Queda

Queimação Retroesternal

Queimadura Cáustica

Queimadura Elétrica

Queimadura Flash ou Explosão

Queimadura Solar

Queimadura Térmica ou de Calor

Queimaduras

RASTREIO Infecção Sexualmente Transmissível

Reação ao Estresse

Reações Alérgicas

Renovação de Receita

Retal - Dor

Retal - Hemorragia

Retal - Nódulos

Retal - Prurido

Retal - Secreção

Retenção Urinária (Incapaz de Urinar)

Rosto Edemaciado

Rouquidão

Secreção Mamária Sexo Masculino

Secreção Mamilar Sexo Masculino

Secreção Ouvido sem dor

Sem Algoritmo

Sibilos

Síndrome Viral

Sintoma Sem Algoritmo de Triagem

Sintomas de Asma

Soluços

Sudorese Excessiva

Suores Noturnos

Superdosagem

Tentativa de Suicídio

Tontura

Tontura Geriátrica

Tontura ou Vertigem

Tornozelo Edemaciado

Tosse

Tosse Criança

Tosse Lactente

Tosse Pré-Escolar

Trauma Abdominal

Trauma Facial

Trauma Maior

Trauma na Cabeça

Trauma na Perna

Trauma nas Costas

Trauma no Braço

Trauma no Pescoço

Trauma no Tórax

Traumatismo, Lesão ou Hemorragia do Ouvido

Unha Encravada

Urgência Urinária

Vertigem

Vertigem Geriátrica

Vinculação DCNT Descompensadas

Violação

Violência Doméstica

Visão Dupla

Vômito Adulto ou Criança

Vômito Lactente ou Pré-Escolar

Zumbido

Desfechos em Ordem Alfabética:

Agendamento Centro de Testagem (HIV/IST)
Agendamento CP Policlínica da Mulher
Agendamento Equipe APS
Agendamento serviço de saúde mental (CAPS AD)
Agendamento serviço de saúde mental (CAPS Adulto)
Agendamento serviço de saúde mental infantil (CAPS i)
Agendamento UBS
Agendar consulta com sua Equipe de Saúde (WSP/Email)
Consulta com outro profissional de saúde (não médico)
Consulta eletiva com médico assistente (clínico geral ou especialista)
Contatar Centro de Assistência Toxicológicas - CEATox (48) 3721-9083
Contatar Centro de Informações Toxicológicas - CIT
Contatar obstetra
Encaminhamento para Teleconsulta de Enfermagem
Encaminhamento Teleconsulta com Psicólogo
Encaminhamento Teleconsulta com Psicólogo Agendamento
Encaminhamento Teleconsulta Médica
Estratificação Risco Suicídio Alto - Encaminhar para UPA
Estratificação Risco Suicídio Baixo - Encaminhar para UPA
Estratificação Risco Suicídio Moderado - Encaminhar para UPA
Ligar para 192 / 193
Ligar polícia - 190
Orientação de Autocuidado
Orientação de Autocuidado - Acolhimento Emocional
Procurar emergência hospitalar
Procurar Equipe (WSP/Email) em até 24 horas
Procurar Maternidade
Procurar odonto UPA
Procurar Pronto Atendimento
Procurar serviço de Saúde mental 24h (CAPS 24h)
Procurar serviço de saúde não médico (odontológico) em até 12h (urgência)
Procurar Unidade Básica de Saúde
Procurar Unidade Hospitalar em até 12h (urgência)

ALYSSON SILVA DE JESUS:56542402268

Assinado digitalmente por ALYSSON SILVA DE JESUS:56542402268
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=83901660000170, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=(EM BRANCO), OU=videoconferencia, CN=ALYSSON SILVA DE JESUS:56542402268
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2025.09.16 18:06:19-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2025.2.0

TopMed
SAÚDE DIGITAL

ALGORITMOS CLÍNICOS

Atualização 2025

Abrasões
Agendamento Consulta Pré Natal
Agendamento Consulta Puerperal
Agendamento Mamografia
Agendamento Preventivo
Ansiedade
Cefaleia
Chamada De Crise Assalto ou Violência
Confusão
Constipação Adulto ou Criança
Constipação Lactente ou Pré-Escolar
Controle de Parâmetros IoT
Convulsão
COVID-19
Depressão
Diarreia Adulto ou Criança
Diarreia Lactente ou Pré-Escolar
Disfunção Sexual Masculina
Dor Abdominal
Dor nas Costas
Dor no Flanco
Dor no Peito
Dor no Quadril ou Dor na Nádega
Dor ou Edema da Mandíbula
Dor ou Edema da Região da Panturrilha
Dor ou Edema da Virilha
Dor ou Edema do Cotovelo
Dor ou Edema do Dedo
Dor ou Edema do Pé
Dor ou Edema do Pescoço
Dor ou Edema do Punho
Dor ou Edema Facial
Dor ou Edema no Braço
Dor ou Problema no Dedo do Pé
Eructação
Exames Sorológicos
Exantema Adulto ou Criança
Exantema Lactente
Exantema Pré Escolar
Exclusão Urgência e Emergência
Exposição ao Sol ou Calor
Fadiga
Febre Adulto ou Criança
Febre Lactente ou Pré-Escolar
Feridas Perfurantes
Flatulência
Gripe Virus H1N1
Hematoma
HIV / Crônicos / Assintomáticos / Exames / Check-Up
Ideação Suicida Geral
Ideação Suicida Zenklub
Indisposto ou Irritado Lactente
Ingestão de Corpo Estranho
Ingestão de Substância Tóxica
Laceração ou Ferida
Lesão Abdominal
Lesão Facial
Lesão na Cabeça
Lesão na Perna
Lesão no Braço
Lesão no Dorso
Lesão no Peito
Lesão no Pescoço
Lesão por Inalação
Lipotimia ou Síncope
Mordeduras
Mordeduras, Inseto
Mudança do Comportamento
Náusea Adulto ou Criança
Nenhum Problema do Algoritmo
Nódulo
Palpitação
Parestesia
PEP (Profilaxia Pós Exposição ao HIV)
Perda Auditiva
Picadas com Ferrão
Pirose

Problema da Gravidez
Problema de Amamentação
Problema de Garganta
Problema de Saúde Mental
Problema Dentário
Problema Geriátrico
Problema Muscular
Problema na Ferida
Problema na Mama Homem
Problema na Mama Mulher
Problema na Mão
Problema na Perna
Problema Nasal
Problema no Joelho
Problema no Olho
Problema no Ombro
Problema no Ouvido
Problema no Pênis
Problema no Tornozelo
Problema Oral
Problema Pós Parto
Problema Respiratório
Problema Respiratório Lactente ou Pré-escolar
Problema Retal
Problema Testicular ou Escrotal
Problema Urinário
Problema Urogenital
Problema Vaginal
Problemas Assintomáticos
Problemas de Pele
Problemas do Sono
Problemas na Unha
Queda
Queimaduras
RASTREIO Infecção Sexualmente Transmissível
Reações Alérgicas
Renovação de Receita
Rouquidão
Sibilos
Síndrome Viral
Soluços
Sudorese Excessiva
Tontura ou Vertigem
Tornozelo Edemaciado
Tosse
Tosse Criança
Tosse Lactente
Tosse Pré-Escolar
Trauma Maior
Vômito Adulto ou Criança
Vômito Lactente ou Pré-Escolar
Zumbido

CLASSIFICAÇÃO	INTERVALO DE IDADE
LACTENTE	0 a 2 anos incompletos
PRÉ ESCOLAR	2 a 7 anos incompletos
ESCOLAR (CRIANÇA)	7 a 10 anos incompletos
ADOLESCENTE (CRIANÇA)	10 a 15 anos incompletos
ADULTO	15 a 115 anos
GERIATRIA	65 a 115 anos

*Classificação da Sociedade Brasileira de Pediatria

DOR NAS COSTAS

TÓPICO

Lesão dorsal ao Levantar ou Curvar as Costas

QUESTÃO

Houve alguma lesão do dorso ou dor súbita no dorso após levantar um objeto ou após flexão anterior?

SIM

TÓPICO

Incapaz de Movimentar os Membros

QUESTÃO

O indivíduo é INCAPAZ de mover um ou ambos os membros

SIM

DESFECHO

(EH) Procurar emergência hospitalar

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Perda do Controle Intestinal ou Vesical

QUESTÃO

O indivíduo tem algum dos seguintes sintomas?

SIM

DESFECHO

(EH) Procurar emergência hospitalar

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Dormência do Membro

QUESTÃO

Há dormência de um ou mais membros (ex., sensação de formigamento e agulhadas)?

SIM

DESFECHO

(EH) Procurar emergência hospitalar

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Piora da Dor por Mais de 12 Horas

QUESTÃO

A dor tem piorado nas últimas 12 horas apesar das doses regulares de medicamentos analgésicos?

SIM

DESFECHO

(ETU) Encaminhamento Teleconsulta Médica

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Ciática

QUESTÃO

O indivíduo tem dores tipo choque elétrico ou fisgada ao longo da porção posterior da perna ou no tornozelo ou pé?

SIM

DESFECHO

(ETU) Encaminhamento Teleconsulta Médica

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

História de Artrite

QUESTÃO

O indivíduo tem história de artrite (articulações inchadas ou inflamadas)?

SIM

DESFECHO

(AEAPS) Agendamento Equipe APS

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Sintomas de Pielonefrite

QUESTÃO

O indivíduo tem história de artrite (articulações inchadas ou inflamadas)?

SIM

DESFECHO

(UPA) Procurar Pronto Atendimento

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Falha do Tratamento Feito em Casa

QUESTÃO

Especifique a natureza do autocuidado (Selecione um):

Piora dos sintomas nas últimas 24 horas, apesar da utilização de doses regulares de medicamentos apropriados ou através de outras medidas físicas

DESFECHO

(UPA) Procurar Pronto Atendimento

Os sintomas permanecem inalterados apesar da utilização de doses regulares de medicamentos apropriados ou através de outras medidas físicas

DESFECHO

(ETU) Encaminhamento Teleconsulta Médica

Os sintomas têm sido aliviados mediante utilização de doses regulares de medicamentos apropriados ou através de outras medidas físicas

DESFECHO

(AC) Orientação de Autocuidado

Não tem sido usado medicamentos para alívio de sintomas ou outras medidas físicas

DESFECHO

(ETU) Encaminhamento Teleconsulta Médica

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Sintomas de Pielonefrite

QUESTÃO

O indivíduo tem história de artrite (articulações inchadas ou inflamadas)?

SIM

DESFECHO

(UPA) Procurar Pronto Atendimento

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Falha do Tratamento Feito em Casa

QUESTÃO

Especifique a natureza do autocuidado (Selecione um):

Piora dos sintomas nas últimas 24 horas, apesar da utilização de doses regulares de medicamentos apropriados ou através de outras medidas físicas

DESFECHO

(UPA) Procurar Pronto Atendimento

Os sintomas permanecem inalterados apesar da utilização de doses regulares de medicamentos apropriados ou através de outras medidas físicas

DESFECHO

(ETU) Encaminhamento Teleconsulta Médica

Os sintomas têm sido aliviados mediante utilização de doses regulares de medicamentos apropriados ou através de outras medidas físicas

DESFECHO

(AC) Orientação de Autocuidado

Não tem sido usado medicamentos para alívio de sintomas ou outras medidas físicas

DESFECHO

(ETU) Encaminhamento Teleconsulta Médica

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Possível Aneurisma Abdominal

QUESTÃO

O indivíduo tem algum dos seguintes sintomas?

SIM

DESFECHO

(EH) Procurar emergência hospitalar

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Incapaz de Movimentar os Membros

QUESTÃO

O indivíduo é INCAPAZ de mover um ou ambos os membros

SIM

DESFECHO

(EH) Procurar emergência hospitalar

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Perda do Controle Intestinal ou Vesical

QUESTÃO

O indivíduo tem algum dos seguintes sintomas?

SIM

DESFECHO

(EH) Procurar emergência hospitalar

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Dormência do Membro

QUESTÃO

Há dormência de um ou mais membros (ex., sensação de formigamento e agulhadas)?

SIM

DESFECHO

(ETU) Encaminhamento Teleconsulta Médica

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Dor no Flanco, Dor Lombar

QUESTÃO

O indivíduo tem dor lombar alta ou baixa em um ou em ambos os lados?

SIM

DESFECHO

(ETU) Encaminhamento Teleconsulta Médica

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Ciática

QUESTÃO

O indivíduo tem dores tipo choque elétrico ou fisgada ao longo da porção posterior da perna ou no tornozelo ou pé?

SIM

DESFECHO

(ETU) Encaminhamento Teleconsulta Médica

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

História de Artrite

QUESTÃO

O indivíduo tem história de artrite (articulações inchadas ou inflamadas)?

SIM

DESFECHO

(AEAPS) Agendamento Equipe APS

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Sintomas de Pielonefrite

QUESTÃO

O indivíduo tem história de artrite (articulações inchadas ou inflamadas)?

SIM

DESFECHO

(UPA) Procurar Pronto Atendimento

NÃO/NÃO SABE

TÓPICO

Falha do Tratamento Feito em Casa

QUESTÃO

Especifique a natureza do autocuidado (Selecione um):

Piora dos sintomas nas últimas 24 horas, apesar da utilização de doses regulares de medicamentos apropriados ou através de outras medidas físicas

DESFECHO

(UPA) Procurar Pronto Atendimento

Os sintomas permanecem inalterados apesar da utilização de doses regulares de medicamentos apropriados ou através de outras medidas físicas

DESFECHO

(ETU) Encaminhamento Teleconsulta Médica

Os sintomas têm sido aliviados mediante utilização de doses regulares de medicamentos apropriados ou através de outras medidas físicas

DESFECHO

(AC) Orientação de Autocuidado

Não tem sido usado medicamentos para alívio de sintomas ou outras medidas físicas

DESFECHO

(ETU) Encaminhamento Teleconsulta Médica

ATA DA PROVA DE CONFORMIDADE – TOPMED ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA.

Data: 23 de outubro de 2025 – 9h30
Local: Sede do CISNORDESTE/SC – Rua Max Colin, 1843, CEP 89.204-635, Joinville/SC

Presentes:

- Pregoeira: Samantha Frantz Pscheidt
- Comissão Especial de Avaliação:
  - Renan Marcus de Santana – Coordenador de Sistemas em Saúde (SMS Garuva)
  - Ana Paula Michels Costa – Supervisora da Atenção Primária (SMS Guaramirim)
  - Silvia Regina Bonatto – Gestora de Informação em Saúde (CISNORDESTE/SC)
- Representantes da empresa TOPMED ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA.:
  - Alysson Silva De Jesus;
  - Cleones Hostins;
  - Cristina Oliveira Broilo.

Abertura dos Trabalhos:

A pregoeira Samantha Frantz Pscheidt deu início à sessão de Prova de Conceito referente ao Pregão Eletrônico para Registro de Preços nº 04/2025, Edital nº 06/2025, Processo Administrativo nº 07/2025, promovido pelo CISNORDESTE/SC. O objeto do certame é o *"Registro de Preços para contratação de empresa especializada para implantação e operacionalização de serviço de teleatendimento, destinado ao atendimento remoto de pronto atendimento digital, incluindo cadastro de usuários, informações gerais, acolhimento, escuta qualificada (triagem), classificação de risco, teleconsulta de enfermagem e médica (Clínico Geral, Médico de Família e Comunidade e Médico Pediatra), em tempo real, 24 horas por dia, 7 dias por semana, por meio de plataforma própria de videochamada, para atendimento das demandas dos entes consorciados ao CISNORDESTE/SC."*

A pregoeira agradeceu a presença de todos e deu sequência à realização da Prova de Conceito.

Registrou a presença dos representantes da empresa TOPMED ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA., bem como dos integrantes da Comissão Especial de Avaliação:

Renan

Renan Marcus de Santana – Coordenador de Sistemas em Saúde (SMS Garuva);

Ana Paula Michels Costa – Supervisora da Atenção Primária (SMS Guaramirim);

Silvia Regina Bonatto - Gestora de Informação em Saúde do CISNORDESTE/SC.

Lembrou que a Prova de Conceito será realizada conforme previsto no item 12 do Edital, com a simulação de casos elaborados pelo Órgão Gerenciador. Destacou que o resultado não será divulgado neste momento, mas será consolidado em ata e posteriormente publicado no Portal de Compras Públicas.

Registrou-se a entrega, pela empresa, dos scripts de atendimento (protocolos e algoritmos pré-clínicos detalhados), com o objetivo de verificar a existência de perguntas, respostas e o fluxo completo de atendimento. Os documentos permaneceram disponíveis à Comissão, em formato digital, por meio de notebook do CISNORDESTE/SC, devido à extensão dos arquivos, que inviabilizou sua impressão.

Aberto espaço para dúvidas, o Sr. Cleones agradeceu a oportunidade e solicitou a palavra para um breve alinhamento inicial, o que lhe foi concedido.

Início da Prova de Conceito:

O representante apresentou dados relacionados à saúde e à telemedicina, bem como os integrantes da equipe TopMed que participarão de eventual futura contratação. Destacou a importância da comunicação eficaz entre contratante e contratada para a boa execução dos serviços.

Informou que, na contratação, o cadastro de usuários ocorrerá por integração, mas, para fins de simulação, seriam utilizados cadastros manuais. Esclareceu ainda que a plataforma padrão "Saúde 24h" seria utilizada com a identificação do CISNORDESTE e configurações gerais aplicadas, podendo ser personalizadas posteriormente. Mostrou as telas de uso dos profissionais, que seriam visualizadas durante as simulações.

Informou ainda que seriam usados "unidade de saúde" e "hospital" como padrão de encaminhamentos nas simulações, podendo ser padronizado posteriormente para cada caso.

A empresa comunicou quanto ao envio dos fluxos de algoritmos para disponibilização que são protegidos por propriedade intelectual. Um dos fluxos foi disponibilizado, e outros poderiam ser abertos conforme solicitação da Comissão.

O Sr. Alysson solicitou os dados dos integrantes da Comissão para cadastramento no sistema, contudo, optou-se por utilizar usuários padrão já existentes, com diferentes perfis e faixas etárias. A pregoeira sugeriu o uso dos mesmos casos aplicados em outras Provas de Conceito, para uniformidade de avaliação, mas a Comissão optou por casos distintos, conforme previamente definidos, considerando que a empresa avaliada esteve presente

2. Segunda Simulação:

Nesta simulação, foi demonstrado o atendimento realizado via WhatsApp, iniciado por chat de texto e posteriormente encaminhado para consulta de enfermagem por vídeo.

Tratava-se de um paciente pediátrico, identificado como *Enzo*, representado por sua mãe. A responsável relatou coceira há cerca de uma semana, localizada principalmente na barriga e nos braços, informando ainda que houve contato com outra criança com sintomas semelhantes.

O profissional de enfermagem realizou o acolhimento e anamnese, questionando sobre febre, dor, inchaço, presença de manchas e outros sintomas. Foi relatada ausência de febre, presença de pontos vermelhos pelo corpo, sem inchaço, dor ou outros sinais associados, apenas irritação na pele.

Durante a simulação, a chamada de vídeo foi interrompida pela paciente, ocasião em que o enfermeiro tentou retomar o contato via ligação telefônica. A mãe concordou em prosseguir dessa forma, dando continuidade à anamnese.

Ao final da avaliação, o enfermeiro explicou a necessidade de encaminhamento para atendimento médico, orientando sobre a forma de acesso à consulta de telemedicina. Antes do encaminhamento, foi apresentada à paciente a tela de avaliação do atendimento, na qual poderia atribuir uma nota de 0 a 10 ao serviço prestado.

Em seguida, o paciente recebeu um link via WhatsApp para aguardar na fila de espera da teleconsulta médica.

Durante o acesso, houve falha no áudio do profissional médico, que enviou novos links e solicitou aguardo enquanto tentava restabelecer a comunicação. Como a tela do profissional estava compartilhada, foi possível visualizar suas tentativas de ativar o microfone.

O Sr. Cleones esclareceu que, em uma situação real, o sistema automaticamente encaminharia o paciente a outro médico disponível; entretanto, por se tratar de uma simulação, aguardou-se a resolução técnica.

Após o restabelecimento, o médico identificou-se como pediatra e retomou o atendimento, realizando novos questionamentos sobre sintomas, peso, uso de medicamentos e histórico de alergias. Ao término da avaliação, foi feito diagnóstico de escabiose (sarna), com prescrição de ivermectina e orientações sobre uso de loção tópica e higienização de roupas de cama e vestimentas.

Questionada pela mãe sobre a retirada do medicamento no posto de saúde, o médico demonstrou, na própria tela do sistema, a funcionalidade que permite consultar o protocolo municipal e os medicamentos disponíveis, confirmando a informação à paciente.

nas outras POC´s e ainda esclareceu que nas últimas duas avaliações os 3 casos simulados também não foram idênticos.

A empresa informou que o sistema é acessível via navegador web, aplicativo móvel, whatsapp e número 0800.

Integrantes da comissão especial de avaliação baixaram o app para inicio dos casos simulados.

Detalhamento da Prova de Conceito:

1. **Primeira Simulação:**

Foi apresentada uma simulação de pronto atendimento por vídeo, via aplicativo, com triagem inicial conduzida por profissional de enfermagem, devidamente identificado, com encaminhamento a atendimento presencial.

Durante o atendimento, o paciente de 70 anos relatou tosse persistente há mais de 30 dias, não fumante, sem dor de garganta, com catarro e suor com corpo quente e possível febre associada, mas que não havia termômetro para medir. Relatou visita ao presídio há cerca de 30 dias.

O enfermeiro realizou anamnese, realizando questionamentos por classificação de risco

Informou que passará medidas de auto cuidado, e encaminhou para a unidade de saúde considerando esclarecendo sobre a necessidade de atendimento presencial, que os sintomas são apresentados há mais de 30 dias, já sendo quadro crônico, bem como a idade do paciente e a necessidade de aferição dos sintomas como a febre, orientou sobre hidratação e orientações gerais de autocuidado.

A integrante Ana Paula observou a ausência de orientações escritas; a empresa demonstrou que o envio de orientações por e-mail é parametrizável por município. Ana Paula destacou a importância do reconhecimento de sintomas sugestivos de tuberculose.

Questionou-se a possibilidade de solicitação de exames pelo médico online;

Esclareceu-se, ainda, que a possibilidade de solicitação de exames de forma online é uma funcionalidade parametrizável, ficando a critério de cada município definir sua utilização. Informou-se que, para a Prova de Conceito, foram utilizados os protocolos padrão previamente apresentados.

Na sequência, a Sra. Cristina demonstrou à Comissão como as orientações emitidas pelo profissional de enfermagem são encaminhadas por e-mail ao paciente, quando essa opção é habilitada.

Ressaltou-se que, nesta etapa, não houve avaliação do atendimento.

Os dados de contato foram confirmados, e as receitas foram enviadas via WhatsApp. O Sr. Cleones informou que todas as informações ficam registradas no aplicativo, incluindo histórico de atendimentos, prescrições e assinatura digital do profissional.

Questionamentos da Comissão

- Necessidade de baixar aplicativo: A Comissão perguntou se, para o atendimento iniciado via WhatsApp, seria necessário instalar outro aplicativo. O representante esclareceu que não é necessário, bastando ter acesso ao WhatsApp e à internet. Em caso de indisponibilidade de conexão, o contato pode ocorrer via ligação telefônica.

- Receitas controladas: Questionou-se sobre a emissão de receitas controladas. O representante informou que as receitas brancas e especiais já estão liberadas para uso na telemedicina, enquanto as amarelas e azuis ainda dependem de regulamentação, cabendo ao médico orientar o paciente sobre o procedimento. Em alguns municípios, há possibilidade de o médico emitir para direcionamento, com retirada na secretaria de saúde ou unidade local, conforme trâmites definidos com o município e normas da ANVISA.

- Cadastro em múltiplos locais: Perguntou-se se o sistema alerta quando um mesmo usuário está cadastrado em mais de um município. O representante informou que é possível visualizar essas informações, mas não há alerta automático.

- Número 0800: Questionou-se se o número 0800 é o mesmo para todos os municípios. Foi esclarecido que há números individuais, e o paciente é direcionado ao atendimento do município em que possui cadastro.

Ao final da simulação, a Comissão conseguiu visualizar o histórico de atendimento no aplicativo. Os representantes da empresa TopMed destacaram que a plataforma é personalizável, permitindo adequar logotipos, textos e configurações visuais conforme cada município.

3. Terceira Simulação:

Na terceira simulação, o atendimento foi realizado com paciente do sexo feminino, 45 anos, cujos dados foram confirmados no início do contato. A paciente relatou dor ao urinar, e o enfermeiro procedeu à anamnese, investigando sintomas, presença de febre, comorbidades e histórico de infecções.

Foram repassadas orientações de autocuidado, e o enfermeiro informou que seria encaminhada à teleconsulta médica, recebendo um link por WhatsApp para acesso à fila

de espera. Explicou que seria possível visualizar a posição na fila e que seria necessário autorizar o uso de áudio e vídeo.

O profissional também informou que o sistema enviaria, em até 24 horas, uma mensagem de acompanhamento do caso, o que — conforme observou o Sr. Cleones — permite monitorar a resolutividade do atendimento.

Durante a consulta médica, o profissional revisou os sintomas e realizou novos questionamentos sobre ciclo menstrual e fatores de risco. Concluiu tratar-se de infecção urinária não complicada, esclarecendo que, em casos leves, não há necessidade de exames complementares. Foi realizada prescrição conforme o REMUME do município.

A paciente questionou sobre a emissão de atestado médico, sendo informada de que, em telemedicina, normalmente são concedidos poucos dias de afastamento, havendo facilidade de retorno caso necessário. Ao encerrar a consulta, foi exibida a tela de avaliação do atendimento pelo paciente.

Outras informações:

A Comissão solicitou nova chamada com o enfermeiro responsável pela triagem, apenas para demonstrar a funcionalidade de anexar fotos e documentos à consulta. O médico orientou o passo a passo para envio e, em seguida, foi possível visualizar, na tela do profissional, o recebimento e correto funcionamento da ferramenta. O Sr. Cleones informou que todos os arquivos compartilhados permanecem armazenados no histórico do paciente dentro do aplicativo.

O Sr. Renan, integrante da Comissão, realizou ainda testes no chatbot, verificando respostas automáticas sobre informações gerais do serviço.

Questionado o processo de primeiro acesso, visto que o sistema solicita CPF, a empresa explicou que já há integração com os dados das unidades de saúde, permitindo o atendimento de pacientes previamente cadastrados. Informou ainda que é possível parametrizar se pacientes não cadastrados poderão realizar o pré-cadastro diretamente na plataforma ou se deverão ser direcionados à unidade de saúde.

Por fim, o Sr. Cleones destacou que o sistema emite automaticamente declarações de comparecimento e que há possibilidade de treinamento e parametrização para emissão de atestados médicos, conforme políticas definidas por cada município.

Renan

Painéis e Dashboards:

Em conformidade com a Prova de Conceito, a empresa apresentou os dashboards da plataforma, demonstrando suas funcionalidades e recursos de análise. Foi mostrado que

os painéis permitem a aplicação de filtros, inclusive por períodos e datas específicas, além de possibilitar personalização conforme a necessidade do contratante.

Os relatórios exibidos abrangem dados como:População cadastrada; Quantitativo de atendimentos por tipo; Tempo médio de atendimento em cada etapa do fluxo (SLA); Canais de acesso utilizados; Motivos das chamadas; Desfechos dos atendimentos; Encaminhamentos à rede presencial ou resolutividade pela telemedicina; Chamadas atendidas, desistências e abandonos.

Os representantes da empresa informaram, ainda, que os dashboards podem ser configurados e adaptados conforme as necessidades específicas de cada município ou contratante.

Encerramento:

A pregoeira Samantha Frantz Pscheidt oportunizou momento para inclusão de considerações dos presentes em ata e não houve manifestações neste momento.

Portanto, encerrou a Prova de Conceito, agradecendo a participação de todos e destacando que a avaliação da comissão será consolidada e publicada no Portal de Compras Públicas, conforme os termos do certame.

Nada mais havendo a tratar, declarou-se encerrados os trabalhos às 12:15 horas do dia 23 de outubro de 2025, lavrando-se a presente Ata, que, após lida e achada conforme, segue devidamente assinada por todos os presentes, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Joinville/SC, 23 de outubro de 2025

Assinaturas dos Presentes:

Samantha Frantz Pscheidt Samantha F. Pscheidt

Comissão Especial de Avaliação:

Renan Marcus de Santana Renan Santana

Ana Paula Michels Costa

Silvia Regina Bonatto

Representantes da empresa TOPMED ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA.:

Alysson Silva De Jesus;

Cleones Hostins;

Cristina Oliveira Broilo.

CISNORDESTE/SC

PROCURAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ATOS CONCERNENTES A PROCEDIMENTOS LICITATÓRIOS E CONGÊNERES

Por este instrumento particular de Procuração, a **TOPMED ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA.** inscrita no CNPJ nº 05.791.085/0001-97, inscrição estadual isenta, estabelecida na Rua Sebastião Furtado Pereira, 60 – 10º andar – Itaguaçu Trade Center, Torre II, bairro Barreiros, na cidade de São José, estado de SC, CEP 88117-400, representada por seu Representante Legal Sr. **JOAQUIM FERNANDO SIMÕES DA COSTA**, administrador, portador(a) do CPF nº 030.374.449-91; nomeia e constitui seus bastantes Procuradores: **ALYSSON SILVA DE JESUS**, inscrito no CPF: 565.424.022-68, data de nascimento 15/02/1976, **CLEONES HOSTINS**, inscrito no CPF: 007.944.929-83, data de nascimento 24/05/1990 e **CRISTINA OLIVEIRA BROILO**, inscrita no CPF: 955.698.040-72, data de nascimento 13/09/1978; conferindo-lhes amplos poderes para o fim especial de representar a **TOPMED ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA**. e promover a participação da outorgante em licitações públicas e processos de seleção congêneres, realizados por órgãos da Administração Pública no Brasil e entidades privadas brasileiras, podendo, mas não se limitando, a concordar com todos os termos dos procedimentos licitatórios, fazer impugnações, apresentar questionamentos, fazer proposta, assistir a abertura de propostas, dar lances, apresentar reclamações, protestos, recursos e contrarrazões, fazer novas propostas, rebaixar preços, conceder descontos, participar da prova de conceito, prestar caução, transigir, desistir, prestar todos os esclarecimentos solicitados pelo pregoeiro ou agente de contratação, enfim, praticar todos os demais atos pertinentes ao certame e compatíveis com os poderes estabelecidos no presente mandato, em nome da Outorgante.

O presente mandato tem efeitos limitados ao Pregão Eletrônico n° 06/2025 realizado pelo Consórcio Interfederativo de Saúde do Nordeste de Santa Catarina**,** até 31 de dezembro de 2025.

São José (SC), 20 de outubro de 2025

JOAQUIM FERNANDO SIMOES DA COSTA:03037444991

Assinado de forma digital por JOAQUIM FERNANDO SIMOES DA COSTA:03037444991
Dados: 2025.10.20 17:05:44 -03'00'

[assinatura eletrônica]

JOAQUIM FERNANDO SIMÕES DA COSTA
Sócio Administrador

TOPMED ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA.
CNPJ 05.791.085/0001-97