

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

ÁREA TÉCNICA

Saúde do Adulto, do Idoso e do Homem

**SECRETARIA DA SAÚDE
PREFEITURA DE SANTO ANDRÉ**

LINHAS DE CUIDADO

Coordenadora da Área Técnica: Dra. Elaine Monteiro Matsuda

Diretora do Depto.de Assistência à Saúde: Dra. Noemia Conceição Gil

Secretário da Saúde: Dr. Homero Nepomuceno Duarte

Prefeito: Carlos Grana

Linhas de cuidado / Prefeitura de Santo André, Secretaria da Saúde, Departamento de Assistência à Saúde, Área Técnica: Saúde do Adulto, do Idoso e do Homem. – Santo André: PSA, 2016.

1. Protocolos de acesso à especialidade – Doentes crônicos – Santo André (SP)
2. Doentes crônicos – Santo André (SP) – Acesso aos serviços de saúde
3. Serviços de saúde pública – Santo André (SP) – protocolos médicos I. Santo André (SP) - Prefeitura. Secretaria da Saúde

AGRADECIMENTOS

O DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, Área Técnica da Saúde do Adulto, do Idoso e do Homem, da SECRETARIA DA SAÚDE da PREFEITURA DE SANTO ANDRÉ, agradece a colaboração na elaboração das Linhas de Cuidado na Atenção Básica e nos Protocolos de Acesso as especialidades.

Dra. Catia Susana Harumi Minami- Reumatologista do Departamento de Atenção Especializada
Dr. Drauzio Viegas Junior- Psiquiatra do Departamento de Atenção Especializada
Dra. Elisabete Zyrianoff Mortari – Clínica Geral/Geriatria do Departamento de Atenção Básica
Dr. Humberto Barjud Onias – Ambulatório de Referência em Moléstias Infecciosas
Nutricionista Juliana Parreira Vasconcelos Sciorilli do Departamento de Atenção Básica
Dr. Lenon Mazetto - Psiquiatra do Departamento de Atenção Básica
Dra. Lia Augusta Sampaio de Souza (*in memoriam*)
Dr. Marcelo Silva Watanabe - Urologista do Departamento de Atenção Especializada
Dra. Margarete de Jesus Carvalho – Neurologista da Faculdade de Medicina do ABC
Dra. Marilice Franco M. Tiveron - Pneumologista do Departamento de Atenção Especializada
Dr. Oswaldo Passarelli Junior – Cardiologista do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
Dr. Rodolfo Strufaldi – Ginecologista da Faculdade de Medicina do ABC
Dra. Simone Siqueira Meirelles - Endocrinologista do Departamento de Atenção Especializada
Dra. Valeria Valeriano - Clínica Geral do Departamento de Atenção Básica
Dr. William Salibe Filho - Pneumologista da Faculdade de Medicina do ABC

CENTRO HOSPITALAR DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ

Dr. José Antonio Souto Tiveron

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Dra. Margareth Lodos Tangerino
Tania Maria Barbosa Lopes

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Dr. Evandro José Gonçalves
Dra. Valquiria de Souza Djehizian

PROGRAMA DE DST/AIDS E TUBERCULOSE DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ

Ana Aparecida Chong

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Estela Sanches Passos
Karina Santos Rocha

Coordenação e Redação: Dra. Elaine Monteiro Matsuda

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - ÁREA TÉCNICA SAÚDE DO ADULTO, DO IDOSO E DO HOMEM
SECRETARIA DA SAÚDE
PREFEITURA DE SANTO ANDRÉ

Coordenadora da Área Técnica da Saúde do Adulto, do Idoso e do Homem : Dra. Elaine Monteiro Matsuda
Diretora do Depto.de Assistência à Saúde: Dra. Noemia Conceição Gil
Secretário da Saúde: Dr. Homero Nepomuceno Duarte
Prefeito: Carlos Grana
2016

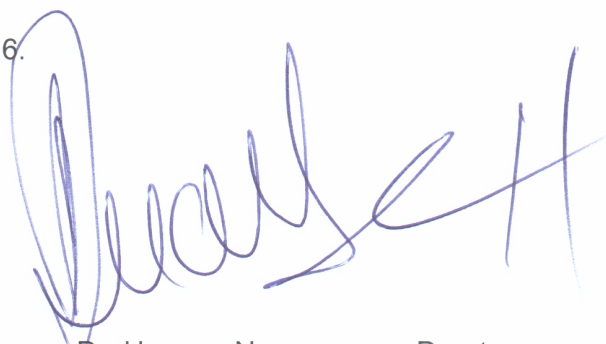
APRESENTAÇÃO

Este documento tem por objetivo orientar os profissionais das Unidades Básicas de Saúde do município de Santo André, no atendimento dos principais agravos sensíveis a Atenção Básica. Sua disponibilização nos consultórios permitirá a sua pronta consulta sempre que necessário, constituindo-se num resumo das Diretrizes Nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde e por Sociedades de Especialidades.

Os protocolos de acesso à especialidade têm por objetivo orientar o encaminhamento dos pacientes pela Atenção Básica, assim como a contra-referencia dos especialistas.

Diante dos avanços da medicina e mudanças na logística de acesso a exames e especialistas, este documento deve ser continuamente atualizado.

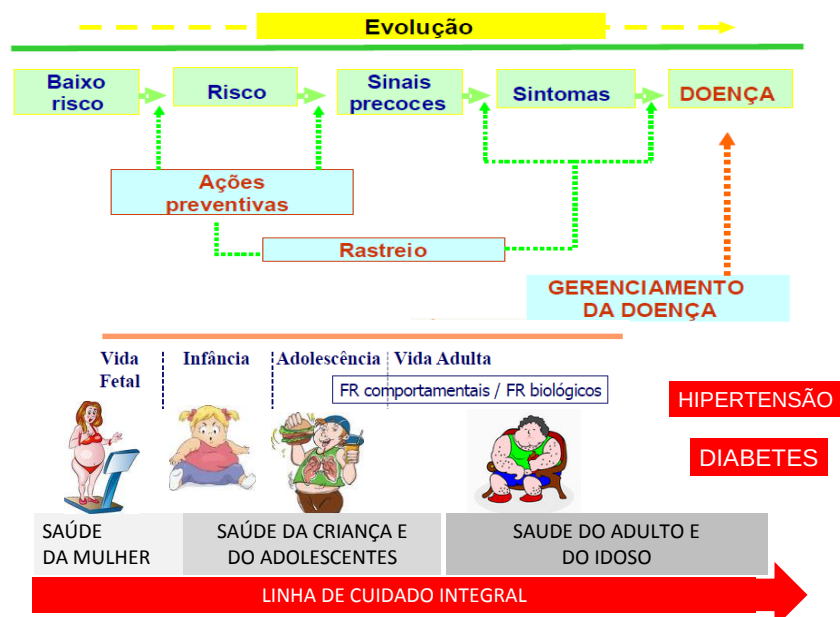
Santo André, 17 de agosto de 2016.



Dr. Homero Nepomuceno Duarte
Secretário de Saúde de Santo André

INTRODUÇÃO

A área técnica da **SAÚDE DO ADULTO, DO IDOSO E DO HOMEM** atua em Linhas de Cuidado, tendo como foco a população a partir dos 18 anos de idade, atuando em conjunto com as demais áreas técnicas da Secretaria da Saúde de modo a promover uma atenção integral aos indivíduos no seu caminho pela rede de assistência, desde a sua gestação até a senilidade, sabendo-se que um idoso saudável precisa ter sido gerado e se desenvolvido com saúde para ser um adulto e na evolução um idoso com qualidade e expectativa de vida. Procura priorizar a estruturação de uma Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, para que os diversos instrumentos da saúde realizem a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivo geral fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da **ATENÇÃO INTEGRAL** às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. A **Atenção Básica é o centro de comunicação da Rede, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado** (Ministério da Saúde, Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 - Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde).



VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

O CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), criado a partir da Portaria Ministerial 1.679/2002, tem o papel de prover retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS. Promovem ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. Cabe ao CEREST promover a integração da rede de serviços de saúde do SUS, assim como sua vigilância e gestão, na incorporação da Saúde do Trabalhador em sua atuação rotineira. Suas atribuições incluem apoiar investigações de maior complexidade, fortalecer a articulação entre a atenção básica, de média e alta complexidade para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho, em especial, mas não exclusivamente, aqueles contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho ou de notificação compulsória. (Portaria nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009).

O trabalho em muitas situações, conforme a organização, processo e ambiente de trabalho leva ao adoecimento. Assim, este adoecimento deve ser investigado e tratado levando em conta este importante fator – o TRABALHO.

O *Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde - Doenças Relacionadas ao Trabalho*, Ministério da Saúde, 2001, vem para orientar os profissionais, em especial da Atenção Básica, quanto aos procedimentos de assistência, prevenção e vigilância da saúde dos trabalhadores e possibilitar a caracterização das doenças relacionadas ao trabalho ou à ocupação, na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

- **É IMPORTANTE LEMBRAR A ASSOCIAÇÃO ENTRE AS DOENÇAS E O TRABALHO NAS LINHAS DE CUIDADO QUE SERÃO APRESENTADAS A SEGUIR:**

- ✓ **Asma/DPOC:** Algumas substâncias e atividades ocupacionais podem causar transtornos respiratórios crônicos, como exposição a poeiras de carvão mineral, de sílica, amianto, de algodão, assim como a outros agentes patogênicos: amônia, anidrido sulfuroso, ácido clorídrico, cloro, chumbo, cádmio, cloreto de vinil, etc. Algumas atividades envolvidas: encanador, eletricista, mecânico de autos, pintor, trabalho com isolamento, etc.
- ✓ **Transtornos Mentais:** Depressão e demência podem ser relacionados ao trabalho. A organização, processo, ambiente de trabalho, um acidente de trabalho, entre outros fatores podem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhados pelo trabalhador. Nota-se que alguns setores apresentam maior incidência como: bancários, *telemarketing*, comércio, educação e saúde.
- ✓ **Infertilidade Masculina:** Entre os agentes potencialmente capazes de causar danos a fertilidade masculina estão: chumbo, alguns inseticidas, calor excessivo e radiações ionizantes.
- ✓ **Hepatite Virais:** A contaminação pode ocorrer no ambiente de trabalho e neste caso é considerada como doença relacionada ao trabalho, do Grupo II da Classificação de Schilling.
- ✓ **HIV:** Caso tenha sido adquirido no exercício da atividade laboral em contato com fluidos corporais e objetos contaminados.
- ✓ **Hipertensão Arterial:** Atentar-se para a exposição a chumbo, inseticidas, solventes, sulfeto de carbono e ruído, calor excessivo entre outras.
- ✓ **Hipotireoidismo:** A associação com o trabalho tem sido descrita em trabalhadores expostos a: chumbo, hidrocarbonetos halogenados (clorobenzeno e derivados), tiouracil, tiocinatos e tiouréia.
- ✓ **Tuberculose:** A ocorrência das doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho depende das condições ou circunstâncias em que o trabalho é executado. Podem ocorrer em trabalhadores da saúde ou expostos a poeira de sílica.

- **O QUE SÃO ACIDENTES DE TRABALHO OU DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO?**

Acidentes Típicos: São aqueles que ocorrem dentro do local de trabalho em horário de serviço ou quando se está em outro local a serviço da empresa.

Acidentes de Trajetos: Ocorrem quando o trabalhador está se deslocando de casa para o trabalho, ou vice-versa, desde que o percurso não seja desviado.

Doenças Relacionadas ao Trabalho: São as doenças que podem ser provocadas, adquiridas ou agravadas pelas condições e organizações de trabalho inadequadas.

- **O QUE SÃO DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA?**

São doenças que devem ser obrigatoriamente notificadas no SUS através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). São elas: acidente de trabalho grave acidente com exposição à material biológico, dermatoses ocupacionais, intoxicação exógena (por substâncias químicas, gases tóxicos e metais pesados), lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), pneumoconioses, perda auditiva induzida por ruído (PAIR), transtornos mentais relacionados ao trabalho e câncer relacionado ao trabalho (Portaria nº1.984, de 12 de setembro de 2014).

ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

É aquele que acarreta mutilação física ou funcional causando comprometimento das funções, que podem ter consequências nefastas ou fatais.

- *O que é considerado como Acidente de Trabalho Fatal?*

É aquele que leva a morte logo após a sua ocorrência ou posteriormente, desde que a causa seja relacionada ao acidente.

- *O que é Acidente de Trabalho com crianças e adolescentes*

É todo e qualquer acidente de trabalho em trabalhadores com menos de 18 anos.

- **Quais os critérios para se considerar um Acidente de trabalho grave ou mutilante para fins de notificação no SUS?** Para notificar, considera-se a existência de pelo menos um dos seguintes critérios:

1. Necessidade de tratamento em regime de internação hospitalar
2. Incapacidade para desenvolver suas atividades ocupacionais, por mais de 30 dias
3. Incapacidade permanente para o trabalho
4. Enfermidade incurável
5. Debilidade permanente de membro, sentido ou função
6. Perda ou inutilização do membro, sentido ou função
7. Deformidade permanente
8. Aceleração de parto
9. Aborto
10. Fraturas, amputações do tecido ósseo, luxação ou queimaduras graves
11. Desmaios (perda de consciência) provocado por asfixia, choque elétrico ou outra causa externa
12. Qualquer outra lesão que leve a hipotermia, doença induzida pelo calor ou inconsciência, ou que requeira ressuscitação ou hospitalização por mais de 24 horas
13. Doenças agudas que requeiram tratamento médico, na qual exista razão para acreditar que resultem de exposição ao agente biológico, as suas toxinas ou ao material infectado.

(Fonte: Protocolo de Notificações de Acidentes de Trabalho Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes – Renast On line)

- **O que a Unidade deve fazer diante de um acidente de trabalho?** Orientar o trabalhador a informar a empresa e solicitar dessa a emissão da CAT, preencher a ficha noticiat6ria do SINAN e preencher a RAAT.

ACIDENTE COM MATERIAL BIOL6GICO

Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos principalmente com os profissionais da área da saúde, coletores de resíduos, durante o exercício do seu trabalho, onde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.

DERMATOSE OCUPACIONAL

Compreendem as alterações da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho. Podem estar relacionadas com substâncias químicas, o que ocorre em 80% dos casos, ou com agentes biológicos ou físicos, e ocasionam quadros do tipo irritativo (a maioria) ou do tipo sensibilizante.

EXÓGENAS (POR SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS, GAZES TÓXICOS E METAIS PESADOS)

Sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais causados por exposição a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas).

LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS (LER), DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT)

É uma síndrome clínica que afeta o sistema musculoesquelético em geral, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, tais como dor crônica, parestesia, fadiga muscular, manifestando-se principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores. Acontece em decorrência das relações e da organização do trabalho, onde as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, com posturas inadequadas, trabalho muscular estático e outras condições inadequadas.

PNEUMOCONIOSES

Conjunto de doenças pulmonares causadas pelo acúmulo de poeira nos pulmões e reação tissular à presença dessas poeiras, presentes no ambiente de trabalho. Podem abranger os seguintes grupos: a) Silicose: causada pela inalação de poeiras contendo sílica livre cristalina (CID J62); b) Pneumoconiose dos trabalhadores do carvão: causada pela inalação de poeiras de carvão mineral (CID J60); c) Asbestose: causada pela inalação de fibras de amianto ou asbesto (CID J61); d) Pneumoconiose devido a outras poeiras inorgânicas: beriliose (exposição ao berílio- CID J63.2); siderose (exposição a fumos de óxido de ferro- CID J63.4) e estanhose (exposição a estanho CID J63.5); e) Pneumoconiose por poeiras mistas: englobam pneumoconioses com padrão radiológicos diferentes, de opacidades regulares e irregulares, devidos à inalação de poeiras de diversos tipos de minerais, com significativo grau de contaminação por sílica livre, porém sem apresentar o substrato anatomopatológico típico da silicose (CID J63.8)

PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO (PAIR)

É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de ruído no ambiente de trabalho. É sempre neurossensorial, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.

TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

São aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional.

CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO

É todo câncer que surgiu como consequência da exposição a agentes carcinogênicos presentes no ambiente de trabalho, mesmo após a cessação da exposição. Para uso deste instrumento, serão considerados casos confirmados, como eventos sentinela, entre outros, aqueles que resultarem em leucemia por exposição ao benzeno (CID C91 e C95), mesotelioma por amianto (CID C45) e angiossarcoma hepático por exposição a cloreto de vinila (CID C22.3). Outros tipos de câncer também devem ser notificados, caso seja estabelecida a relação com o trabalho.

Autoria: **SECRETARIA DE SAÚDE, DVS – DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE - VISAT / CEREST – VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

Dúvidas e esclarecimentos:
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santo André (CEREST)
Rua Primeiro de Maio, 133 – 2º Andar – Centro
Fones: 4996-4853 / 4997-3936
Email: cerest@santoandre.sp.gov.br

ÍNDICE - PROTOCOLOS DE ACESSO A ESPECIALIDADE

ASMA/DPOC.....	9
DEMÊNCIA.....	10
DEPRESSÃO.....	11
DIABETES MELLITUS.....	12
DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA E EJACULAÇÃO PRECOCE.....	13
DOR ARTICULAR SEM ARTRITE.....	14
DOR ARTICULAR NA SUSPEITA DE ARTRITE.....	15
HEPATITE VIRAIS B E C CRÔNICAS.....	16
HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA/CANCER DE PROSTATA.....	17
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	18
HIPOTIROIDISMO.....	19
HIV/SIDA.....	20
PAPILOMA VÍRUS HUMANO-HPV.....	21
OBESIDADE.....	22
OSTEOPOROSE.....	23
SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	24
TUBERCULOSE.....	25

ÍNDICE - LINHAS DE CUIDADO

ASMA.....	27
DENGUE.....	32
DEPRESSÃO.....	35
DIABETES MELLITUS.....	37
DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA E EJACULAÇÃO PRECOCE.....	45
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	46
DOENÇAS/INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMITIDAS.....	50
DOR ARTICULAR COM SUSPEITA DE ARTRITE.....	56
HEPATITES VIRAIS A, B E C.....	60
HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA/CANCER DE PROSTATA.....	64
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	65
HIPOTIROIDISMO.....	71
HIV.....	73
OSTEOPOROSE.....	76
TUBERCULOSE.....	79

LISTA DE ANEXOS

CARTÃO BABEL.....	85
FICHA DE ADMISSÃO NO GRUPO SOBREPESO OBESIDADE NA UNIDADE BÁSICA....	87

PROTOCOLOS DE ACESSO



ASMA/DPOC

Código Internacional de Doenças (CID 10):

ASMA: **J45** DPOC: **J44**

DEVE SER ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DE ALERGIA CASOS DE ASMA E AO AMBULATORIO DE PNEUMOLOGIA CASOS DE DPOC, caso o médico não se sinta habilitado em manter o acompanhamento sem avaliação do especialista nas seguintes situações:

- Pacientes portadores de ASMA/DPOC não controlada
- Pacientes portadores de ASMA/DPOC parcialmente controlada usando medicação profilática
- Pacientes com histórico recente de internação por broncoespasmo
- Pacientes com comorbidades associadas: rinite moderada/grave, cardiopatia, outras pneumopatias

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO DE ALERGIA OU PNEUMOLOGIA

- Pacientes com descompensações frequentes, com várias passagens pelo serviço de urgência ou internação

COMO ENCAMINHAR

- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID
- Obrigatório descrever:
 - O motivo do encaminhamento ao ambulatório de ALERGIA (ASMA) ou PNEUMOLOGIA (DPOC)
 - Medicação em uso, dose e tempo
- Exames: na suspeita de ASMA/DPOC solicitar Espirometria e Radiografia de tórax;
- Orientar levar espirometria e radiografia de tórax se já realizados na avaliação da especialidade

O paciente pode ser encaminhado ao especialista enquanto espera a realização da espirometria.

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



DEMENCIA

Código Internacional de Doenças (CID 10):

DEMÊNCIA DE ALZHEIMER: **G30** DOENÇA DE PARKINSON: **G20**

DEMÊNCIA NÃO ESPECIFICADA: **F03**

DEVE SER ENCAMINHADO AO ESPECIALISTA

- **GERIATRA:** encaminhar casos suspeitos de Demência de Alzheimer
- **NEUROLOGISTA:** encaminhar casos com outras suspeitas de Demência, como Parkinson Demência Frontal, Demência dos Corpúsculos de Lewy e casos complexos de Doença de Alzheimer

Observações: Casos com Tomografia de crânio suspeita de Hidrocefalia ou Tumor cerebral encaminhar ao **NEUROCIRURGIÃO** (CHMSA); casos com exame de sífilis ou HIV reagente encaminhar ao **INFECTOLOGISTA** (ARMI) e se suspeita de Delirium encaminhar à **REDE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**.

COMO ENCAMINHAR

- **GERIATRIA OU NEUROLOGIA:** formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE E CID e Mini Exame do Estado Mental (minimental), via regulação.
- **ARMI:** comparecer de segunda a sexta, Rua das Silveiras, 73 – Vila Guimar, das 8 as 10:30h com resultado de HIV ou sífilis positivo.
- **NEUROCIRURGIÃO** do Centro Hospitalar do Município de Santo André (CHMSA): contato telefônico com o Núcleo de Internação e Regulação (NIR) antes de encaminhar.

Em todas as situações é obrigatório relatório descrevendo o motivo de encaminhamento ao especialista e a URGÊNCIA.

Exames recentes: Tomografia de Crânio e Exames laboratoriais: hemograma, glicemia, creatinina, potássio, sódio, TSH, vitamina B12, ácido fólico, TGO, TGP, **anti-HCV, HbsAg, Sífilis (se Teste Rápido para Sífilis reagente, realizar VDRL)** e HIV preferencialmente testes rápidos.

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



DEPRESSÃO

Código Internacional de Doenças (CID 10):

EPISÓDIOS DEPRESSIVOS: F32 DEPRESSÃO PÓS-PARTO: F53

DEVE SER ENCAMINHADO AO PSQUIATRA, caso que o médico não se sinta habilitado em manter o acompanhamento sem avaliação do especialista nas seguintes situações:

- Se houver dúvida quanto ao diagnóstico de depressão
- Os casos moderados e graves
- Se houver indícios de bipolaridade
- Se houver risco de suicídio

Sempre que possível antes do encaminhamento ao especialista os casos devem ser discutidos nas reuniões de matriciamento.

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO DE PSQUIATRIA

- Se houver risco de suicídio
- Depressão pós-parto
- **ATENÇÃO** se houver risco de suicídio moderado ou elevado encaminhar ao Pronto Socorro de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Município de Santo André

COMO ENCAMINHAR

- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID
- Obrigatório descrever o motivo do encaminhamento ao psiquiatra:
 - Critérios para encaminhamento presentes
 - Medicação em uso, dose e tempo de uso

Exames recentes: hemograma, creatinina, TGO, TGP, gama GT, amilase, bilirrubinas, proteínas totais e frações, glicemia, TSH, **anti-HCV, HbsAg, Sífilis (se Teste Rápido para Sífilis reagente, realizar VDRL) e HIV preferencialmente testes rápido.**

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



DIABETES MELLITUS - DM

Código Internacional de Doenças (CID 10):

DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDENTE: E10

DIABETES MELLITUS NÃO INSULINO DEPENDENTE: E11

DEVE SER ENCAMINHADO AO ENDOCRINOLOGISTA, caso o médico não se sinta habilitado em manter o acompanhamento sem avaliação do especialista nas seguintes situações:

- Todo paciente com DIABETES MELLITUS TIPO I
- Não tenham atingido a meta glicêmica com dose plena de 2 hipoglicemiantes oral após 6 meses
- Não tenham atingido a meta glicêmica com insulinoterapia

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL AO ENDOCRINOLOGISTA

- DIABETES MELLITUS TIPO I recém diagnosticado
- Complicações crônicas avançadas

COMO ENCAMINHAR

- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID
- Obrigatório descrever o motivo do encaminhamento ao endocrinologista:
 - Critérios para encaminhamento presentes
 - Medicação em uso e dose
- Exames recentes: urina tipo 1, potássio, creatinina, glicemia de jejum/hb glicada, colesterol total, frações e triglicerídeos, ácido úrico

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA E EJACULAÇÃO PRECOCE

Código Internacional de Doenças (CID 10):

DISFUNÇÃO SEXUAL, NÃO CAUSADA POR TRANSTORNO OU DOENÇA ORGÂNICA: F52 **EJACULAÇÃO PRECOCE: F52.4**

DEVE SER ENCAMINHADO AO UROLOGISTA caso o médico não se sinta habilitado em manter o acompanhamento sem avaliação do especialista ou na seguinte situação: Pacientes com ejaculação precoce e disfunção erétil, após exclusão de substâncias indutoras de disfunção sexual e causas psicogênicas.

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL AO UROLOGISTA

- Importante comprometimento da qualidade de vida em paciente adulto jovem

COMO ENCAMINHAR

- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID

NO CASO DE DISFUNÇÃO ERÉTIL

Descrições Obrigatórias:

- Descrever dados relevantes da história clínica e do exame físico
- Excluir ingestão de substâncias indutoras de disfunção sexual (antihipertensivos, psicotrópicos, drogas ilícitas, nicotina)
 - Excluir causas psicogênicas principalmente em pacientes com menos de 40 anos
 - Pacientes com doença de base (DM, HAS ICC, obesidade, dislipidemia, depressão, alcoolismo, causa neurológicas, endocrinopatias) com ausência de melhora após tratamento e compensação
 - Paciente com anormalidades anatômicas.

Exames Subsidiários prévios: colesterol total e frações, glicemia de jejum, creatinina, TSH e PSA.

NO CASO DE EJACULAÇÃO PRECOCE

Descrições Obrigatórias

- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico
- Excluir causas psicogênicas
- Justificar causas orgânicas mais comuns (prostatite, cirurgia púbica ou abdominal radical, trauma ou doença medular espinhal baixa, DM, bloqueio farmacológico e drogadição)

CONTRA REFERÊNCIA:

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



DOR ARTICULAR SEM ARTRITE

Código Internacional de Doenças (CID 10): **M25.5**

ARTROSES: **M15-M19** TRANSTORNOS DISCAIS: **M50-M51**

DORSALGIA: **M54** SINOVITE E TENOSSINOVITE: **M65** BURSOPATIAS: **M71**

DEVE SER ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia caso o seu médico não se sinta habilitado em manter o acompanhamento sem avaliação do especialista nas seguintes situações:

- Ausência de melhora ou piora dos sintomas com uso de sintomáticos
- **Suspeita de patologias ortopédicas como tendinite, bursite e artrose**

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO AO AMBULATORIO DE ORTOPEdia

- Pacientes sintomáticos sem melhora após uso de Anti-Inflamatório não Hormonal e limitação funcional

Pacientes sintomáticos graves com importante limitação funcional podem ser avaliados no Pronto Socorro de ortopedia do Centro Hospitalar de Santo André.

COMO ENCAMINHAR

- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID
- Obrigatório descrever:
 - Motivo do encaminhamento ao ambulatório de ortopedia
 - Medicação em uso, dose e tempo

Exames Laboratoriais hemograma, creatinina, urina1, TGO, TGP, ácido úrico, TSH, VHS, anti-HCV, HbsAg, Sífilis (se Teste Rápido para Sífilis reagente, realizar VDRL) e HIV preferencialmente testes rápidos.

- Exame de imagem: radiografia simples e ou ultrassonografia da articulação mais sintomática, com o objetivo de **confirmar patologias ortopédicas como tendinite, bursite e artrose**

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



DOR ARTICULAR NA SUSPEITA DE ARTRITE

Código Internacional de Doenças (CID 10):

ARTRITE REUMATOIDE SOROPOSITIVA: **M05** GOTA: **M10**

OUTRAS ARTRITES REUMATOIDES: **M06** OUTRAS ARTRITES: **M13**

LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: **M32** DERMATOPOLIMIOSITE: **M33**

ESCLEROSE SISTÊMICA: **M34** ESPONDILITE ANQUILOSANTE: **M45**

DEVE SER ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA, caso o médico não se sinta habilitado em manter o acompanhamento sem avaliação do especialista nas seguintes situações:

- Ausência de melhora ou piora dos sintomas com uso de sintomáticos;
- **Descartado patologias ortopédicas (por exemplo tendinite, bursite e artrose);**
- Presença de artrite

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO AO AMBULATORIO DE REUMATOLOGIA

- Pacientes com artrite sintomática ou doença descompensada

COMO ENCAMINHAR

- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID
- Obrigatório descrever:

- Motivo do encaminhamento ao ambulatório de reumatologia
- Medicação em uso, dose e tempo;

Exames Laboratoriais hemograma, creatinina, urina¹, TGO, TGP, ácido úrico, TSH, VHS, PCR, Fator Reumatóide, **anti-HCV, HbsAg, Sífilis (se Teste Rápido para Sífilis reagente, realizar VDRL) e HIV preferencialmente testes rápidos.**

- Exame de imagem: radiografia simples e ou ultrassonografia da articulação mais sintomática (**descartar patologias ortopédicas como tendinite, bursite e artrose**)

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



HEPATITES VIRAIS B (HBV) E C (HCV) CRÔNICAS

Código Internacional de Doenças (CID 10):

HEPATITE CRÔNICA B: **B18.1**

HEPATITE CRÔNICA C: **B18.2**

DEVE SER ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM MOLÉSTIAS INFECCIOSAS (ARMI)

- Caso o marcador de cronificação da doença (HBsAg) persistir após 6 meses de seguimento na Unidade de Atenção Básica
- Casos com sorologia anti-HCV reagente

COMO ENCAMINHAR

Orientar o paciente a comparecer no ARMI (Ambulatório de Referência em Moléstias Infecciosas), de segunda a sexta, das 8 as 11h, Rua das Silveiras, 73 – Vila Guiomar, com relatório detalhado constando o motivo do encaminhamento e resultado de exames

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA/CANCER DE PROSTATA

Código Internacional de Doenças (CID 10): HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA: N40

DEVE SER ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DE UROLOGIA casos que o médico não se sinta habilitado em manter o acompanhamento sem avaliação do especialista e nas seguintes situações:

- Paciente com PSA acima de 4,0 mg/ml
- Pacientes com sintomas urinários obstrutivos após descartada prostatite*

*febre e sintomas infecciosos como prostração e inapetência, acompanhado de dor em baixo ventre contínua (descartada infecção urinária por exame de urina tipo 1/urocultura) com PSA elevado (realizar ultrassonografia para descartar abscesso)

DEVE SER ENCAMINHADO AO CENTRO HOSPITALAR DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ (plantão de cirurgia) pacientes com obstrução importante ao fluxo urinário, principalmente se insuficiência renal, após contato telefônico prévio com o Núcleo Interno de Regulação (NIR)

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL AO UROLOGISTA:

- Suspeita de câncer de próstata (PSA>4)
- Pacientes com sintomas importantes

COMO ENCAMINHAR

- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID

Descrições Obrigatórias:

- Dados relevantes da História Clínica
- Histórico familiar de câncer de próstata, antecedentes cirúrgicos, história de disfunção sexual, infecção do trato urinário, doenças neurológicas, diabetes, retenção urinária prévia e ou cálculo vesical
- Queixas associadas (com duração dos sintomas): jato fraco ou interrompido, esforço miccional, incontinência, poliúria, dor supra pélvica e ou hematúria
- Dados relevantes do exame físico: globo vesical palpável, anomalias genitais, dermatites, presença de secreção uretral
- Tratamento realizado e sua duração

Exames Subsidiários prévios: Urina I, urocultura com antibiograma, creatinina e dosagem sérica de PSA total para pacientes acima de 50 anos.

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - HAS

Código Internacional de Doenças (CID 10): **I10**

DEVE SER ENCAMINHADO AO CARDIOLOGISTA, caso o médico não se sinta habilitado em manter o acompanhamento sem avaliação do especialista nas seguintes situações:

- Não tenham atingido a meta pressórica de 140x90 mmHg, com 3 classes de fármacos anti-hipertensivos em dose plena
- Com comorbidades ou lesão em órgãos alvo sintomáticas: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, doença cerebrovascular, insuficiência renal ou miocardiopatia (hipertrofia de ventrículo esquerdo ou arritmias)
- Indícios de HAS secundária

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL AO CARDIOLOGISTA

- HAS com doença cardiovascular sintomática
- HAS estágio 3 (PA >180/110 mmHg) confirmada em 3 visitas diferentes
- HAS resistente (PA>140/90 mmHg apesar do uso de 3 classes de fármacos anti-hipertensivos que formem uma combinação sinérgica em posologia máxima) Recomendação: diurético associado a fármaco que bloqueie o sistema renina-angiotensina (Bloqueador do sistema Renina Angiotensina Aldosterona ou [Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina](#)) associado a Bloqueador dos canais de cálcio
- Suspeita de HAS secundária

COMO ENCAMINHAR

- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID
- Obrigatório descrever o motivo do encaminhamento ao cardiologista:
 - Critérios para encaminhamento presentes
 - Medicação em uso e dose
- Exames recentes: Urina tipo 1, potássio, creatinina, glicemia de jejum/Hb glicada, colesterol total, frações e triglicerídeos, ácido úrico e eletrocardiograma

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



HIPOTIROIDISMO

Código Internacional de Doenças (CID 10): **E03.9**

DEVE SER ENCAMINHADO AO ENDOCRINOLOGISTA, caso o médico não se sinta habilitado em manter o acompanhamento sem avaliação do especialista nas seguintes situações:

- Pacientes de difícil controle
- Pacientes com nódulo de tireoide maior que 1 cm

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL AO ENDOCRINOLOGISTA

- Suspeita de câncer de tireoide
- Pacientes muito sintomáticos

COMO ENCAMINHAR

- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID
- Obrigatório descrever o motivo do encaminhamento ao endocrinologista:
 - Critérios para encaminhamento presentes
 - Medicação em uso e dose
- Exames recentes: creatinina, glicemia de jejum/Hb glicada, colesterol total, frações e triglicerídeos, ácido úrico, TSH/T4livre e anticorpo antimicrosomal (anti ATPO)
- Se nódulo de tireoide: ultrassom de tireoide ou cervical

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



HIV/SIDA

Código Internacional de Doenças (CID 10): **B24**

DEVE SER ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM MOLÉSTIAS INFECCIOSAS (ARMI)

- Casos diagnosticados com infecção pelo HIV
- Casos com exame de HIV discordante
- Gestantes com parceiro HIV positivo (manter pré-natal na UBS)
- Casos suspeitos de **INFEÇÃO AGUDA PELO HIV**
- Casos de exposição de risco (exposição sexual ou acidente com material biológico)

COMO ENCAMINHAR

Orientar o paciente a comparecer no ARMI, de segunda a sexta, Rua das Silveiras, 73 – Vila Guiomar, com relatório detalhado constando o motivo do encaminhamento e resultado de exames

- das 8 as 10:30h se:
 - Casos diagnosticados com infecção pelo HIV
 - Casos com exame do HIV discordante
 - Gestantes com parceiro HIV positivo (manter o pré-natal na UBS)
- das 8 as 16:30h se:
 - Casos de exposição de risco pelo HIV (exposição sexual consentida ou violência e acidente com material biológico) – **após 16:30 encaminhar a rede de urgência/emergência. Casos de violência em mulheres devem ter o primeiro atendimento preferencialmente no Pronto Atendimento do Hospital da Mulher**

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



PAPILOMA VÍRUS HUMANO-HPV

Código Internacional de Doenças (CID 10): VERRUGAS ANOGENITAIS: **A 63.0**

DEVE SER ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE CASOS COM LESÃO ORIFICAL OU EXTENSA.

- **AMBULATÓRIO DE PROCTOLOGIA CASOS DE VERRUGA NO ORIFÍCIO ANAL**
- **AMBULATORIO DE UROLOGIA CASOS DE VERRUGA NO ORIFÍCIO URETRAL.**

Pacientes com lesões passíveis de serem cauterizadas com ácido tricloroacético 70% (ATA) devem realizar o procedimento na Unidade Básica.

Casos que o médico não se sinta habilitado em realizar o procedimento, fazer contato telefônico (4979-4424; 4427-6110) com a encarregada do ARMI – Ambulatório de Referência em Moléstias Infecciosas. Não encaminhar o paciente diretamente ao ARMI/CTA nos casos de HPV.

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO AO AMBULATORIO DE PROCTOLOGIA OU UROLOGIA

- Pacientes com importante lesão orifical

COMO ENCAMINHAR

- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID
- Obrigatório descrever o motivo do encaminhamento
- Exames: **anti-HCV, HbsAg, Sífilis (se Teste Rápido para Sífilis reagente, realizar VDRL) e HIV preferencialmente testes rápidos.**

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento do médico especialista, especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O ambulatório de pneumologia/alergista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado.



OBESIDADE

Código Internacional de Doenças (CID 10): **E66**

DEVE SER ENCAMINHADO AO ENDOCRINOLOGISTA/NUTRICIONISTA, casos que o médico não se sinta habilitado em manter o acompanhamento sem avaliação do especialista nas seguintes situações:

- Todo paciente com OBESIDADE II e III (IMC acima de 35 kg/m^2);
- Paciente OBESOS I (IMC DE 30 A 35 kg/m^2) esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, inclusive Grupo de Referência em Sobrepeso e Obesidade na Atenção Básica.

$$\text{Índice Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{PESO (Kg)}}{\text{ALTURA (m)} \times \text{ALTURA (m)}}$$

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL AO ENDOCRINOLOGISTA/NUTRICIONISTA

- Obesidade III (IMC acima de 40 kg/m^2) com comorbidades

COMO ENCAMINHAR

- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID
- SADT com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID anexado ao formulário padrão
- Obrigatório descrever o ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E AS COMORBIDADES;
- Exames recentes: urina tipo 1, hemograma, potássio/creatinina/glicemia de jejum/ Hb glicada/ colesterol total, frações e triglicerídeos, ácido úrico, TSH, TGO e TGP.

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



OSTEOPOROSE

Código Internacional de Doenças (CID 10):
OSTEOPOROSE COM FRATURA PATOLÓGICA: M80
OSTEOPOROSE SEM FRATURA PATOLÓGICA: M81

DEVE SER ENCAMINHADO AO ESPECIALISTA caso o médico não se sinta habilitado ou suficientemente seguro em manter o acompanhamento sem avaliação do especialista e nas seguintes situações:

- Ausência de melhora ou piora na Densitometria Óssea de controle pós 18 a 24 meses do início do tratamento
- Intolerância ou efeitos colaterais decorrentes do uso do carbonato de cálcio e ou alendronato de sódio

AMBULATÓRIO DE OSTEOPOROSE: mulheres
AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA: homens

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes que já apresentem fraturas patológicas ou fraturas de fragilidade de baixo impacto

COMO ENCAMINHAR

- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID
- Obrigatório descrever:
 - O motivo do encaminhamento ao ambulatório de osteoporose
 - Medicação em uso, dose e tempo
- Exames: densitometria óssea, calcemia, PTH, dosagem de 25-hidroxi vitamina D e creatinina.

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá após estabilização fornecer à UBS relatório do atendimento. Portanto, o médico especialista deve fornecer relatório especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica, bem como a periodicidade de retornos (caso haja necessidade).

O especialista deve manter acompanhamento dos pacientes enquanto não for disponível o exame solicitado pela especialidade.



SOBREPESO E OBESIDADE - Acesso ao Grupo de Referência na Atenção Básica
Código Internacional de Doenças (CID 10):
OBESIDADE: E66

DEVE SER ENCAMINHADO AO GRUPO DE REFERÊNCIA EM SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

- Todo paciente com OBESIDADE (IMC maior que 30 kg/m²)
- Pacientes com SOBREPESO (IMC acima de 25 a 30 kg/m²) **com** COMORBIDADES, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Unidade Básica

$$\text{Índice Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{PESO (Kg)}}{\text{ALTURA (m)} \times \text{ALTURA (m)}}$$

COMO ENCAMINHAR

- Encaminhar Ficha específica do GRUPO DE SOBREPESO E OBESIDADE da Unidade Básica de Saúde (anexo) para o Serviço de Nutrição (DAB – 7º andar da Rua Primeiro de Maio, 127), via malote e notificar o paciente da próxima data e local (conforme cronograma)
- Obrigatório descrever o ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA E AS COMORBIDADES
- Exames recentes: urina tipo 1, hemograma, potássio, creatinina, glicemia de jejum/Hb glicada, colesterol total, frações e triglicerídeos, ácido úrico, TSH, TGO e TGP

Gerência 1	Escola da Saúde E. Nakamura	Praça do Carmo, 14 - Centro (4º andar)
Gerência 2	USF Moyses Fucs	Rua Alexandreta, 180 - Jardim Santo Antonio (sala 1)
Gerência 3	Paróquia do Rosário	Rua Alcide Maia, 12 - Vila Luzita (salão)



TUBERCULOSE

Código Internacional de Doenças (CID 10)

TUBERCULOSE PULMONAR: **A16** TUBERCULOSE EXTRA PULMONAR: **A18**
DOENÇA PELO HIV RESULTANDO EM INFECÇÃO MICOBACTERIANA: **B20.0**

DEVE SER ENCAMINHADO AO AMBULATORIO DE TISIOLOGIA (Centro de Especialidade I)

- **Suspeita de tuberculose sem confirmação etiológica**
- Cultura com outro *Micobacterium* não *tuberculosis*
- **Efeitos adversos maiores:** hepatopatias, efeitos colaterais maiores (exantema ou hipersensibilidade moderada a grave, encefalopatia, neurite optica, hepatotoxicidade, trombocitopenia, leucopenia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite, nefrite intersticial, rabdomiólise e insuficiência renal)
- Tuberculose com resistência no teste de sensibilidade (referência secundária encaminha a terciária)

Serão avaliados como Inter consulta pacientes que o seu médico não se sinta habilitado em manter o acompanhamento sem avaliação do especialista, podendo ser feita a contrarreferência, como nos casos de **efeitos adversos menores**.

DEVE SER ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM MOLÉSTIAS INFECCIOSAS (ARMI):

- Coinfecção com HIV, Hepatite viral C ou B e crianças

COMO ENCAMINHAR

- **AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA (Centro de Especialidade I):** Entrar em contato no telefone 4437-3766 (Ligia, Josi, Deise ou Vani) ou pelo email: aachongq@santoandre.sp.gov.br
- **AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM MOLÉSTIAS INFECCIOSAS (ARMI):** Comparecer no ARMI, de segunda a sexta, das 8 as 10:30h, Rua das Silveiras, 73 – Vila Guimar
- Formulário de encaminhamento padrão com HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID;
- Obrigatório descrever o motivo do encaminhamento com relatório detalhado e resultado de exames:
 - Critérios para encaminhamento presentes
 - Medicação em uso e dose

CONTRA REFERÊNCIA

O paciente deve manter vínculo com a Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período de acompanhamento com o especialista, que deverá no caso de alta ou acompanhamento conjunto, fornecer à UBS relatório do atendimento, especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica. Os pacientes devem realizar o TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) NA ATENÇÃO BÁSICA.



LINHAS DE CUIDADO



ASMA

Código Internacional de Doenças (CID 10): **J45**

Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, na qual muitas células e elementos celulares têm participação. A inflamação crônica está associada à hiperresponsividade das vias aéreas, que leva a episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse, particularmente à noite ou no início da manhã. Esses episódios são uma consequência da obstrução ao fluxo aéreo intrapulmonar generalizada e variável, reversível espontaneamente ou com tratamento (DSBPT, 2012).

O Brasil ocupa a oitava posição mundial em prevalência de asma, com estimativas para crianças e adolescentes escolares variando de menos que 10 a mais do que 20% em diversas cidades estudadas, dependendo da região e da faixa etária consideradas (CAB 25, 2010).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

FAZER DEZ PERGUNTAS IMPORTANTES

1. Tem ou teve episódios recorrentes de falta de ar?
2. Tem ou teve episódios recorrentes de chiado no peito?
3. Tem tosse persistente ao acordar ou a noite?
4. Acorda por motivo de tosse ou falta de ar?
5. Tem tosse, chiado ou aperto no peito depois de fazer atividade física (brincar), quando fica esfriado ou quando tem alterações emocionais (choro ou riso)?
6. Tem tosse, chiado ou aperto no peito ao ter contato com mofo, poeira, fumaça de cigarro, perfumes e animais como cão e gato?
7. Usa medicação quando tem tosse, chiado ou falta de ar? Com que frequência?
8. A medicação alivia os sintomas?
9. Alguém na família tem doenças alérgicas ou asma?
10. Já teve ou tem sintomas de doenças alérgicas?

CAB 25, 2010; DSBPT, 2012

DIAGNÓSTICO POR ESPIROMETRIA – INDICAÇÕES:

- Estabelecer o diagnóstico
- Documentar a gravidade da obstrução ao fluxo aéreo
- Monitorar o curso da doença e as modificações decorrentes do tratamento

Na asma o diagnóstico é dado pela detecção da limitação ao fluxo de ar, e principalmente pela demonstração de significativa REVERSIBILIDADE, parcial ou completa, APÓS A INALAÇÃO DE UM BRONCODILATADOR DE CURTA AÇÃO.

Há aumento pelo menos de 200 ml e 12% OU MAIS NO VEF1 APÓS USO DE BRONCODILATADOR, não verificado na DPOC.

DSBPT. 2012

AValiação DO CONTROLE CLÍNICO

PARÂMETROS	CONTROLADO	PARCIALMENTE CONTROLADO	DESCONTROLADO
SINTOMAS DIURNOS	Menos de duas vezes/semana	Mais de duas vezes/semana	
DESPERTARES NOTURNOS	AUSENTES	PRESENTE	3 itens positivos em qualquer semana
MEDICAÇÃO DE RESGATE	Menos de duas vezes/semana	Mais de duas vezes/semana	
LIMITAÇÃO DE ATIVIDADES	AUSENTES	PRESENTES	
PEF OU VEF1	Normal ou próximo ao normal	80% do previsto ou pessoal	www.ginasthma.com



TRATAMENTO FARMACOLÓGICO NAS CRISES (RESGATE)

Meta: manter a saturação de oxigênio $\geq 92\%$

- **Agentes B-agonistas de curta ação por via inalatória:**
Jatos inalatórios a cada 10-30 minutos de Salbutamol spray (100µg/jato) 4-8 jatos, a cada 20 min, por 3 doses (preferencial) ou
Fenoterol solução para nebulização 5mg/mL 5 a 20 gotas inalação com 3-4 mL de solução salina com fluxos de oxigênio de 6-8L (NUNCA usar água destilada).
- **Corticóides Sistêmicos**
ESSENCIAIS NO TRATAMENTO DA EXARCEBAÇÃO E DEVEM SER USADOS PRECOCEMENTE
Prednisona 1mg/kg no adulto, máximo de 60mg (comprimidos de 5 e 20 mg) ou
Hidrocortisona solução injetável 2-3mg/kg de 4/4h
- **Brometo de Ipratrópio**
Solução para nebulização 0,25mg/mL 40 gotas a cada 20 minutos por 3 doses, após a cada 2-4horas

DSBPT, 2012

Algumas medicações podem induzir a asma. Ácido acetil salicílico e outros anti-inflamatórios não esteroidais podem causar graves exacerbações em pacientes sensibilizados por essas drogas. Betabloqueadores podem exacerbar crises de asma (CAB 25, 2010).

PARÂMETROS	AÇÃO
CONTROLADO	Manter o tratamento e identificar a menor dose para manter o controle
PARCIALMENTE CONTROLADO	Considerar aumentar a dose para atingir o controle
DESCONTROLADO	Aumentar etapas até conseguir o controle

DSBPT, 2012

ETAPAS DO TRATAMENTO				
ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4	ETAPA 5
EDUCAÇÃO E CONTROLE AMBIENTAL				
BD de curta ação por demanda	Dose baixa de CI	Dose baixa de CI	Dose moderada de CI	Etapa 4
		e BAAP	e BAAP	e corticóide oral na dose mais baixa possível

BD: broncodilatador; CI: corticóide inalatório; BAAP: broncodilatador de ação prolongada
DSBPT, 2012



MEDICAÇÕES PARA O CONTROLE DA ASMA			
Nome	Doses habituais	Efeitos colaterais mais frequentes	Comentários
CORTICOIDES			
INALATÓRIO: beclometasona budesonida	Iniciar com dose necessária para o controle da asma, reduzir a cada 3 meses até a menor dose efetiva	Rouquidão e candidíase orofaríngea	Lavar a boca após inalação
SISTÊMICO: prednisona	Uso se não houver controle com corticóide inalatório	Podem levar ou agravar: osteoporose, hipertensão arterial, diabetes, catarata, obesidade	Uso prolongado em dose única matutina em dias alternados produz menos eventos adversos. Nas exacerbações uso por 3-10 dias
BETA AGONISTAS DE AÇÃO PROLONGADA			
formoterol salmeterol	Uso a cada 12 horas	Opção adicional em casos não controlados com corticóides inalatórios. Devem ser usados sempre COMBINADOS a um corticóide inalatório	O formoterol tem início de ação mais rápido, semelhante ao salbutamol, e pode ser usado, conforme necessário nas exacerbações

Adaptado de DSBPT, 2012

TRATAR QUADROS DE RINITE ALÉRGICA CONCOMITANTE: *Corticóide inalatório nasal: 1 jato em cada narina 1 a 2 vezes por dia (orientar direcionar o jato em direção a orelha).*

ASMA EM IDOSOS

A asma no idoso é comum, porém subdiagnosticada devido à má percepção e a subvalorização dos sintomas por parte dos pacientes e dos médicos, respectivamente. É importante o diagnóstico diferencial com DPOC, porque essas enfermidades podem ter apresentações semelhantes. O tratamento farmacológico da asma no idoso é igual ao efetuado nas outras faixas etárias, com especial atenção a alterações farmacocinéticas, interações medicamentosas e limitação ao uso de dispositivos inalatórios (DSBPT, 2012).

CERTIFICAR QUE O PACIENTE SABE USAR O DISPOSITIVO INALATÓRIO

REFERÊNCIAS

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma - 2012 (DSBPT, 2012) J Bras Pneumol. v.38, Suplemento 1, p.S1-S46. Abril, 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 25 – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.



LINHAS DE CUIDADO

RINITE INTERMITENTE LEVE: ANTI-HISTAMÍNICO H1 ORAL	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	CENTRO DE ESPECIALIDADE	FARMACIA DE ALTO CUSTO	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
				REDE PRÓPRIA	PRIVADA
1. Dexclorfeniramina 2 mg, comprimidos.				X	
2. Dexclorfeniramina 2 mg/5 mL, xarope.	X			X	
3. Loratadina 10 mg, comprimidos.	X			X	
4. Loratadina 1 mg/1 mL, xarope.	X				

RINITE INTERMITENTE MODERADA A GRAVE: CORTICÓIDE INALATÓRIO NASAL	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	CENTRO DE ESPECIALIDADE	FARMACIA DE ALTO CUSTO	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
				REDE PRÓPRIA	PRIVADA
5. Budesonida 32 mcg/dose, suspensão nasal.		X			
6. Budesonida 50 mcg/dose, suspensão nasal		X			
7. Budesonida 64 mcg/dose, suspensão nasal.		X			

BRONCODILATADORES	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	CENTRO DE ESPECIALIDADE	FARMACIA DE ALTO CUSTO	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
				REDE PRÓPRIA	PRIVADA
1. Xinafoato de Salmeterol 50 mcg, pó para inalação, embalagem com 60 doses.			X		
2. Fumarato de Formoterol 12 mcg em cápsula inalatória com inalador.		X	X		
3. Sulfato de Salbutamol 120,5 mcg/dose (equivalente a 100 mcg de salbutamol/dose), spray (aerossol) oral, acondicionado em frasco pressurizado com inalador, com capacidade para 200 doses.		X			X
4. Bromidrato de Fenoterol 100mcg aerossol, frasco dosificador + aerocâmara, frasco 200 doses.			X		
5. Brometo de Ipratrópio, solução a 0,025% para inalação, frasco com 20 mL.					X
6. Fumarato de Formoterol 12mcg/dose pó inalante, frasco com 60 doses, com frasco inalador.			X		



LINHAS DE CUIDADO

CORTICOSTERÓIDES	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	CENTRO DE ESPECIALIDADE	FARMÁCIA DE ALTO CUSTO	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
				REDE PRÓPRIA	PRIVADA
1. Dipropionato de Beclometasona 50 mcg em cápsula inalatória com inalador.					X
2. Dipropionato de Beclometasona 200 mcg em cápsula inalatória com inalador.					X
3. Dipropionato de Beclometasona 250 mcg em cápsula inalatória com inalador.					X
4. Budesonida 200 mcg, cápsula pó inalante com inalador ou refil.			X		
5. Budesonida 400 mcg, cápsula pó inalante com inalador ou refil.		X	X		
6. Prednisona 5mg, comprimido	X			X	
7. Prednisona 20mg, comprimido	X			X	

CORTICÓIDE + BRONCODILATADOR	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	CENTRO DE ESPECIALIDADE	FARMÁCIA DE ALTO CUSTO	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
				REDE PRÓPRIA	PRIVADA
1. Fumarato de Formoterol associado com Budesonida 12 mcg + 400 mcg/dose, cápsula ou pó inalante, com frasco inalador ou refil.			X		
2. Fumarato de Formoterol associado com Budesonida 12 mcg + 400 mcg/dose, pó inalante, com frasco inalador, frasco 60 doses.			X		
3. Fumarato de Formoterol associado com Budesonida 6 mcg + 200 mcg/dose, cápsula ou pó inalante, com frasco inalador.			X		
4. Fumarato de Formoterol associado com Budesonida 6 mcg + 200 mcg/dose, pó inalante, com frasco inalador, frasco 60 doses.			X		



DENGUE

Código Internacional de Doenças (CID 10):

DENGUE CLÁSSICO: A90

FEBRE HEMORRÁGICA DEVIDO AO VÍRUS DA DENGUE: A91

CASO SUSPEITO: Pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Aedes aegypti*, que apresenta febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: Náusea, vômitos, exantema, mialgias, artralgia, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e/ou leucopenia. Também pode ser considerado caso suspeito toda criança proveniente ou residente em área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 dias, e sem foco de infecção aparente. (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/informacoes-tecnicas-dengue>).

AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA

- NOTIFICAR OS CASOS SUSPEITOS DE DENGUE À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA;
- Realizar a imediata classificação de risco dos casos suspeitos de dengue e seu atendimento (ver fluxo).
- Não retardar o início da hidratação, quantificar a quantidade administrada;
- Acompanhar os casos de dengue sem indicação de observação/internação (grupo A e B, sem sinais de sangramento e hemograma normal);
- Orientar a importância do uso do cartão de monitoramento da dengue e garantir o correto preenchimento;
- Orientar o paciente quais são os sinais de alerta;
- Orientar o paciente a procurar a rede de urgência/emergência se presença dos sinais de alerta;
- Garantir prova do laço e medição da pressão arterial em duas posições, diário, de segunda a sexta-feira nos casos suspeitos de dengue, sem indicação de internação até três dias após o desaparecimento da febre;
- Garantir atendimento médico no primeiro dia afebril de segunda a sexta-feira nos casos suspeitos de dengue, nos finais de semana orientar procurar a rede de Urgência/Emergência;
- Garantir coleta de exame específico para Dengue **em dia oportuno**: NS1 até o terceiro dia e sorologia após o sétimo dia. Considera-se primeiro dia o primeiro dia de febre. Sempre que possível colher na rotina de coleta de exames laboratoriais da unidade, nos casos que ainda não colheram. Casos com NS1 negativo, devem colher sorologia a partir do sétimo dia.
- Encaminhar à rede de urgência/emergência casos do grupo A na qual a hidratação oral esteja prejudicada, casos do grupo B para coleta de hemograma, enquanto a atenção básica não conseguir garantir a coleta de hemograma com resultado em 2 a 4 horas;
- Encaminhar a rede de Urgência/Emergência e Hospitalar, conforme regulação do SAMU, os casos classificados como C ou D;
- No seguimento verificar no GAL/IAL o resultado do exame específico e oferecer exame de Teste Rápido do HIV com devido aconselhamento, em especial para casos de exame negativos para dengue, com exposição de risco para o HIV uma a seis semanas antes do quadro febril. Pois os sintomas do HIV agudo fazem diagnóstico diferencial com dengue.
- Orientar os usuários das unidades quanto as medidas de controle do Aedes.

NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE com DENGUE: Iniciar hidratação oral:

Adultos: 60 mL/Kg/dia;

Crianças menores de 13 anos: até 10kg: 130mL/kg/dia; 10-20kg: 100mL/kg/dia e acima de 20kg: 80 mL/kg/dia

Prescrever o volume total dia ao paciente, sendo 1/3 do volume com soro de reidratação oral e 2/3 com líquidos caseiros (SOPAS, SUCOS e outros alimentos ricos em água);

Retorno para reavaliação em 24 horas com o cartão de acompanhamento;

Informar o paciente e familiares sobre o acompanhamento e sinais de alarme (ver fluxo anexo 3);

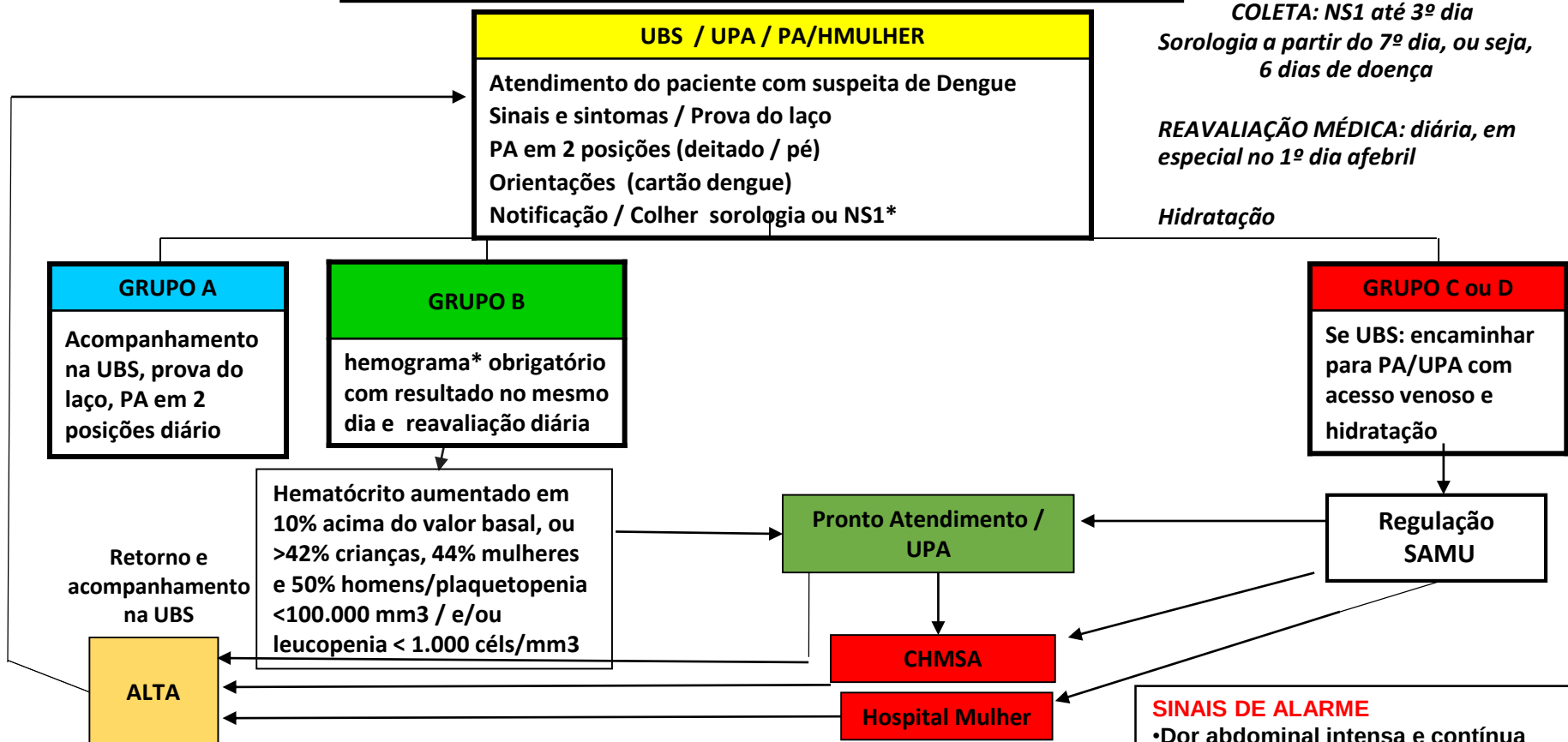
LINHA DE CUIDADO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE 2016

IMPORTANTE:

COLETA: NS1 até 3º dia
Sorologia a partir do 7º dia, ou seja,
6 dias de doença

REAVLIAÇÃO MÉDICA: diária, em
especial no 1º dia afebril

Hidratação



GRUPO A

Prova do laço negativa, sem sangramento espontâneo, sem comorbidades ou grupo de risco (crianças, gestantes, idosos) ou condições clínicas especiais, ausência de sinais de alarme

GRUPO B

Prova do laço positiva ou sangramento espontâneo, ou COM comorbidades, ou grupo de risco (crianças, gestantes, idosos). Ausência de sinais de alarme

GRUPO C

PRESENÇA de um ou mais sinais de alarme. Sangramento presente ou ausente. Sem hipotensão. **Classificação final: DENGUE COM SINAL DE ALARME**

GRUPO D

Hipotensão ou choque. Sangramentos Importantes, comprometimento de órgãos. **Classificação final: DENGUE GRAVE**

SINAIS DE ALARME

- Dor abdominal intensa e contínua
 - Vômitos persistentes
 - Queda abrupta da temperatura do corpo
 - Sangramentos
 - Agitação ou sonolência
 - Tontura ou desmaio
 - Pele fria e pálida
 - Diminuição da quantidade de urina
 - Dificuldade de respirar
 - Choro persistente em crianças
- Esses sintomas podem aparecer a partir do 3º dia da doença e indicar Dengue Grave.

NS1 E SOROLOGIA DENGUE:

Sempre que possível agendar para o dia seguinte, sendo antes do 3º (NS1) e após o 7º dia (sorologia), na coleta de rotina.

HEMOGRAMA* casos $\geq B$ obrigatório

Tubo com identificação e anotar "UBS - dengue urgente" a/c Encarregado do Laboratório

Solicitação em SADT ou impresso de solicitação de exames, com anotação "UBS - dengue urgente" e nº SINAN (= notificação)

Entregar no laboratório do Centro Hospitalar.

Resultado no mesmo dia se grupo $\geq B^*$

Sorologia

(a partir 6 dias = 7º dia de febre)

Sempre que possível, realizar a coleta na rotina diária do serviço.

***Na situação epidemiológica atual, casos $\geq B$ devem ser encaminhados ao PA/UPA para garantir resultado de Hemograma no mesmo dia, além dos C ou D**

NS1(até 3º dia)

-Solicitação no canhoto do SINAN com preenchimento de todos os campos e Número Sinan.
-Registro e Guia do IAL/GAL

Entregar no laboratório da 1º Maio

Vigilância entrega no IAL



DEPRESSÃO

Código Internacional de Doenças (CID 10): EPISÓDIOS DEPRESSIVOS: **F32**
TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE: **F33** DEPRESSÃO PÓS-PARTO: **F53**

Depressão é uma condição relativamente comum, de curso crônico e recorrente. Está frequentemente associada com incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. Os pacientes deprimidos apresentam limitação da sua atividade e bem-estar, além de uma maior utilização de serviços de saúde. No entanto, a depressão segue sendo subdiagnosticada e subtratada. Entre 30 e 60% dos casos de depressão não são detectados pelo médico clínico em cuidados primários. Muitas vezes, os pacientes deprimidos também não recebem tratamentos suficientemente adequados e específicos. A morbimortalidade associada à depressão pode ser prevenida (em torno de 70%) com o tratamento correto (Fleck, 2009).

TRIAGEM PARA DEPRESSÃO: PERGUNTAR

1 - Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado (a), deprimido (a), durante a maior parte do dia, ou quase todos dias?

2 - Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente?

Se houver ao menos uma resposta "SIM", faça as perguntas a seguir:

- A. Seu apetite mudou de forma significativa?
- B. Teve problemas no sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dorme demais)?
- C. Falou ou movimentou-se mais lentamente que o costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?
- D. Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?
- E. Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?
- F. Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?
- G. Teve por várias vezes pensamentos ruins, como seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo?

Se "SIM" em 1 ou 2 acrescidos de "SIM" em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão:

- ☐ 3 e 4 respostas positivas – DEPRESSÃO LEVE
- ☐ 5 a 7 respostas positivas – DEPRESSÃO MODERADA
- ☐ Risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas – DEPRESSÃO GRAVE

AValiação de Risco de Suicídio:

Você pensou que seria melhor estar morto? (1 ponto)

Você quer fazer mal a si mesmo? (2 pontos)

Você tem pensado em se suicidar? (6 pontos)

Você tem planejado uma maneira de se suicidar? (10 pontos)

Você tentou o suicídio *recentemente*? (10 pontos)

Você ao longo da vida já fez alguma tentativa de suicídio? (4 pontos)

RISCO DE SUICÍDIO (somar os pontos)

1 a 5: Risco leve

6 a 9: Risco moderado

10 a 33: Risco elevado

Lembre-se: O melhor preditor de suicídio é história positiva de tentativa prévia de suicídio (Chiverini, 2011).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Investigar causas orgânicas de depressão; solicitar exames: hemograma, creatinina, TGO, TGP, gama GT, amilase, bilirrubinas, proteínas totais e frações, glicemia, TSH, VDRL e anti-HIV (preferir teste rápido).
- Investigar uso de medicamentos que podem causar depressão (benzodiazepínicos, betabloqueadores, metildopa, reserpina, clonidina, cinarizina, flunarizina, digoxina, quimioterápicos e esteróides), álcool e outras drogas;
- Investigar história de episódios prévios de mania ou hipomania;
- Verificar perdas cognitivas e de memória (Ver linha de cuidado de DEMÊNCIA).
- VER CARTÃO BABEL ANEXO (Ampliada, 2009; Chiverini, 2011).



TRATAMENTO

As **depressões leves** devem ser tratadas nas **Unidades Básicas de Saúde**.

- Iniciar com antidepressivo em doses baixas, opções:
 - ☐ Iniciar com Sertralina 25mg/dia (meio comprimido de 50mg), aumentar conforme resposta cada 2-4 semanas, até 50 a 100mg/dia (dose usual de manutenção: 50mg/dia), podendo chegar a 200mg/dia.
 - ☐ Ou Fluoxetina 20mg/dia, aumentar conforme resposta cada 2-4 semanas até 40mg/dia (sempre após refeições), podendo chegar a 80mg/dia.
 - ☐ Ou Clomipramina 25mg/dia (início) até 50 a 100mg/dia (dose usual de manutenção 50mg/dia), podendo chegar a 250mg/dia
- ☐ Avisar que os antidepressivos têm efeito nos sintomas de depressão após 2 a 3 semanas do uso contínuo;
- ☐ Informar que antidepressivos não tricíclicos, geralmente não dão sonolência, devendo ser ingeridos pela manhã, se houver sonolência durante o dia após tomar a medicação passar a tomar a dose à noite;
- ☐ **Omeprazol interfere negativamente na ação dos antidepressivos, preferir ranitidina se necessário;**
- ☐ Avaliar e reajustar a dose do antidepressivo a cada mês;
- ☐ Lembrar que doses máximas são sujeitas a mais efeitos colaterais (monitorar a função hepática, a frequência e o ritmo cardíaco) e a avaliação do especialista pode ser considerada;
- ☐ Os casos moderados e graves ou se houver indícios de bipolaridade (períodos depressivos alternados com períodos eufóricos) devem ser encaminhados para o especialista. Se houver risco de suicídio moderado ou elevado, encaminhar ao Pronto Socorro de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Município de Santo André.

Aula do Dr. Drauzio Viegas Junior em 4 de outubro de 2013 no Ciclo de Atualização para a Atenção Básica (Nardi, 2006).

REFERÊNCIAS

Ampliada, Clínica. 2009. “Cartão Babel”, 5–6.

Chiverini, Dulce Helena. 2011. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.

Fleck, Marcelo P., Marcelo T. Berlim, Beny Lafer, Everton Botelho Sougey, José Alberto Del Porto, Marco Antônio Brasil, Mário Francisco Jurueña, et al. 2009. “Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression”. Revista brasileira de psiquiatria 31 Suppl 1 (Supl I): S7–17.

Nardi, Antonio Egidio. 2006. Questões atuais sobre depressão. Terceira e. Lemos Editorial.

ANTIDEPRESSIVOS	CENTRO DE ESPECIALIDADE	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
		REDE PRÓPRIA	PRIVADA
Cloridrato de Amitriptina 25 mg, comprimidos.	X	X	
Cloridrato de Clomipramina 10 mg, comprimidos.	X		
Cloridrato de Clomipramina 25 mg, comprimidos.	X		
Cloridrato de Fluoxetina 20 mg, cápsulas.	X	X	
Cloridrato de Imipramina 25 mg, drágeas.	X		
Cloridrato de Nortriptilina 10 mg, cápsulas.	X		
Cloridrato de Nortriptilina 25 mg, cápsulas.	X		
Cloridrato de Sertralina 50 mg, comprimidos.	X		



DIABETES MELLITUS - DM

Código Internacional de Doenças (CID 10):

DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDENTE: **E10**

DIABETES MELLITUS NÃO INSULINO DEPENDENTE: **E11**

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. **É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares** (Alfradique, 2009). É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (CAB 36, 2013)

CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES (DM)

A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda há duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (DCVs).

DIAGNÓSTICO

Valores de glicose plasmática (em mg/dL) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos

CATEGORIA	JEJUM*	2H APÓS 75 G DE GLICOSE	CASUAL**
Glicemia normal	<100	<140	
Tolerância à glicose diminuída	>100 a <126	≥140 a ≤200	
Diabetes mellitus	≥126	≥200	≥200 com sintomas clássicos***

* O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas;

**Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição;

***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso.

NOTA: O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014/2015

RESISTÊNCIA À INSULINA RI

Prevalência na população de 25 a 30%, sendo componente de condições fisiológicas como puberdade e gravidez, e de condições patológicas como DM tipo 2 (em mais de 90% dos pacientes), obesidade, hipertensão arterial, síndrome metabólica, alterações do metabolismo da glicose, dislipidemia, síndrome do ovário policístico, esteato-hepatite não alcoólica, entre outras. Nesses casos, é uma alteração fisiopatológica de base, precedendo (mesmo por vários anos) e/ou contribuindo para o surgimento da respectiva condição patológica. Em 1988, Reaven propôs a denominação de síndrome X, que originou as atuais definições de síndrome metabólica ou da resistência à insulina, para alterações que englobam simultaneamente a deterioração do metabolismo da glicose, o aumento de VLDL, a diminuição do HDL, alteração de fatores hemodinâmicos, obesidade e hipertensão arterial. A proposta incluiu a RI como fator essencial na gênese e no aumento do risco cardiovascular. Portanto, a avaliação, o acompanhamento e o tratamento da RI são importantes na prática clínica (DSBD, 2014/2015).



ORIENTAÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL

Nas Unidade Básica de Saúde ocorrem grupos mensais da Linha de cuidado em sobrepeso e obesidade, sendo que se Índice de Massa Corpórea acima de 25 kg/m² e esgotadas as possibilidades terapêuticas na Unidade Básica, os pacientes podem ser encaminhados ao grupo de referência em sobrepeso e obesidade da atenção básica (ver Protocolo de acesso ao Grupo de Referência em Sobrepeso e Obesidade da Atenção Básica).

- Dieta fracionada (5 a 6 vezes ao dia) e hipogordurosa;
- Associação de fibras em todas as refeições (frutas com casca quando possível, vegetais, principalmente folhas com talo, cereais e farináceos com grão integral);
- Controle do Carboidrato Simples (açúcares e doces).

Informar sobre a Associação de Diabetes do ABC – 4992-5303

ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A PESSOA COM DM – CAMINHANDO PARA A SAÚDE: duas vezes por semana em todas as UBS

Existem evidências consistentes dos efeitos benéficos do exercício na prevenção e no tratamento do diabetes *mellitus* (DM). Qualquer atividade física, recreativa, laborativa ou esportiva pode ser feita pelos diabéticos, mas devemos estar alertas para as possíveis complicações e as limitações impostas pelo comprometimento sistêmico do diabetes. O teste de esforço está indicado a pacientes diabéticos que queiram iniciar um programa de exercício de moderada a alta intensidade e que tenham as condições descritas: Idade > 35 anos, Idade > 25 anos e DM tipo 1 há mais de 10 anos ou tipo 2 há mais de 15 anos, presença de hipertensão arterial, tabagismo ou dislipidemia, suspeita de doenças arterial coronariana, cerebrovascular e/ou arterial periférica, neuropatia autonômica, nefropatia grave ou retinopatia. Algumas observações devem ser lembradas ao paciente dependente de insulina: evitar se exercitar no pico de ação da insulina (soma de efeito com o exercício) e não aplicar a insulina em região que vai ser muito exigida durante o exercício (maior absorção da insulina). O percentual preciso de redução da dose de insulina varia entre os pacientes. Como regra geral: Reduzir a dose de insulina ultrarrápida ou rápida da refeição anterior ao exercício. Reduzir a dose da insulina de ação intermediária ou prolongada quando o exercício tiver duração maior que o habitual.

Recomendações especiais para a prática de exercício físico para pacientes diabéticos:

- Procure se exercitar diariamente, de preferência no mesmo horário;
 - Acumule 150 minutos de exercício de moderada intensidade ou 75 minutos de exercício de alta intensidade, ou uma combinação dos dois;
 - Prefira o horário da manhã (evitar hipoglicemia noturna);
 - Exercícios de fortalecimento muscular devem ser incluídos pelo menos 2-3 vezes na semana;
 - Exercícios de flexibilidade/alongamento devem ser realizados diariamente.
- (DSBD, 2014/2015)

METAS DO CONTROLE GLICÊMICO RECOMENDADAS PELA SBD*

HbA1C <7%	GLICEMIA JEJUM	GLICEMIA PRÉ-PRANDIAL	GLICEMIA PÓS-PRANDIAL
SBD	<100mg	<130 mg	Até 160mg

*SBD Sociedade Brasileira de Diabetes SBD 2014/2015

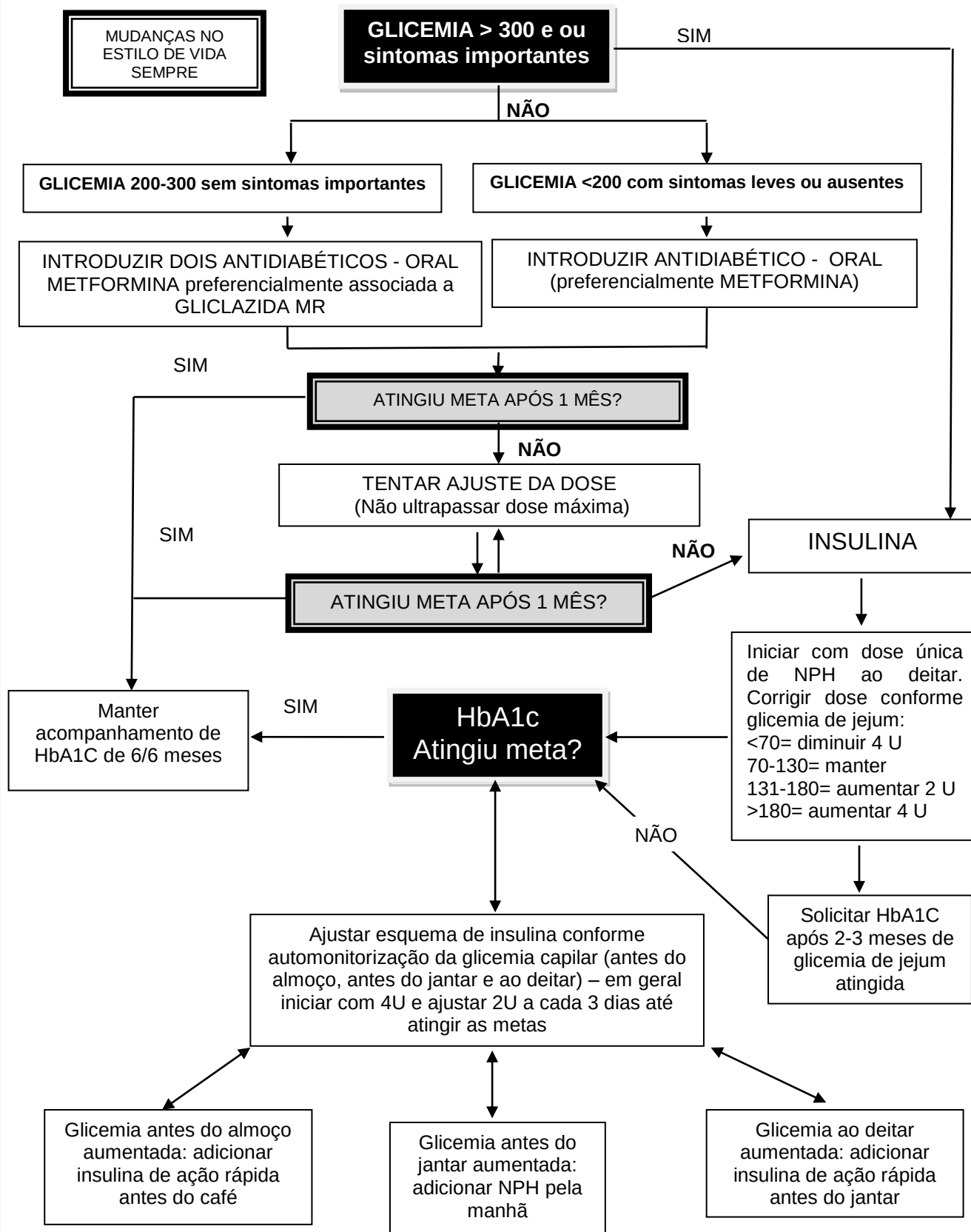
METAS DO CONTROLE GLICÊMICO RECOMENDADAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DM 1 (CAB 36, 2013).

VALORES POR FAIXA ETÁRIA	GLICEMIA PRÉ-PRANDIAL	GLICEMIA AO DEITAR/A NOITE	HbA1C
0 a 6 anos	100-180 mg/dL	110-200 mg/dL	<8,5%
6 a 12 anos	90-180 mg/dL	100-180 mg/dL	<8%
13 a 19 anos	90-130 mg/dL	90-150 mg/dL	<7,5%

American Diabetes Association, 2013



FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO DO DM TIPO 2



Adaptado de DAB/SAS/MS. Caderno de Atenção Básica, nº 36, 2013.
Adaptado de Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014/2015



ESCOLHA DO AGENTE ANTIDIABÉTICO ORAL

A escolha do medicamento deve levar em conta: O estado geral do paciente e as comorbidades presentes (complicações do diabetes ou outras complicações); os valores das glicemias de jejum e pós-prandial e da HbA1c. O peso e a idade do paciente; as possíveis interações com outros medicamentos, reações adversas e contraindicações.

PACIENTE COM MANIFESTAÇÕES LEVES:

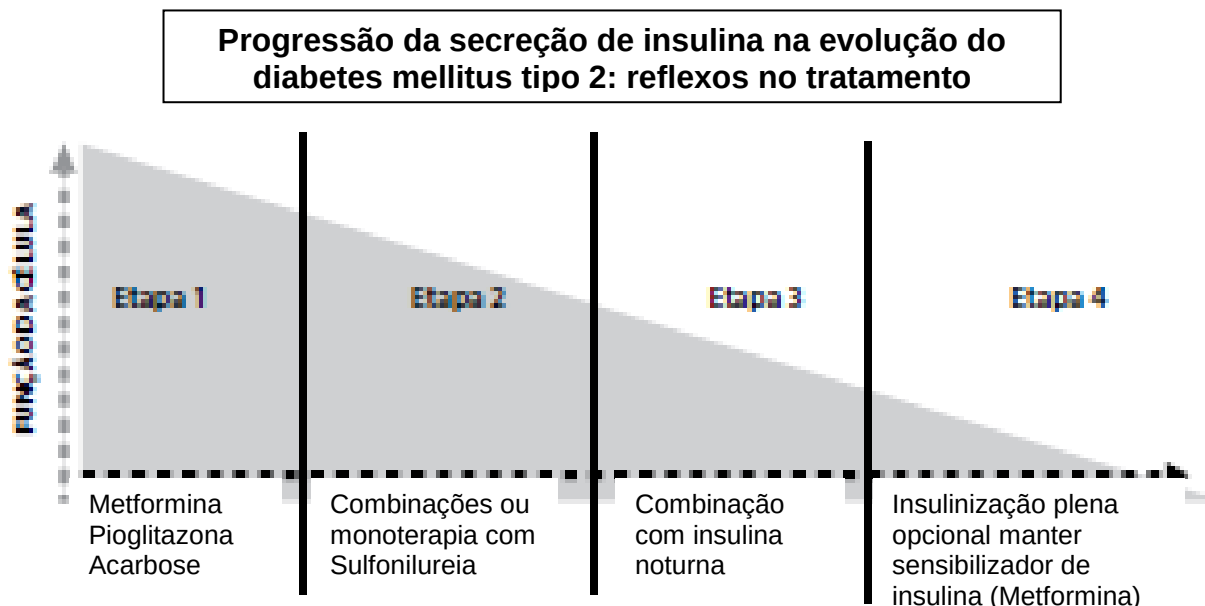
Quando a glicemia for inferior a 200 mg/dl, com sintomas leves ou ausentes (sem a presença de outras doenças agudas concomitantes), estão indicados os medicamentos que não promovam aumento na secreção de insulina (como a METFORMINA), principalmente se o paciente for obeso. No caso de intolerância à metformina, as preparações de ação prolongada podem ser úteis. Persistindo o problema, um dos demais agentes hipoglicemiantes podem ser escolhidos.

PACIENTE COM MANIFESTAÇÕES MODERADAS:

Quando a glicemia de jejum for superior a 200 mg/dl, mas inferior a 300 mg/dl na ausência de critérios para manifestações graves, iniciar com modificações de estilo de vida e com a metformina associada a outro agente hipoglicemiante. A indicação do segundo agente dependerá do predomínio de resistência à insulina ou de deficiência de insulina/falência da célula beta. Dessa maneira, o inibidor da DPP-4, a acarbose, os análogos do GLP-1 a glitazona e os inibidores de SGLT2 poderiam ser a segunda ou a terceira medicação. No paciente com perda ponderal, uma sulfoniluréia ou glinidas poderiam ser combinadas.

PACIENTES COM MANIFESTAÇÕES GRAVES:

Para os demais pacientes com valores glicêmicos superiores a 300 mg/dl e manifestações graves (perda significativa de peso, sintomas graves e/ou cetonúria), iniciar insulinoterapia imediatamente.



Adaptado de Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014/2015



CONSIDERAÇÕES SOBRE A INSULINOTERAPIA

A insulinoterapia pode ser iniciada em etapas precoces do tratamento do DM2, quando somente modificações do estilo de vida (dieta e exercícios) associadas a metformina forem insuficientes para obter controle glicêmico adequado após 3 meses de início da terapia (B). Nesta situação, pode ser considerado associar insulina basal ao esquema terapêutico, especialmente quando existirem restrições ao uso de outras drogas orais. A insulina pode ser escolhida como segundo agente terapêutico também quando a HbA1c estiver $> 8,5\%$, após a dose máxima de metformina, ou se o paciente estiver apresentando sintomas de hiperglicemia. Naqueles pacientes com DM2 e glicemia de jejum persistentemente elevada, com HbA1c acima do valor alvo máximo desejável, apesar do uso de doses máximas de terapêutica oral combinada (dois ou três antidiabéticos orais (ADOs), a insulinoterapia deve ser iniciada. No início da insulinoterapia combinada, a medicação oral deve ser mantida na mesma dosagem (eventualmente reduzida). Uma única dose de insulina basal ao deitar é considerada a estratégia preferencial para início de insulinoterapia no DM2 em uso de ADOs.

A dose inicial recomendada para iniciar insulina basal em DM2 é de 10-15 U ou 0,2 U/kg/dia nos pacientes mais obesos. O ajuste da dose de insulina pode ser feito, de preferência, pelo próprio paciente, em aumentos de 2 ou 4 U (dependendo do valor das glicemias capilares do jejum, se consistentemente maiores do que 130 ou 180 mg/dL, respectivamente) a cada 3 dias, até atingir o alvo de glicemia de jejum menor que 110 a 120 mg/dL, desde que não ocorra hipoglicemia noturna (Ver Fluxograma de Tratamento). Se após o ajuste de doses basais a HbA1c ainda continuar acima da normalidade, devemos testar os níveis glicêmicos pós-prandiais e ajustar a insulina rápida pré-prandial. Sugere-se iniciar a insulina prandial antes da principal refeição do paciente. A dose pode ser calculada de acordo com o desejo do paciente de aprender, ou não, a realizar a contagem de carboidratos. Em caso positivo, pode-se iniciar com 1 UI de insulina para cada 15 g de carboidratos, ajustando essa relação de acordo com a glicemia pós-prandial ou de acordo com a glicemia pré-prandial da refeição seguinte. Caso o paciente não deseje aprender o método de contagem de carboidratos, pode-se iniciar com 2 a 4 UI de insulina rápida ou ultrarrápida antes da principal refeição.

Nos pacientes com DM2 em tratamento combinando drogas orais e insulina basal cujos controles estão inadequados, deve-se partir para a insulinização plena, na qual vários esquemas podem ser utilizados, desde o convencional até o intensivo ou de múltiplas doses. Nessa estratégia, é habitual descontinuar o uso de secretagogos (gliclazida/glibenclamida) por via oral. Entretanto, poderá ser benéfico manter os agentes sensibilizadores da insulina (metformina) em combinação com a insulinoterapia. A terapia combinada de insulina e metformina ou insulina e pioglitazona possibilita controle glicêmico efetivo com doses menores de Insulina (DSBD, 2014/2015).

Para reduções primária e secundária do risco cardiovascular, persistem as recomendações de meta $< 7\%$ para HbA1c, devendo, contudo, haver flexibilização e individualização para cada paciente. As recomendações das metas de tratamento para hipertensão e dislipidemia devem ser enfatizadas. Estatinas e profilaxia com AAS persistem como pilares na redução do risco cardiometabólico em pacientes com diabetes, sendo a cessação do tabagismo obrigatória.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DE AAS

O diabetes ocupa lugar de destaque como manifestação importante na doença arterial coronariana.

É geralmente aceito, segundo vários pesquisadores, que a aspirina, nos diabéticos, tem importante papel como antiagregante plaquetário.

Os vários estudos, incluindo pesquisas e metanálise, indicam que aspirina é eficaz na prevenção secundária nos eventos cardiovasculares em diabéticos, porém o benefício na prevenção primária é restrito a alguns subgrupos.

A dose de aspirina recomendada varia entre 75 mg a 325 mg diariamente.

Segundo as evidências existentes até o momento, o uso da aspirina na prevenção primária mostrou-se ineficaz (DSBD, 2014/2015).



CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO

- O tratamento da hipertensão arterial é importante nos pacientes diabéticos, tanto para a prevenção da doença cardiovascular, renal e retiniana, quanto para minimizar a progressão da doença renal e da retinopatia diabética preexistentes.
- Recomenda-se que sejam feitas alterações no estilo de vida que incluem redução de peso, prática de exercícios físicos, moderação no consumo de sal e álcool e abandono do tabaco.
- Nos pacientes diabéticos com idade inferior a 60 anos, a pressão arterial sistólica seja reduzida a níveis que não ultrapassem 140 mmHg e a pressão diastólica a valores não maiores que 80 mmHg, não havendo vantagens no alcance de alvos menores, mesmo naqueles com doença renal.
- Naqueles com idade superior ou igual a 60 anos, recomenda-se reduzir a pressão arterial para níveis não superiores a 150/90 mmHg.
- Níveis da pressão arterial sistólica inferiores a 130 mmHg podem ser apropriados para pacientes mais jovens, com maior expectativa de vida, maior risco de acidente vascular cerebral ou evidência de lesão renal, se puderem ser obtidos sem eventos adversos ou risco para o paciente.
- O tratamento anti-hipertensivo inicial deve ser feito com um diurético tiazídico, um bloqueador dos canais de cálcio, um inibidor da enzima conversora da angiotensina II (IECA) ou com um bloqueador dos receptores (BRA), embora usualmente uma combinação de dois ou mais destes agentes seja necessária para a obtenção dos alvos da terapia. Nos casos de hipertensão arterial associada à hipotensão postural, a escolha e o ajuste da medicação anti-hipertensiva devem levar em conta a hora do dia e a posição do paciente.
- Elevação da cabeceira da cama e o uso de agentes que aumentem o volume plasmático, como a fludrocortisona e o domperidona, podem ser utilizados para evitar a hipotensão matutina e a consequente hipertensão vespertina e noturna.
- Existem vantagens na inclusão de um IECA ou BRA no esquema das medicações anti-hipertensivas.
- Na vigência de microalbuminúria ou proteinúria, o bloqueio do sistema renina angiotensina é comprovadamente a medida mais eficiente para deter a progressão da doença renal (DSBD, 2014/2015).

CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DE ESTATINAS

Pacientes com diabetes, adultos devem avaliar lipídios ao diagnóstico e, a partir de então, anualmente. Caso necessário, avaliar com maior frequência até se atingirem os alvos lipídicos.

Estabelecer modificações comportamentais. Essas medidas se acompanham de melhora do perfil lipídico.

Diabéticos com doença cardiovascular (DCV) prévia devem ser tratados com estatina.

A meta deve ser uma redução do LDL-c em pelo menos 50% do basal, sendo recomendado tratamento intensivo com estatinas.

Diabéticos com idade acima de 40 anos e sem DCV, mas com um ou mais fatores de risco (história familiar de DAC precoce, hipertensão, tabagismo, retinopatia ou albuminúria), devem fazer tratamento moderado com estatinas. A meta é a uma redução da LDL-c em pelo menos 30% do basal.

As metas terapêuticas para triglicerídios e HDL-c devem ser: TG <150 mg/d e HDL-c > 40 mg/d (para homens) e > 50 mg/d (para mulheres). Contudo, os níveis de LDL-C devem ser o alvo terapêutico primário a ser alcançado.

Redução de triglicérides e elevação de HDL-c com fibratos estão associadas com diminuição de eventos CV em pacientes de DCV, baixo HDL-c e LDL-c quase normal (dados de análise subgrupo de pacientes com diabetes).

Terapia combinada de estatinas com outros hipolipemiantes não parece fornecer benefícios cardiovasculares adicionais à terapia com estatina isoladamente e não deve ser rotineiramente recomendada (DSBD, 2014/2015).

Calcular a taxa de filtração glomerular estimada (TFGE) pela fórmula de COCKROFT-GAULT. Para mulheres multiplicar o resultado por 0,85 (disponível em aplicativos para celular);

$$TFGE \text{ (ml/min)} = \frac{[140 - \text{idade}] \times \text{peso (kg)}}{\text{creatinina plasmática (mg/dl)}} \times 72$$



MEDICAMENTOS HIPOGLICEMIANTES

MEDICAMENTOS (POSOLOGIA MÍNIMA E MÁXIMA EM mg)	MECANISMO DE AÇÃO	REDUÇÃO DA GLICEMIA DE JEJUM (mg/dℓ)	REDUÇÃO DE HBA1C (%)	CONTRAINDICAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	OUTROS EFEITOS BENÉFICOS
SULFONILUREIAS						
Clorpropamida 125 a 500 Glibenclamida 2,5 a 20 Glipizida 2,5 a 20 Gliclazida 40 a 320 Gliclazida MR 30 a 120 Glimepirida 1 a 8 Uma a duas tomadas/dia	Aumento da secreção de insulina	60-70	1,5-2	Gravidez, insuficiência renal ou hepática	Hipoglicemia e ganho ponderal (clorpropamida favorece o aumento de peso e não protege contra retinopatia)	
BIGUANIDAS						
Metformina 1.000 a 2.550 Duas a três tomadas/dia	Reduz a produção hepática de glicose com menor ação sensibilizadora da ação insulínica	60-70	1,5-2	Gravidez, insuficiências renal, hepática, cardíaca, pulmonar e acidose grave	Desconforto abdominal, diarreia	Diminuição de eventos cardiovasculares Prevenção de DM2 Melhora do perfil lipídico Diminuição do peso

INSULINA	INÍCIO DE AÇÃO	PICO DE AÇÃO	DURAÇÃO TOTAL
RÁPIDA/ULTRARRÁPIDA			
Regular	30-60 min	2-4 horas	6-9 horas
Aspart/Lispro/Glulisina	10-15 min	30-90 min	3-4 horas
AÇÃO INTERMEDIÁRIA			
NPH	1-2 horas	3-8 horas	12-15 horas
INSULINA BASAL			
Glargina	1-2 horas	Sem pico	24 horas
Detemir	1-2 horas	Sem pico	20 horas
PRÉ-MISTURAS			
70/30 NPH/Regular	30-60 min	3-8 horas	12-15 horas
75/25 NPH/Lispro	10-15 min	30 min-8h	12-15 horas

Adaptado de Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014/2015



Considerar o paciente com diabetes como imunodeprimido:

- indicar vacinação antipneumocócica (duas doses com 5 anos de intervalo) e contra influenza (anual)
- Investigar tuberculose de forma ativa (questionar quanto a tosse, sudorese noturna e ou febre)

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 36.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015/Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização Jose Egídio Paulo de Oliveira, Sergio Venâncio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS

MEDICAMENTO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
		REDE PRÓPRIA	PRIVADA
GLIBENCLAMIDA 5 MG COMPRIMIDO	X	X	X
GLICLAZIDA 30 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA	X		
GLICLAZIDA 60 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA	X		
METFORMINA, CLORIDRATO 850 MG COMPRIMIDO	X	X	X
METFORMINA, CLORIDRATO 500 MG COMPRIMIDO	X	X	X
CLORIDRATO DE METFORMINA 500MG - AÇÃO PROLONGADA			X
INSULINA HUMANA 100UI/ML	X		X
INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML	X		X



DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA E EJACULAÇÃO PRECOCE

Código Internacional de Doenças (CID 10):

DISFUNÇÃO SEXUAL, NÃO CAUSADA POR TRANSTORNO OU

DOENÇA ORGÂNICA: F52 EJACULAÇÃO PRECOCE: F52.4

Pesquisas da OMS identificam a saúde sexual como fator que mais interfere na qualidade de vida da população masculina.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

EJACULAÇÃO PRECOCE

Ocorrência de orgasmo e ejaculação, com estimulação mínima antes, durante ou logo após a penetração e antes que o indivíduo a deseje. A ejaculação pode ocorrer logo que o homem tem pensamentos eróticos e ereção, sem nem ocorrer a penetração ou, ainda, logo após haver a penetração, o que leva a uma redução na sensação de prazer. Questões psicológicas como ansiedade, primeiras experiências sexuais tensas, novos parceiros ou ainda dificuldades no relacionamento, geralmente, estão entre as principais causas de ejaculação precoce. Mas as causas também podem ser orgânicas (Brasil, 2010).

DISFUNÇÃO ERÉTIL

É um importante marcador para certas doenças, como a coronariopatia e a diabetes. Acomete cerca da metade dos homens depois dos cinquenta anos (Brasil, 2010).

Incapacidade recorrente e persistente em ter e/ou manter uma ereção peniana para uma relação sexual satisfatória.

Solicitar: Colesterol total e frações, Glicemia de jejum, Prolactina, Testosterona Livre e Total, Creatinina, TSH e PSA.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Medidas comportamentais, psicoterapia, compensar doença de base (DM, HAS ICC, obesidade, dislipidemia, depressão, alcoolismo), descartar causa neurológica e endocrinopatias.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

EJACULAÇÃO PRECOCE

- Antidepressivos tricíclicos diários (clomipramina)
- Antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina diário (paroxetina)
- Anestésicos locais

DISFUNÇÃO ERÉTIL

Uso antes do início da relação sexual. Efeito por:

- Sildenafil 25/50/100mg 12h
 - Tadalafila 20mg (ou 5 mg/dia) 36h
 - Valdernafla 20mg 12h
- Contraindicado associação com NITRATOS

Se as medidas acima forem insuficientes considerar a avaliação do urologista

REFERÊNCIAS

Projeto Diretrizes SBU/CFM/AMB 2006.

Da Ros e colaboradores, Revista AMRIGS, 45 58-60, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 2008.

Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva, Cadernos de Atenção Básica, n. 26, 2010.

MEDICAMENTO	CENTRO DE ESPECIALIDADE
Cloridrato de Clomipramina 25 mg, comprimidos.	X
Cloridrato de Fluoxetina 20 mg, cápsulas.	X



DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA-DPOC

Código Internacional de Doenças (CID 10): J44

A **doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)** é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, limitação que não é totalmente reversível. A obstrução do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos, causada primariamente pelo tabagismo. Embora a DPOC comprometa os pulmões, ela também produz consequências sistêmicas significativas.

Essa limitação é causada por uma associação entre doença de pequenos brônquios (bronquite crônica obstrutiva) e destruição de parênquima (enfisema). A bronquite crônica é definida clinicamente pela presença de tosse e expectoração na maioria dos dias por no mínimo três meses/ano durante dois anos consecutivos. O enfisema pulmonar é definido anatomicamente como aumento dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, com destruição das paredes alveolares (CBDPOC, 2004).

Um estudo de base populacional em São Paulo (Estudo Platino), em que foram realizadas espirometrias na residência em 1.000 pessoas, mostrou que a prevalência de DPOC era de 15,6% em pessoas acima de 40 anos, correspondendo a 18% dos homens e 14% das mulheres e que a prevalência aumenta com a idade. Vinte e cinco por cento dos fumantes eram portadores de DPOC. Desse modo, estima-se que existam 7,5 milhões de pessoas com DPOC no Brasil (CAB 25, 2010).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico da DPOC é clínico e deveria ser considerado para todas as pessoas expostas ao tabagismo ou poluição ocupacional que apresentam dispneia, tosse crônica e expectoração

Pacientes acima de 40 anos e que são tabagistas ou ex-tabagistas deveriam realizar espirometria após o teste de rastreamento na anamnese. Para tanto, utilizam-se as cinco perguntas abaixo. Caso três delas sejam positivas, considera-se rastreamento positivo com indicação de broncoscopia:

- Você tem tosse pela manhã?
- Você tem catarro pela manhã?
- Você se cansa mais do que uma pessoa da sua idade?
- Você tem chiado no peito à noite ou ao praticar exercício?
- Você tem mais de 40 anos?

(CAB 25, 2010).

DIAGNÓSTICO POR ESPIROMETRIA – INDICAÇÕES

1. Diferenciar entre ASMA (melhora com broncodilatador) e DPOC
2. Documentar o nível de função pulmonar obtido após o tratamento
3. Monitorar pacientes graves e traçar um plano de tratamento

A espirometria com obtenção da curva expiratória volume-tempo é obrigatória na suspeita clínica de DPOC, devendo ser realizada antes e após administração de broncodilatador, de preferência em fase estável da doença. A espirometria permite a avaliação da CVF (capacidade vital forçada), o VEF1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo), e a relação VEF1/CVF, que mostra menor variabilidade inter e intra-individual. A existência de **limitação do fluxo aéreo é definida pela presença da relação VEF1/CVF abaixo de 0,70 pós-broncodilatador.**

(CBDPOC, 2004)

AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA: para afastar outras doenças pulmonares, principalmente a neoplasia pulmonar. A tomografia computadorizada de tórax está indicada na DPOC somente em casos especiais, como suspeita da presença de bronquiectasias ou bolhas, indicação de correção cirúrgica destas ou programação de cirurgia redutora de volume.

AVALIAÇÃO GASOMÉTRICA: pode ser feita, inicialmente, de maneira não invasiva pela oximetria de pulso. Se for identificada uma saturação periférica de oxigênio (SpO₂) igual ou inferior a 90%, está indicada a realização de gasometria arterial para avaliação da PaO₂ e da PaCO₂.

(CBDPOC, 2004)



AVALIAÇÃO DO CONTROLE CLÍNICO

- Número de exacerbações ao ano
- Necessidade de consumo de fármacos

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- Cessação do TABAGISMO
- Atividade física e Reabilitação pulmonar

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

I - LEVE	II - MODERADA	III - GRAVE	IV - MUITO GRAVE
VEF ₁ /CVF<0,7	VEF ₁ /CVF<0,7	VEF ₁ /CVF<0,7	VEF ₁ /CVF<0,7
VEF1≤80% PREVISTO	VEF1≤80% PREVISTO	VEF1≤50% PREVISTO	VEF1≤30% PREVISTO
Tosse crônica e expectoração	Piora dos sintomas. Falta de ar tipicamente aos esforços	Piora dos sintomas/exacerbações frequentes com impacto na qualidade de vida	Insuficiência respiratória/ Cor pulmonale
Redução dos fatores de risco e adicionar β ₂ curta ação			
Vacinar influenza e pneumococo e descartar tuberculose (exame de escarro)			
	Adicionar β ₂ longa duração ou anticolinérgico e reabilitação		
		Adicionar corticóide inalatório se exacerbações repetidas (1-2 no último ano após uso via oral de corticóide ou antibiótico)	
			Adicionar O ₂

Adaptado de CAB 25, 2010

CASOS LEVES

- **Agentes B-agonistas:**

-Curta ação: 4-6 horas via inalatória; -Início de ação: 5-15 minutos

-Utilizar por aerossol ou spray dosimetrado. Salbutamol spray 100 mcg 4 jatos com intervalo de 1 minuto com espaçador. Pode ser repetido com intervalo de 20 minutos em 1 hora

- **Anticolinérgico de curta:** Brometo de Ipratrópio 2 jatos, 4 vezes ao dia

CASOS MODERADOS

- **Beta agonista de longa:** Formoterol 12 mcg 1-2 x ao dia
- **Anticolinérgico de longa:** Brometo de Tiotrópio 2 jatos ao dia (dose única)
- **Corticóide inalatório associado ou não a Beta agonista de longa**
- Considerar encaminhamento ao pneumologista

CASOS GRAVES

Considerar encaminhamento ao pneumologista



CONDUTA NA EXARCEBAÇÃO DA DPOC

Conduta na exacerbação da DPOC

Exacerbação sem necessidade de internação

Antibiótico na presença das seguintes condições:

- aumento do volume da expectoração;
- aumento da intensidade da dispnéia; e
- mudança do aspecto da expectoração para purulento.

Broncodilatador inalatório:

- Iniciar ou aumentar a frequência de uso de beta-2-agonista de curta duração e/ou brometo de ipratrópio.

Corticóide:

- Prednisona ou equivalente por via oral.

Oxigênio:

- Titular a oferta de O₂ para manter SpO₂ entre 90 e 92%

ANTIMICROBIANOS

Casos Leves: azitromicina 500 mg/dia

Casos leves, moderados e graves:
amoxicilina clavulanato ou levofloxacina

Conduta na exacerbação da DPOC

Exacerbação com necessidade de internação

Antibiótico:

- Em pacientes graves recomenda-se sempre a prescrição de antibiótico, exceto se se identifica uma etiologia não-infecciosa. O tratamento antibiótico pode ser por via oral se o paciente o tolera.

Broncodilatador:

- β-2-agonista de curta duração a cada 20 minutos - até 3 doses e, em seguida, de 4/4 horas até estabilização;
- Brometo de ipratrópio a cada 4 horas;
- Xantinas a critério médico.

Corticóide:

- Hidrocortisona ou metilprednisolona IV por até 72 horas, seguida de prednisona ou equivalente por via oral.

Oxigênio:

- Titular a oferta de O₂ para manter SpO₂ entre 90 e 92%.

Ventilação não-invasiva

Ventilação invasiva:

- na falência ou contra-indicação de ventilação não-invasiva.

Fisioterapia respiratória a ser avaliada individualmente.

Adaptado de CBDPOC, 2004

REFERÊNCIAS

II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC - 2012 (CBDPOC, 2004) J Bras Pneumol. v.30, Suplemento 5, p.S1-S42 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 25 – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRONCODILATADORES	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	CENTRO DE ESPECIALIDADE	FARMÁCIA DE ALTO CUSTO	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
				REDE PRÓPRIA	PRIVADA
1. Fumarato de Formoterol 12 mcg em cápsula inalatória com inalador.		X	X		
2. Sulfato de Salbutamol 120,5 mcg/dose (equivalente a 100 mcg de salbutamol/dose), spray (aerossol) oral, acondicionado em frasco pressurizado com inalador, com capacidade para 200 doses.		X			X
3. Bromidrato de Fenoterol 0,1mg/dose aerossol, frasco dosificador + aerocâmara, frasco 200 doses.			X		
4. Brometo de Ipratrópio, solução a 0,025% para inalação, frasco com 20 mL.					X
5. Xinafoato de Salmeterol 50 mcg, pó para inalação, embalagem com 60 doses.			X		
6. Fumarato de Formoterol 12mcg/dose pó inalante, frasco com 60 doses, com frasco inalador.			X		



LINHAS DE CUIDADO

CORTICOSTERÓIDES	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	CENTRO DE ESPECIALIDADE	FARMÁCIA DE ALTO CUSTO	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
				REDE PRÓPRIA	PRIVADA
1. Dipropionato de Beclometasona 50 mcg em cápsula inalatória com inalador.					X
2. Dipropionato de Beclometasona 200 mcg em cápsula inalatória com inalador.					X
3. Dipropionato de Beclometasona 250 mcg em cápsula inalatória com inalador.					X
4. Budesonida 200 mcg, cápsula pó inalante com cápsula inalador ou refil.			X		
5. Budesonida 400 mcg, cápsula pó inalante com cápsula inalador ou refil.			X		
6. Budesonida, pó inalante 200 mcg/dose, frasco com válvula dosificadora, frasco 100 doses.			X		
7. Budesonida, pó inalante 200 mcg/dose, frasco com válvula dosificadora, frasco 200 doses.			X		
8. Budesonida 400 mcg em cápsula com pó para inalação. Embalagem contendo 60 cápsulas + inalador.		X			

CORTICÓIDE + BRONCODILATADOR	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	CENTRO DE ESPECIALIDADE	FARMÁCIA DE ALTO CUSTO	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
				REDE PRÓPRIA	PRIVADA
1. Fumarato de Formoterol associado com Budesonida 12 mcg + 400 mcg/dose, cápsula ou pó inalante, com frasco inalador ou refil.			X		
2. Fumarato de Formoterol associado com Budesonida 12 mcg + 400 mcg/dose, pó inalante, com frasco inalador, frasco 60 doses.			X		
3. Fumarato de Formoterol associado com Budesonida 6 mcg + 200 mcg/dose, cápsula ou pó inalante, com frasco inalador.			X		
4. Fumarato de Formoterol associado com Budesonida 6 mcg + 200 mcg/dose, pó inalante, com frasco inalador, frasco 60 doses.			X		



DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMITIDAS – DST/IST

Código Internacional de Doenças (CID 10):

SÍFILIS ADQUIRIDA: **A53** SÍFILIS CONGENITA: **A50.9** SÍFILIS EM GESTANTE: **O98.1**
SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL MASCULINO: **R36**
SIDA OU INFECÇÃO PELO HIV: **B24** GESTANTE HIV: **Z21**
INFECÇÕES PELO VÍRUS DO HERPES: **A60** VERRUGAS ANOGENITAIS: **A 63.0**
DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMITIDA NÃO ESPECÍFICA: **A64**
HEPATITES VIRAIS: **B19**

AS DST DEVEM SER TRATADAS NA ATENÇÃO BÁSICA E ATENDIDAS NO MESMO DIA

Para todos os usuários independente do motivo da procura, deve ser oferecido testagem para: **anti-HCV, HbsAg, Sífilis (se TR Sífilis reagente realizar VDRL) e HIV preferencialmente testes rápidos.** (Recomendação CFM N° 2/16 de 21 de janeiro de 2016).

Indivíduos mais vulneráveis devem ser retestados periodicamente.

Aproveitar todas as oportunidades para aconselhamento da prevenção de DST.

A notificação é obrigatória no caso de sífilis (A53 adquirida, O98.1 em gestante ou A50.9 congênita), hepatites virais B19 - B e ou C (aguda, crônica ou com cicatriz sorológica), corrimento uretral masculino - R36, AIDS e infecção pelo HIV - B24, criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV - Z20.6 (nascidas de mãe soropositiva para o HIV), sendo que mulheres anteriormente notificadas como AIDS ou infecção pelo HIV devem ser notificadas com novo número de SINAN se gestante, parturiente ou puérpera - Z21 (Portaria no 1.271, de 6 de junho de 2014 e Portaria no 1.984, de 12 de setembro de 2014).

PRINCIPAIS SÍNDROMES CLÍNICAS e AGENTE ETIOLÓGICO

	Agente etiológico	Infecção
Úlcera anogenital	<i>Chlamydia trachomatis</i>	LGV
	<i>Haemophilus ducrey</i>	Cancroide
	Herpes simplex vírus (tipo 2)	Herpes genital ^a
	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Donovanose
	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
Corrimento uretral/vaginal	<i>Candida albicans</i>	Candidíase vulvovaginal ^b
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Infecção por Clamídia
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoníase
	Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana ^b
DIP	<i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> Bactérias facultativas anaeróbias (ex: <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Haemophilus influenza</i> , <i>Streptococcus agalactiae</i>) Outros microrganismos	Endometrite, anexite, salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelvipерitonite, abscesso tubo ovariano
Verruga anogenital	HPV	Condiloma acuminado ^a

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Notas:

^a não são infecções curáveis, porém tratáveis

^b são infecções endógenas do trato reprodutivo, que causam corrimento vaginal, não sendo consideradas IST



CORRIMENTO VAGINAL ABORDAGEM SINDRÔMICA

PRIMEIRO TRATAR:

- **CANDIDÍASE:** fluconazol 150mg 1cp
- **TRICOMONÍASE e VAGINOSE BACTERIANA:** Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2xdia, por 7 dias

EM GESTANTES:

- **CANDIDÍASE:** Nistatina 100 000 UI, creme vaginal, 1 aplicação a noite ao deitar-se por 14 dias.
- **TRICOMONÍASE e VAGINOSE BACTERIANA:** Metronidazol 250 mg, 1 comprimidos VO, 3xdia, por 7 dias.

EM CASO DE NÃO RESPOSTA AO ESQUEMA ACIMA, considerar a possibilidade de cervicite por Clamídia ou Gonococo e tratar:

- **CLAMÍDIA:** azitromicina 500mg 2cp
- **GONORRÉIA:** ceftriaxone 500 mg IM dose única

Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais; manter o tratamento se a paciente menstruar;

CORRIMENTO URETRAL ABORDAGEM SINDRÔMICA

- **CLAMÍDIA e MICOPLASMA:** azitromicina 500mg 2cp
- **GONORRÉIA:** ceftriaxone 500 mg IM dose única.
Tratar parceria de homens portadores de uretrite (70-80% são assintomáticas). Fazer notificação

ÚLCERAS GENITAIS ABORDAGEM SINDRÔMICA

TRATAR SEMPRE QUE ÚLCERA:

- **SÍFILIS (Cancro duro):** penicilina benzatina 2400 000 UI (1200 000 UI 1 frasco em cada glúteo), oferecer exame de sífilis.
- **CANCRO MOLE (Cancróide):** azitromicina 500mg 2cp dose única.

HERPES GENITAL: Considerar que a doença na sua maioria se trata de recorrência e não primo-infecção, em geral autolimitada mesmo sem tratamento específico. Se opção por tratar **a lesão típica (vesículas que evoluem com ulcerações dolorosas):** aciclovir 200mg 5 x por dia 5 dias (não disponível na atenção básica).

SE ÚLCERA COM MAIS DE 30 DIAS DE EVOLUÇÃO CONSIDERAR DONOVANOSE, iniciar tratamento com sulfametoxazol 800/TMP 160mg 1 cp 12/12h (se contra indicação, segunda opção: doxiciclina 100mg 1 cp 12/12h por 30 dias e **ENCAMINHAR PARA A REGULAÇÃO SOLICITAÇÃO em SADT DE UROLOGISTA do ambulatório do Centro Hospitalar do Município de Santo André (se homem) ou ambulatório de PTGI – Patologia do Trato Genital Inferior (se mulher),** anexado a relatório de urgência explicando a necessidade de biópsia, com hipótese: **ÚLCERA GENITAL COM MAIS DE 30 DIAS DE EVOLUÇÃO – CID A64.** Solicitar que a encarregada técnica da unidade verifique junto a regulação a prioridade do caso.

VERRUGAS GENITAIS

- Não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a infecção e o aparecimento das verrugas;
- A recidiva das lesões é mais provável por ativação de reservatórios do que a reinfecção;
- Lesões típicas de HPV: cauterizar com ATA (ácido tricloroacético) 70% semanalmente, aplicar apenas sobre a verruga, usar cotonete ou palito de dente na dependência do tamanho da lesão.
- Encaminhar com relatório justificando a urgência as situações a seguir:
 - Se lesão orifical encaminhar: ao urologista se uretra masculina; ao ambulatório de PTGI – Patologia do Trato Genital Inferior se uretra feminina e ao proctologista se perianal.
 - Se lesão extensa com indicação cirúrgica encaminhar ao urologista se homem e ao ambulatório de PTGI se mulher.



SÍFILIS

AGENTE ETIOLÓGICO: *Treponema pallidum*

CLASSIFICAÇÃO DA SÍFILIS

•SÍFILIS ADQUIRIDA

•**RECENTE (menos de um ano de duração, desaparece com ou sem tratamento):**

- Primária** (ocorre 10-90 dias após o contato): úlcera indolor que desaparece em 2-6 semanas (cancro duro);
- Secundária** (ocorre 6 semanas-6 meses após o contato): exantema não pruriginoso que desaparecem em 4-12 semanas, pode haver surtos; outras apresentações: condiloma plano, alopecia em clareira e madarose (perda de sobrancelhas);
- Latente recente:** assintomática, com testes imunológicos reagentes.

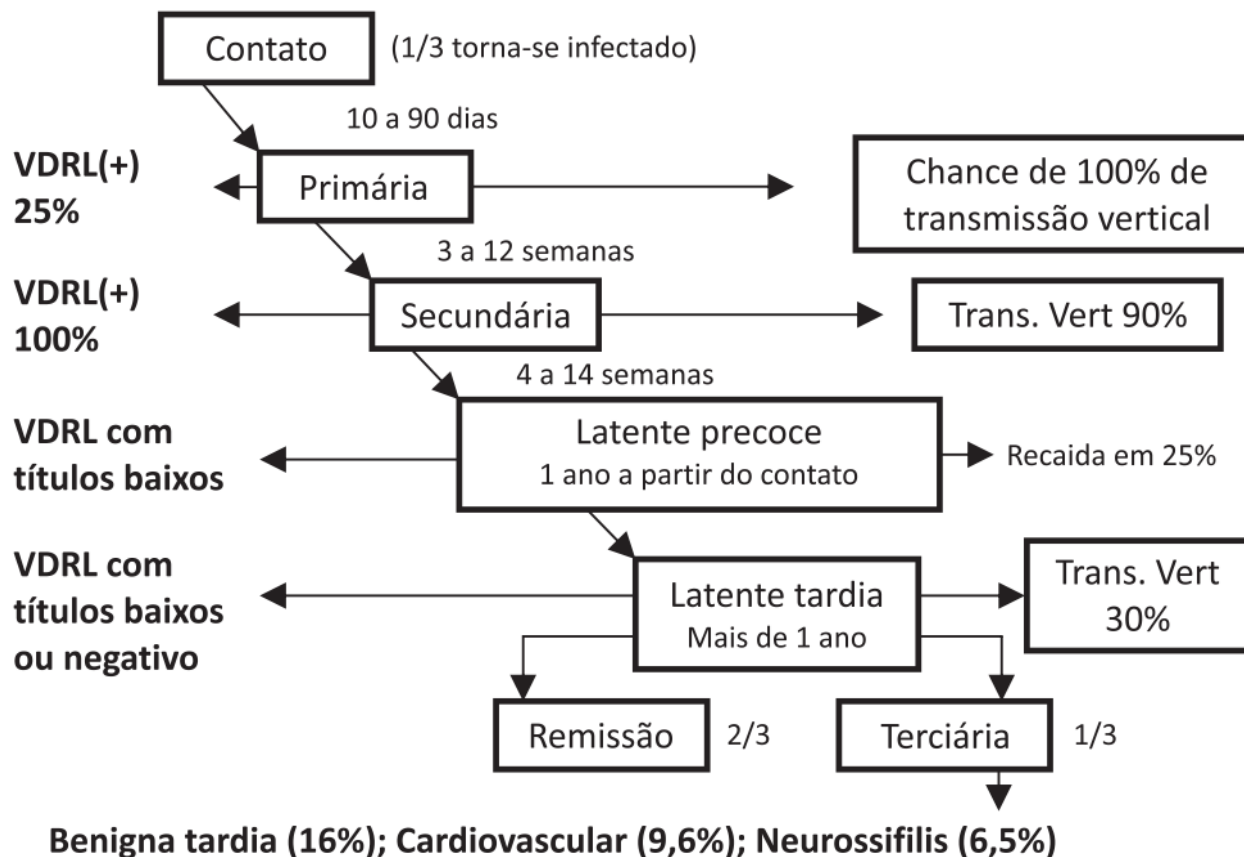
•**TARDIA (mais de um ano de duração, ocorre em 30% das infecções não tratadas):**

- Latente tardia:** assintomática, com testes imunológicos reagentes.
- Terciária** (ocorre 2-40 anos após o contato): cutânea (destrutivas), neurológica (meningite, gomas do cérebro ou medula, paralisia geral, *tabes dorsalis* e demência), cardiovascular (aortite, aneurisma e estenose de coronárias), ocular, osteoarticular (artrite, sinovite e nódulos justa-articulares), entre outras.

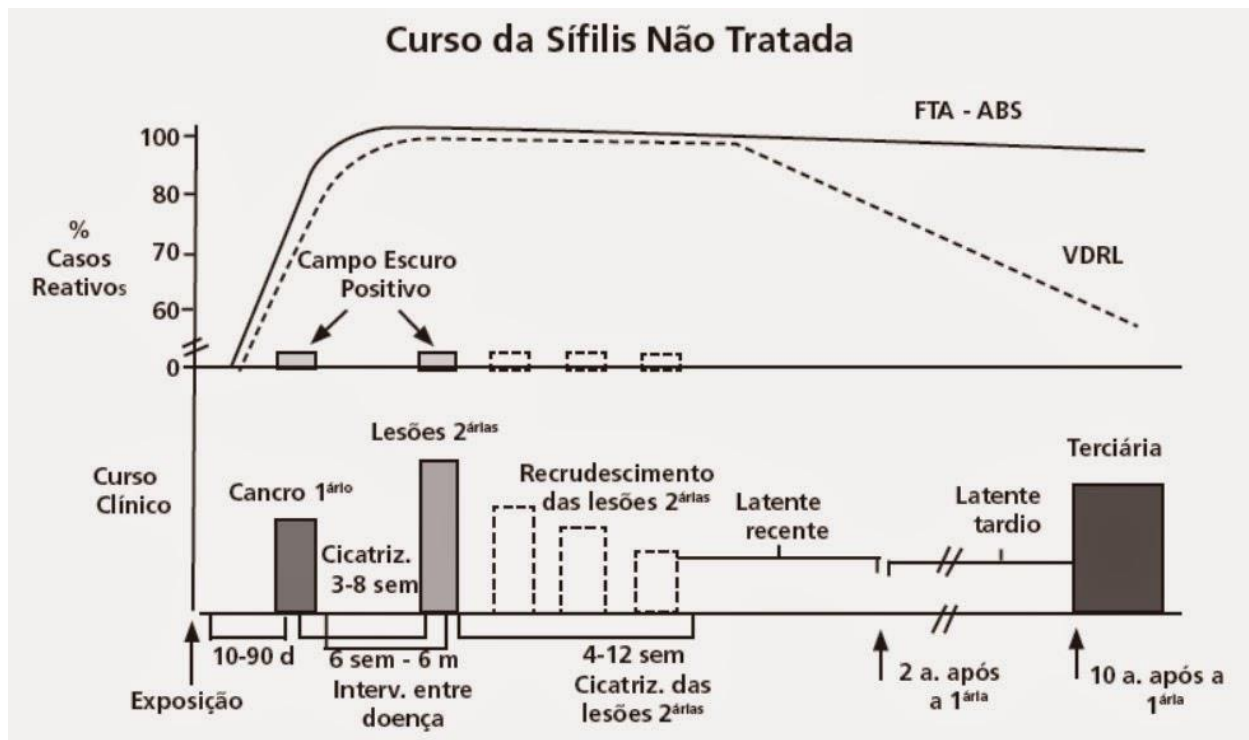
•SÍFILIS CONGÊNITA (taxa de transmissão intra-útero de até 80%):

- Recente** (casos diagnosticados até o 2º ano de vida)
- Tardia** (casos diagnosticados após o 2º ano de vida)

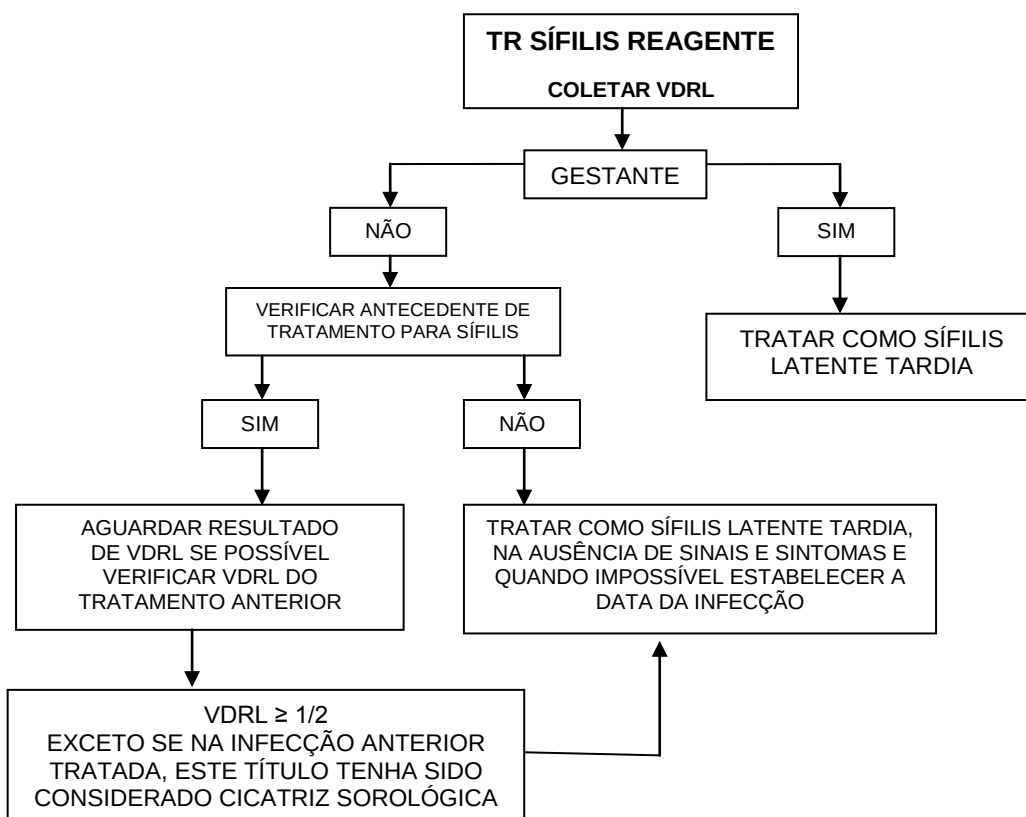
Evolução Natural da Sífilis



PERFIL SOROLÓGICO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS



FLUXOGRAMA PARA O TRATAMENTO





TRATAMENTO DA SÍFILIS – SEMPRE PREFERIR PENICILINA BENZATINA

Na gestação tratamentos não penicilínicos são inadequados*. Para as gestantes comprovadamente alérgicas a penicilina, entrar em contato para agendamento da dessensibilização no Hospital da Mulher, de acordo com protocolos existentes (Manual: Testes de Sensibilidade a Penicilina”, disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/testes_penicilina.pdf).

•SÍFILIS ADQUIRIDA

•RECENTE (menos de um ano de duração):

Penicilina Benzatina 1.200.000 UI/frasco 1 frasco em cada glúteo, 2.400.000 UI, dose única

Alternativa: Doxíciclina 100mg, VO, 12/12hs, por 15 dias (exceto gestantes)

Ceftriaxone 1g, IV, 1 x por dia, 8 a 10 dias para gestantes* e não gestantes.

•TARDIA LATENTE E TERCIÁRIA NÃO DO SNC (mais de um ano de duração ou duração ignorada):

Penicilina Benzatina 1.200.000 UI/frasco, 1 frasco em cada glúteo, repetir semanal por 3 semanas, dose total de 7.200.000 UI.

Alternativa: Doxíciclina 100mg, VO, 12/12hs, por 30 dias (exceto gestantes)

Ceftriaxone 1g, IV, 1 x por dia, 8 a 10 dias para gestantes* e não gestantes.

*** Recém-nascidos de mães não tratadas com penicilina serão investigados como casos suspeitos de sífilis congênita ao nascimento, por serem consideradas inadequadamente tratadas.**

SEGUIMENTO PÓS TRATAMENTO SÍFILIS - VDRL por 2 anos

Gestantes: mensal

Não gestantes: trimestral no primeiro ano, semestral no segundo ano.

- Aumento de 2 títulos no VDRL ou RPR (ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame) retratar devido a possibilidade de falha terapêutica ou reinfecção (insistir na busca de parceiro);
- A redução de dois ou mais títulos do teste não treponêmico (ex.: de 1:32 para 1:8) ou a negatificação após seis meses a nove meses do tratamento é indicativo de cura. Se manter títulos baixos e estáveis em duas oportunidades, após dois anos, pode-se dar alta;
- Estabilização sem queda após tratamento: necessária avaliação no ARMI para exclusão de neurosífilis, encaminhar com relatório médico detalhado de segunda a sexta das 8 às 10h.

CONDIÇÕES CLÍNICAS E TEMPO DE CONTATO SEXUAL PARA COMUNICAÇÃO AOS PARCEIROS

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

Fonte: WHO 2005

REFERÊNCIAS

Brasil. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis /Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

São Paulo. Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2016.



PREFEITURA DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO – revisão 2016
LINHAS DE CUIDADO



MEDICAMENTO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
		REDE PRÓPRIA	PRIVADA
ACICLOVIR 200 MG COMPRIMIDO		X	
AZITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO	X	X	
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL*	X	X	
CIPROFLOXACINA 500MG COMPRIMIDO	X	X	
DOXICICLINA 100 MG COMPRIMIDO (SÍFILIS)	X	X	
FLUCONAZOL 150 MG CÁPSULA	X	X	
METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO	X	X	
NISTATINA 25.000 UI/g CREME VAGINAL	X	X	
SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETOPRIMA 80 MG COMPRIMIDO	X	X	
SULFAMETOXAZOL 800 MG + TRIMETOPRIMA 160 MG COMPRIMIDO	X		



DOR ARTICULAR com suspeita de ARTRITE

Código Internacional de Doenças (CID 10):

DOR ARTICULAR: M25.5 ARTRITE REUMATÓIDE SORO-POSITIVA: M05

OUTRAS ARTRITES REUMATÓIDES: M06 GOTA: M10

OUTRAS ARTRITES: M13 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: M32

DERMATOPOLIMIOSITE: M33 ESCLEROSE SISTÊMICA: M34

ESPONDILITE ANQUILOSANTE: M45

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL – CONSIDERAR HISTORIA E EXAME FÍSICO:

1. Quem é o paciente?
2. O processo é verdadeiramente articular?
3. O processo é inflamatório?
4. Qual o padrão de envolvimento articular?
5. Existem manifestações extra articulares?

1. Quem é o paciente? Pensar nas patologias mais predominantes no paciente em questão:

- Gota: maioria dos casos são homens;
- Fibromialgia e lúpus eritematoso sistêmico: maioria são mulheres;
- Idosos: mais provável patologia degenerativa como osteoartrose, artrite por cristais, osteonecrose, desarranjo interno articular, artrite reumatóide e polimialgia reumática;
- Mulheres jovens mais provável doença do tecido conjuntivo;
- Adultos jovens: espondiloartropatias soronegativas e artrite reumatóide;
- Profissão: movimentos repetitivos, fica o tempo todo em pé, má postura;
- Doenças associadas com dor articular: psoríase, retocolite, doença de Chron, HIV, hepatites virais, diabetes, hipotireoidismo e depressão;
- Medicamentos: isoniazida, etambutol, sulfonamidas, fenitoína e outros.

2. O processo é verdadeiramente articular?

- Vários processos dolorosos articulares podem ocorrer nos tecidos moles em torno, mas não na própria articulação (como tendões, ligamentos, bursas e nervos);
- Geralmente no acometimento articular propriamente dito há dor na linha articular a palpação direta;
- No acometimento articular há dor e limitação tanto na mobilização ativa como passiva, assim como em todos os planos de movimentação;
- No acometimento periarticular ocorre dor e limitação na mobilização ativa, sendo a movimentação passiva normal. A dor é limitada em apenas um movimento;
- Parestesias, dor em queimação e fraqueza sugerem acometimento neuropático.

A articulação acometida também ajuda no diagnóstico:

- Quadril: dor em virilha com limitação da rotação externa e interna é indicativo de doença do quadril propriamente dita. Dor em região lateral, cintura ou nádegas trata-se de patologia de tecidos moles como bursite trocantérica, tendinite do adutor, ciatalgia ou meralgia parestésica;
- Ombros: O acometimento de partes moles é mais comum do que da articulação propriamente dita. A tendinite do manguito rotador é a causa mais comum de dor no ombro, além de tendinite bicipital e bursite;
- Joelhos: edema e aumento da temperatura é o melhor indicador de inflamação (artrite). A temperatura do joelho é sempre mais fria que a da região pré tibial (usar o dorso da mão). Na tendinite pata de ganso e na bursite pré patelar a extensão plena é indolor, diferente da artrite do joelho que apresenta a perda de extensão como característica típica;
- Cotovelos: na epicondilite medial e lateral a palpação direta com aplicação de estress nos músculos extensores do punho, resulta em dor do epicôndilo confirma o diagnóstico. Na bursite olecraneana há pronação e supinação livre, diferente da artrite de cotovelo;
- Mãos e punhos: tendinite de quervain (teste de finlkestein +) e síndrome do túnel do carpo;
- Tornozelos e calcanhares: tendinites, esporão, fascíte plantar e bursite aquiliana;



3. O processo é inflamatório? Características sugestivas de processo inflamatório:

- Rigidez matinal ou após algum tempo de desuso maior que 60 minutos;
- Sintomas melhoram com o uso (nos processos mecânicos pioram com o uso e são protocinéticos);
- Edema, calor e rubor;
- Dor noturna que pode interferir com o sono;
- Manifestações sistêmicas: febre, emagrecimento e fadiga.

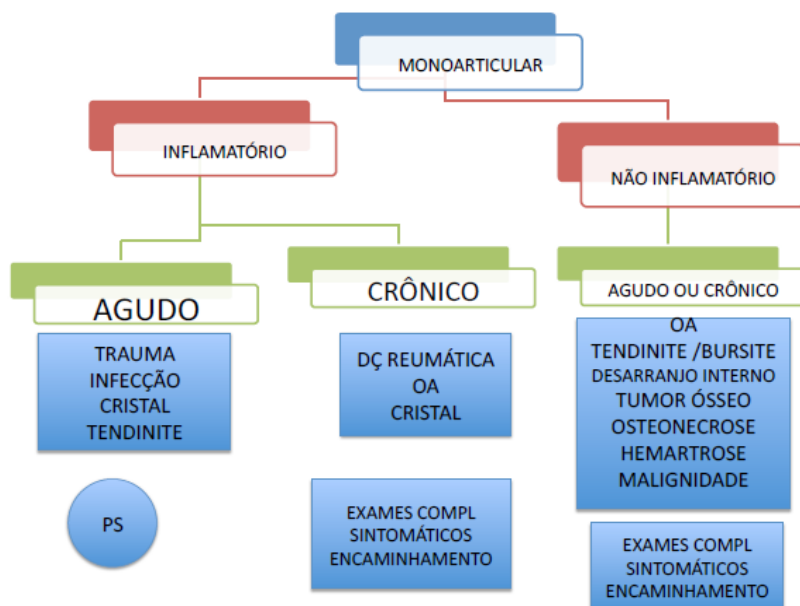
4. Qual o padrão do envolvimento articular?

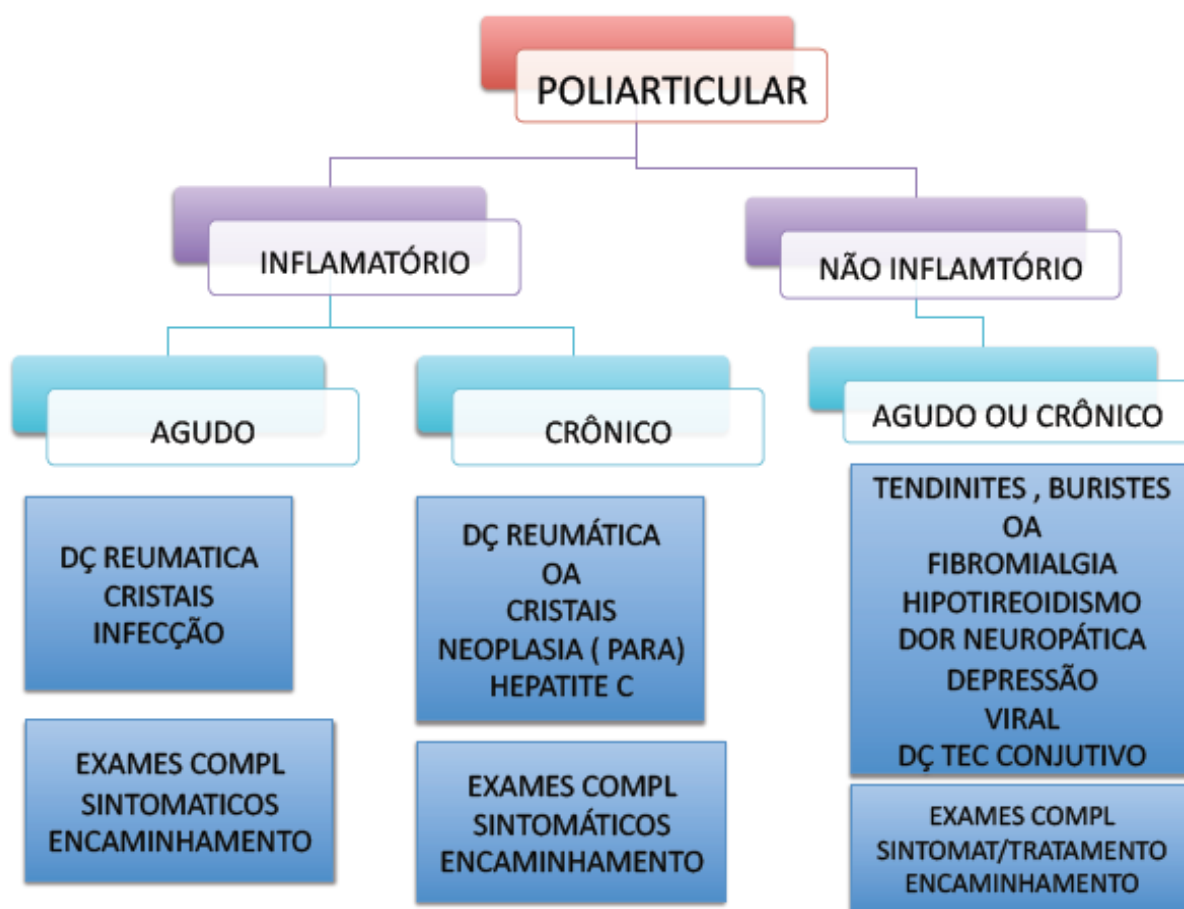
- Monoarticular, oligoarticular ou poliarticular (mais que 5 articulações);
- Agudo ou crônico (mais que 6 semanas);
- Episódica ou contínua;
- Simétrica ou assimétrica;
- Migratória ou aditiva.

5. Existem manifestações extra articulares?

- Sistêmicas: febre, emagrecimento e fadiga;
- Dermatológicos: fotossensibilidade, psoríase, eritema malar ou nódulos subcutâneos;
- Oftalmológicos: uveíte ou episclerite;
- Renal: proteinúria ou hematúria;
- Neurológico: parestesias ou convulsão;
- Pulmonar: fibrose pulmonar ou derrame pleural;
- Gastro intestinal: retocolite ulcerativa idiopática ou doença de Chron;
- Hematológicas: anemia, leucopenia ou plaquetopenia.

DOENÇA	Articulações comumente envolvidas	Articulações comumente poupadas
Artrite Reumatóide	Interfalangeana proximal, Metacarpofalangeana, punhos, cotovelos, quadril, ombros, joelhos, tornozelos e coluna cervical	Interfalangeana distal e coluna toraco lombar
Osteoatrose	Interfalangeana distal e proximal, joelhos, quadril e toda coluna	Metacarpofalangeana, punhos, cotovelos, ombros e tornozelos
Gota	Primeira Metacarpofalangeana, dorso do pé, tornozelo e joelhos	Axial





DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- **Exames gerais:** hemograma, creatinina, TGO, TGP, ácido úrico, TSH, hbsag, e anti HCV e HIV e sífilis (preferencialmente teste rápido);
- **Exames específicos:** em Reumatologia não existe exame totalmente específico, porém auxiliam no diagnóstico associado a clínica do paciente:
 - VHS e PCR na avaliação clínica de inflamação e infecção, usados para monitorar atividade da doença e não para diagnóstico;
 - Fator Reumatóide (FR): o denominador comum para a produção de FR é a estimulação imune crônica. A Artrite Reumatóide é a doença com a qual está mais tradicionalmente relacionado, mas não é a única. Sua presença não necessariamente indica doença. Presente em 25% dos idosos saudáveis.
 - Fator Anti Núcleo (FAN): inespecífico no rastreamento de auto anticorpos, pode apresentar valores baixos (1/80) em indivíduos sadios e estar associado a infecções crônicas, medicamentos (hidralazina, isoniazida, metildopa, clorpromazina, quinidina, minociclina e outra) e neoplasias;
 - SOLICITAR FAN E FR SOMENTE NA SUSPEITA DE ARTRITE AUTO IMUNE (DOENÇA REUMATOLÓGICA).

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

- **Radiografia simples:** são capazes de mostrar o espaço articular, alinhamento, erosões, calcificações, osteófitos e osteopenia periarticular;
- **Ultrassonografia:** são úteis na tendinite e bursite;
- **Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética.**



REFERÊNCIAS

Primer on the Rheumatic Diseases, Editors: Klippel, J.H., Stone, J.H., Crofford, L.e.J., White, P.H.

Kelley's Textbook of Rheumatology, Gary S. Firestein, Ralph Budd, Sherine E Gabriel, James R O'Dell, Iain B. McInnes

Segredos em reumatologia: respostas necessárias ao dia-a-dia. Autor Sterling G. West. Editora Artmed, 2000

MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA ARTRALGIA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	CENTRO DE ESPECIALIDADE	FARMÁCIA 24H	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
				REDE PRÓPRIA	PRIVADA
1. Ácido acetilsalicílico 500 mg, comprimidos.				X	
2. Codeína 30 mg + Paracetamol 500 mg, comprimidos.		X			
3. Dexametasona 4 mg, comprimidos	X		X		
4. Diclofenaco sódico 50mg, comprimidos.	X		X		
5. Dipirona sódica 500 mg, comprimidos.	X		X		
6. Dipirona sódica 500 mg/mL, gotas.	X		X	X	
7. Dipirona 500 mg/1,5 mL + Prometazina 5 mg/1,5 mL + Adifenina 10 mg/1,5 mL, gotas.	X		X		
8. Ibuprofeno 300 mg, comprimidos.				X	
9. Ibuprofeno 600 mg, comprimidos.	X		X		
10. Ibuprofeno 50 mg/mL, gotas.	X		X		
11. Nimesulida 100 mg, comprimidos.	X				
12. Paracetamol 500 mg, comprimidos.	X		X	X	
13. Paracetamol 200 mg/mL, gotas.	X		X	X	
14. Tramadol 50 mg, comprimidos.		X			



HEPATITES VIRAIS A (HAV) – B (HBV) - C (HCV)
Código Internacional de Doenças (CID 10):
HEPATITE VIRAL: B19

As hepatites virais são causadas por diferentes agentes etiológicos, que tem em comum o tropismo primário pelo tecido hepático. Embora possuam características clínicas semelhantes, os agentes etiológicos dessas infecções têm diferentes ciclos replicativos e formas de transmissão, o que lhes garante epidemiologia distinta. São de grande importância para a saúde pública, em razão do número de pessoas acometidas, transmissibilidade, cronicidade e potencial para complicações. Estima-se que existam dois milhões de portadores crônicos de hepatite viral B e entre 1,4 a 1,7 milhões de portadores da hepatite viral C em território nacional. A maioria das pessoas infectadas pelas hepatites virais crônicas desconhece o diagnóstico, constituindo elo fundamental na cadeia de transmissão dessas infecções. Serão considerados casos crônicos se persistência de replicação viral por mais de seis meses. A hepatite pelo vírus A não cronifica (Brasil, 2015).

Para todos os usuários independente do motivo da procura, deve ser oferecido teste para: HIV (TRD), Hepatite B e C (na indisponibilidade de Teste Rápido, solicitar: antiHbc, HbsAg, antiHCV) e sífilis (TR) (Recomendação CFM N° 2/16 de 21 de janeiro de 2016)

DEVEM SER ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO BÁSICA CASOS DE HEPATITE A E HEPATITE B NÃO CARACTERIZADOS COMO CRÔNICOS (HBsAg POSITIVO HÁ MENOS DE 6 MESES)

A notificação através da ficha de notificação de hepatites virais é obrigatória no caso de hepatites virais B19 - B e C: aguda, crônicas ou com cicatriz sorológica (Portaria no 1.271, de 6 de junho de 2014 e Portaria no 1.984, de 12 de setembro de 2014).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Os quadros clínicos agudos das hepatites virais são muito diversificados, variando desde formas assintomáticas até formas de insuficiência hepática aguda grave. A maioria dos casos subclínicos cursam com predominância de fadiga, anorexia, náuseas e mal-estar geral. Nos pacientes sintomáticos, o período de doença aguda pode se caracterizar pela presença de urina escura (colúria), fezes esbranquiçadas e icterícia.

As aminotransferases, alanina aminotransferase ou transaminase glutâmico-pirúvica (ALT ou TGP) e aspartato aminotransferase ou transaminase glutâmico-oxalacética (AST ou TGO) são marcadores sensíveis para detecção de lesão do parênquima hepático, porém não são específicas para nenhum tipo de hepatite. Níveis mais elevados de ALT/TGP, quando presentes, não guardam correlação direta com a gravidade da doença. As aminotransferases, na fase mais aguda da doença, podem elevar-se dez vezes acima do limite superior da normalidade. Também são encontradas outras alterações inespecíficas, como elevação de bilirrubinas, fosfatase alcalina e discreta linfocitose.

A hepatite crônica é assintomática na grande maioria dos casos. De modo geral, as manifestações clínicas aparecem apenas em fases adiantadas de acometimento hepático. Muitas vezes, o diagnóstico é feito ao acaso, a partir de alterações esporádicas de exames de avaliação de rotina ou da triagem em bancos de sangue. O diagnóstico das hepatites, principalmente B e C, ocorre na maioria das vezes durante a fase crônica das doenças (Brasil, 2015).

Agente etiológico	Período de incubação	Deteção de anticorpos	Forma icterica	Cronificação
HAV	15 a 45 dias	5 a 10 dias	5 a 10% em menores de 6 anos 70 a 80% em adultos	Não
HBV	30 a 180 dias	30 a 60 dias HbsAg 30 dias	30%	90% em recém-nascidos, 5 a 10% após 5 anos de idade
HCV	15 a 150 dias	33 a 129 dias	Cerca de 20%	70 a 85%

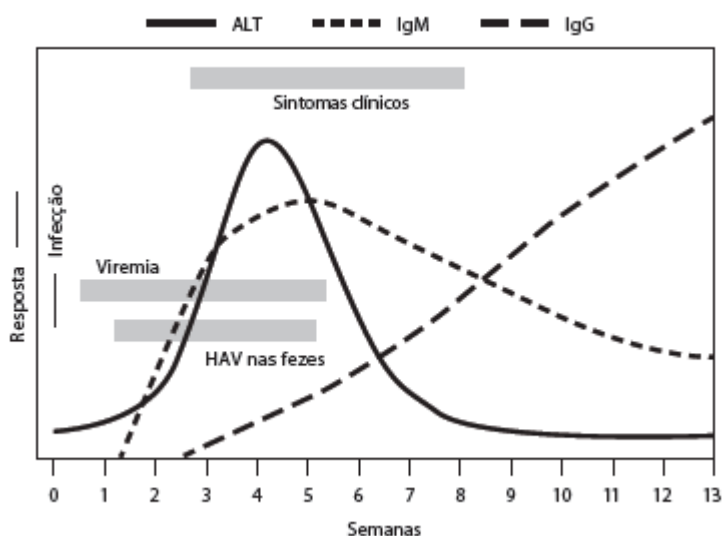
Adaptado de Brasil, 2015



DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE HEPATITE A

HEPATITE A - solicitar somente se sintomas de hepatite aguda			
IgM anti-HAV	anti-HAV IgG ou anticorpos totais	Interpretação	Notificar
Reagente	Reagente ou não	Hepatite aguda	Sim se surto
Não reagente	Reagente	Imune após infecção ou vacina	Não

HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HAV



A infecciosidade com eliminação do vírus nas fezes se verifica cerca de duas semanas antes e uma semana após o início da icterícia.

Vacinação contra HAV: disponível no SUS para crianças de 12 a 23 meses e

Brasil, 2015.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE HEPATITE B

OFERECER SEMPRE NA BUSCA DE CRÔNICOS: TESTE RÁPIDO OU SOROLOGIA HBsAg, se positivo solicitar anti-HBc, Repetir o HBsAg, anti-HBc acrescido de anti-HBs após 6 meses para caracterização de Hepatite B crônica ou imunidade.

- Na suspeita de hepatite aguda pelo vírus B solicitar HBsAg e anti-HBc IgM, se confirmada hepatite B aguda acompanhar e solicitar após 6 meses HBsAg, anti-HBc e anti-HBs
- Casos confirmados como
- COMO ROTINA NÃO SOLICITAR ANTI-HBS E ANTI-HBC total**

HBsAg: é o primeiro antígeno a aparecer, positivo 1 a 2 meses após o contágio. Desaparece na evolução para cura e permanece positivo na maioria dos casos de doença crônica.

Anti-HBcIgM: Primeiro anticorpo, seu aparecimento se dá na fase aguda da doença e sua presença faz o diagnóstico de hepatite aguda tipo B;

Anti-HBsAg: Último marcador a aparecer, significa evolução para imunidade (cura).

IMPORTANTE: O encaminhamento de portadores do Vírus B da Hepatite deverá ser feito para a referência (ARMI), somente se o marcador de cronificação da doença (HBsAg) persistir após 6 meses de seguimento na Unidade Básica de Saúde; nesse caso encaminhar o paciente para o ARMI – 2ª a 6ª das 8:00 às 11:00 horas.

GESTANTES: O médico responsável pelo pré-natal da gestante com HBsAg reagente deverá orientá-la de informar na internação para o parto a sua sorologia do HBV e encaminhá-la para o ARMI para que providências frente ao caso sejam tomadas. O pré-natal deverá continuar sendo feito na Unidade de Atenção Básica. ARMI- Ambulatório de Referência Moléstias Infecciosas: Rua das Silveiras, 73 - Vila Guiomar - Santo André - Telefones: 4979-4424 e 4427-6110

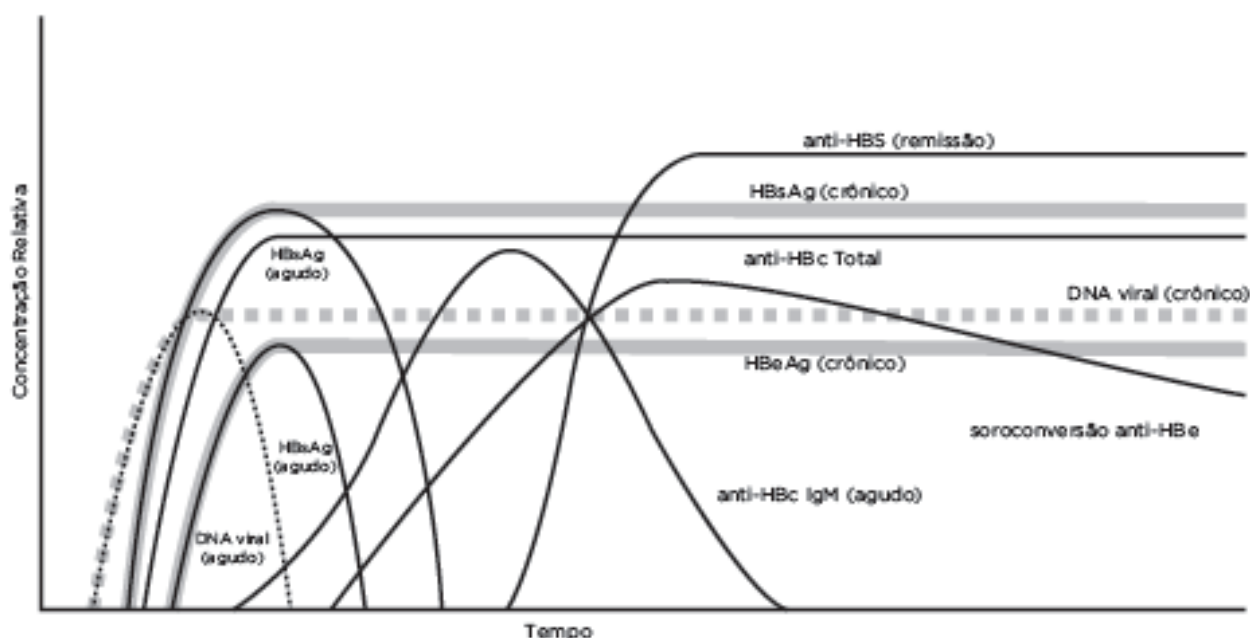


DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE HEPATITE B

HBsAg	anti-HBc total	anti-HBs	Interpretação	Notificar e investigar contactuantes	vacinar
não reagente	não reagente	não reagente	Ausência de contato prévio	não	sim 3 doses
não reagente	reagente	reagente	Imune após infecção pelo HBV	sim	não
não reagente	não reagente	reagente	Imune após vacinação contra HBV	não	não
reagente	reagente	não reagente	Infecção pelo HBV	sim	não
reagente por mais de 6 meses	reagente	não reagente ou não realizado	Infecção crônica pelo HBV	sim e encaminhar ao ARMI	não
não reagente	reagente	não reagente ou não realizado	contato prévio com cura?	não	sim 1 dose e repetir anti-HBs entre 30-60 dias

adaptado de Neto, 2001 e Brasil, 2015

EVOLUÇÃO DOS MARCADORES DO HBV NAS INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS



DESCARTAR HEPATITE CRÔNICA B OU C EM TODO PACIENTE COM ALTERAÇÃO DE ENZIMAS HEPÁTICAS OU COM QUALQUER INDÍCIO DE HEPATOPATIA, INCLUSIVE ESTEATOSE HEPÁTICA. ESTEATOSE TAMBÉM É CAUSA DE CIRROSE E HEPATOCARCINOMA, CONSIDERAR AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA.



DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE HEPATITE C

HEPATITE C - OFERECER SEMPRE NA BUSCA DE CRÔNICOS: TESTE RÁPIDO OU ANTI-HCV

anti-HCV	Interpretação	Notificar	
reagente	Contato com o HCV	Sim	Encaminhar ao ARMI

A sorologia para Hepatite C torna-se reagente 33 a 129 dias após a infecção, portanto a sorologia realizada durante a fase aguda da doença pode se apresentar **negativa**, devendo ser repetida após 30 e 90 dias da 1ª sorologia, para descartar a possibilidade de o paciente estar **em** janela imunológica. Se houver forte suspeita de hepatite C aguda (sorologia A e B não indicativa de doença aguda ou sabidamente exposto ao HCV) fazer contato telefônico com o ARMI nos telefones: 4979-4424 e 4427-6110.

O paciente apresentando soropositividade para o Vírus C da hepatite, em qualquer das coletas, deverá ser encaminhado para o ARMI de 2ª a 6ª feira das 8:00 - 11:00 horas.

REFERÊNCIAS

Almeida Neto C, Strauss E, Sabino EC, Sucupira MC, Chamone DA. Significance of isolated hepatitis B core antibody in blood donors from São Paulo. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2001 Jul-Aug;43(4):203-8. PubMed PMID: 11557999

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.



HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA - HBP

Código Internacional de Doenças (CID 10): **N40**

A HBP é uma das doenças mais comuns no homem idoso, e quando associada aos sintomas do trato urinário inferior tem importante impacto na qualidade de vida, por interferir diretamente nas atividades diárias e no padrão do sono. Estes sintomas são classificados em obstrutivos e irritativos (Projeto Diretrizes, 2006).

DIAGNÓSTICO - SINTOMAS DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

OBSTRUTIVOS

Jato fraco – Esforço miccional – Jato interrompido –
Hesitação – Gotejamento – Incontinência –
Esvaziamento vesical incompleto.

IRRITATIVOS

Urgência – Polaciúria – Dor suprapúbica – Noctúria
Miccional Paradoxal – Esvaziamento vesical
Incompleto

História (diário miccional, nictúria, intervalo miccional), PSA, Creatinina, Urina I, ultrassonografia com análise do resíduo pós miccional.

PSA solicitar para homens assintomáticos ou não com história familiar de câncer de próstata ou acima de 50 anos (a idade da primeira solicitação na ausência de história familiar é controversa).

Espera-se que:

- 1 gr HPB resulte em 0,3ng/ml
- 1 gr câncer resulte em 3,0 ng/ml

Logo grandes próstatas com hiperplasia benigna podem ter valores elevados de PSA

INDICAÇÕES PARA BIÓPSIA PROSTÁTICA:

- PSA > 4,0ng/ml
- Elevação anual >0,75 ng/ml ou 20%
- Toque retal suspeito

Possíveis causas de alteração dos níveis séricos de PSA: Câncer de Próstata, Hiperplasia Benigna de Prostata, Prostatites, Toque retal (48h), manipulação (sexo anal receptivo, biópsia, cistoscopia).

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Medidas comportamentais; Restrição hídrica; Controle de comorbidades (DM, HAS e outras)

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- ALFABLOQUEADORES: •Doxazosina (2 e 4 mg) •Tansulosina (0,4 mg)
- INIBIDORES DA 5 ALFA-REDUTASE: •Finasterida (5 mg) •Dutasterida (0,5 mg)

Associações: Doxazosina + Finasterida e Tansulosina + Dutasterida (Combodart ®)

REFERÊNCIAS

Cavalcanti AGL, Errico G, Araujo JFC, Ribeiro JGA e Scaletsky R. **Projeto Diretrizes** (Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina) autoria: Sociedade Brasileira de Urologia e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2006.

MEDICAMENTO	CENTRO DE ESPECIALIDADE
Doxazosina 2mg, comprimidos*	X
*Obrigatório ser prescrito por urologista	

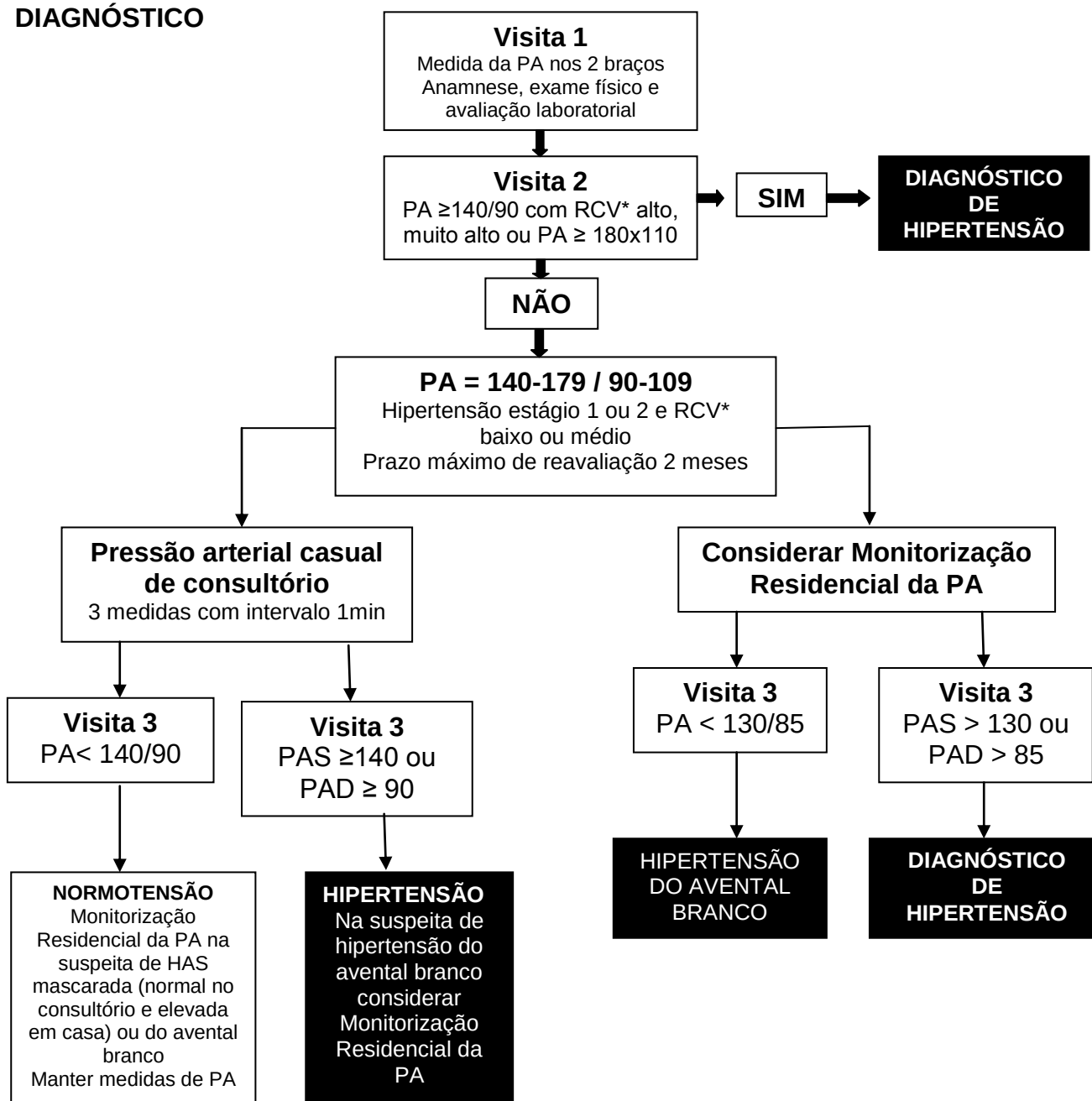


HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - HAS

Código Internacional de Doenças (CID 10): I10

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

DIAGNÓSTICO

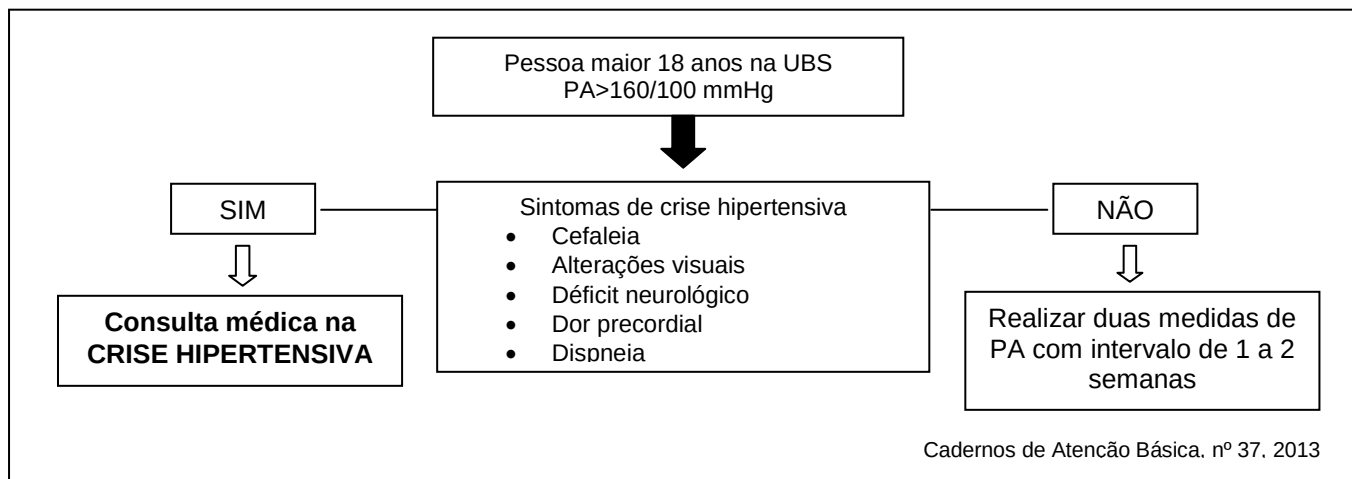


Adaptado do Fluxograma para o diagnóstico da HAS da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

*RCV- Risco Cardio Vascular: Idade (homens > 55 e mulheres > 65 anos); Tabagismo; Dislipidemias: triglicérides ≥150 mg/dL, LDL >100 mg/dL, HDL <40 mg/dL; Diabetes mellitus; História familiar prematura de doença cardiovascular (homens <55 e mulheres < 65 anos).



LINHAS DE CUIDADO



IDENTIFICAÇÃO DE LESÕES EM ÓRGÃOS-ALVO E DOENÇA CARDIOVASCULAR

Hipertrofia do ventrículo esquerdo - Angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio
Revascularização miocárdica prévia - Insuficiência cardíaca - Acidente vascular cerebral - Isquemia cerebral transitória - Alterações cognitivas ou demência vascular - Nefropatia - Doença vascular arterial de extremidades - Retinopatia hipertensiva.

EXAMES

- Exames: urina tipo 1, bioquímica (Potássio/Creatinina/Glicemia de jejum/Hb glicada/Colesterol Total, frações e triglicerídeos/Ácido úrico), eletrocardiograma;
- Calcular a taxa de filtração glomerular estimada (TFGE) pela fórmula de COCKROFT-GAULT. Para mulheres multiplicar o resultado por 0,85 (disponível em aplicativos para celular);
$$TFGE \text{ (ml/min)} = \frac{[140 - \text{idade}] \times \text{peso (kg)}}{\text{creatinina plasmática (mg/dl)}} \times 72$$
- Exames direcionados de acordo com a suspeita de lesão em órgão alvo ou de HAS secundária:** radiografia de tórax, ecocardiograma, microalbuminúria em amostra isolada, fundo de olho, ultrassom doppler arterial de MMII, carótidas e artérias renais.

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL

NORMOTENSÃO				HIPERTENSÃO		
Outros fatores de risco ou doenças	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Limítrofe PAS 130-139 ou PAD 85-89	Estágio 1 PAS 130-139 ou PAD 85-89	Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1-2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM-DM*	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

FATORES DE RISCO: Idade (homem > 55 e mulheres > 65 anos), Tabagismo, Dislipidemias: triglicérides ≥ 150 mg/dl; LDL colesterol > 100 mg/dl, HDL < 40 mg/dl, Diabetes mellitus, História familiar prematura de doença cardiovascular: homens < 55 anos.

*LOA: lesão de órgãos-alvos; SM: síndrome metabólica; DM: diabetes mellitus

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão



METAS TERAPÊUTICAS – VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HAS – 2010

CATEGORIAS

- Hipertensos Estágios 1 e 2 com Risco Cardiovascular Baixo e Médio
- Hipertensos com Risco Cardiovascular Alto e Muito Alto

META

menor 140/90 mmHg

130/80 mmHg

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

MODIFICAÇÕES

RECOMENDAÇÕES

Controle de Peso

IMC de 18,5 a 24,9

Padrão Alimentar

Consumo de dieta rica em frutas, vegetais, laticínios com baixo teor de gorduras e redução de gorduras saturadas e total

Redução de Sal

Dieta com redução da ingestão de não mais que 100 mEq/L (2,4g sódio ou 6g de cloreto de sódio)

Exercício Físico

Prática regular atividade física aeróbica, como caminhadas vigorosas por 30 min por dia na maioria dos dias da semana
Encaminhar para o Programa Caminhando para a Saúde

Consumo de Álcool

Limitar o consumo a não mais que 2 drinques por dia, 30 mL de etanol para homens e 1 drink para mulheres ou pessoas de baixo peso

ORIENTAÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL

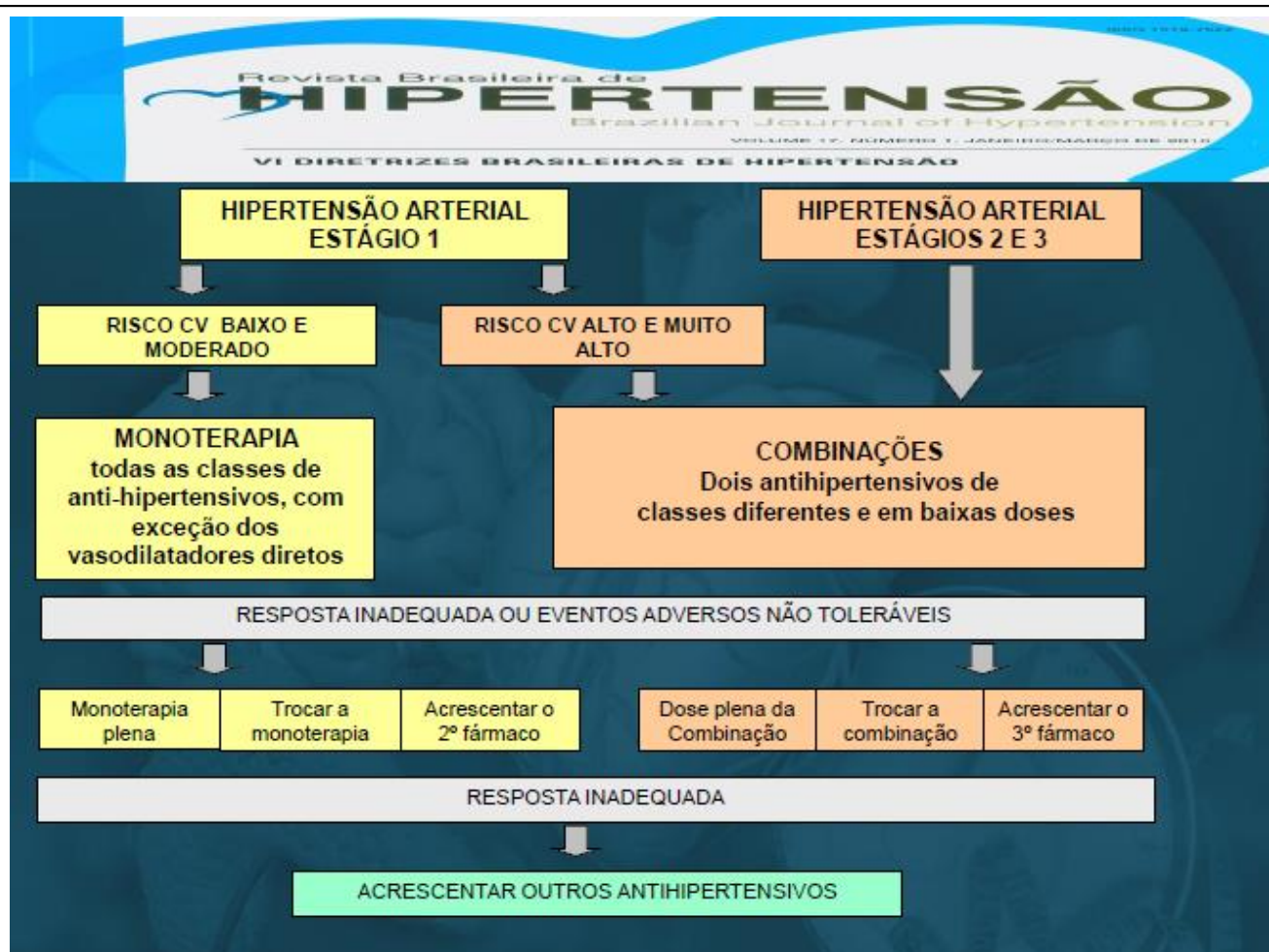
Grupo mensal na Unidade Básica de Saúde, devendo ser encaminhado ao grupo de referência em sobrepeso e obesidade na atenção básica se Índice de Massa Corpórea acima de 25 kg/m² e esgotadas as possibilidades terapêuticas na Unidade Básica (ver Protocolo de Acesso).

ORIENTAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA PARA A PESSOA COM HAS – CAMINHANDO PARA A SAÚDE: duas vezes por semana em todas as UBS

Ao orientar a prática da atividade física à pessoa com HAS, o profissional de Saúde deve estar atento a alguns aspectos. É importante que a pessoa faça uma avaliação inicial, considerando a história clínica atual e pregressa, comorbidades, controle da pressão arterial, medicamentos em uso e adesão ao tratamento. O teste de esforço, quando disponível, poderá ser um dos recursos utilizados nesta avaliação, principalmente para indivíduos com cardiopatia prévia. É recomendado que indivíduos com comorbidades ou PA oscilante realizem a atividade física com a supervisão de um profissional.

Cadernos de Atenção Básica, nº 37, 2013

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO



TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PREFERENCIAL

IECA ou BRA + ACC ou **IECA ou BRA + TIAZÍDICO**

IECA ou BRA + ACC (NOITE) + DIURÉTICO

IECA: Inibidor da enzima conversora da angiotensina;
BRA: Bloqueador do receptor AT1 da angiotensina II;
ACC: Bloqueador de canais de cálcio.



TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

CLASSE TERAPÊUTICA	MEDICAMENTOS	POSOLOGIA	DOSES
I-ECA	CAPTOPRIL 25MG	25-50	2-3
	ENALAPRIL 5/10/20MG	5-40	1-2
BRA	LOSARTANA 50MG	25-100	1
ACC	AMLODIPINA 5/10MG	2,5-10	1
	NIFEDIPINA RETARD 20MG	20-40	1-2
DIURÉTICOS			
TIAZÍDICOS	CLORTALIDONA 50 MG	12,5-25	1
	HIDROCLORTIAZIDA 25MG	12,5-25	1
ALÇA	FUROSEMIDA 40MG	20 -40	1-3

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO OUTRAS OPÇÕES

CLASSE TERAPÊUTICA	MEDICAMENTOS	POSOLOGIA	DOSES
BETABLOQUEADORES	ATENOLOL 25/50/100MG	25-100	1-2
	METOPROLOL 25/50MG	50-200	1-2
	PROPRANOLOL 40MG	40-240	1-2

OUTROS: Inibidores adrenérgicos, Inibidores Adrenérgicos Centrais, Alfa bloqueadores, Vasodilatadores diretos

INDÍCIOS DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

- Início da hipertensão antes dos 30 ou após os 50 anos súbita e acentuada;
- HA estágio 3 e/ou resistente à terapia;
- Tríade do feocromocitoma: palpitações, sudorese e cefaleia em crises;
- Uso de medicamentos e drogas que possam elevar a PA;
- Fácies ou biótipo de doença que cursa com hipertensão; doença renal, hipertireoidismo, acromegalia, síndrome de Cushing;
- Presença de massas ou sopros abdominais;
- Assimetria de pulsos femorais;
- Aumento de creatinina sérica;
- Hipopotassemia espontânea;
- Exame de urina anormal (proteinúria ou hematúria);
- Sintomas de apnéia durante o sono.

REFERÊNCIAS

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).



LINHAS DE CUIDADO

MEDICAMENTO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
		REDE PRÓPRIA	PRIVADA
ATENOLOL 25 MG COMPRIMIDO	X	X	X
ATENOLOL 50 MG COMPRIMIDO	X		
CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO	X	X	X
CLORTALIDONA 50 MG COMPRIMIDO	X		
DILTIAZEM, CLORIDRATO 30 MG COMPRIMIDO	X		
ENALAPRIL, MALEATO 20 MG COMPRIMIDO	X	X	
ENALAPRIL, MALEATO 10 MG COMPRIMIDO			X
ENALAPRIL, MALEATO 5 MG COMPRIMIDO	X	X	
ESPIRONOLACTONA 25 MG COMPRIMIDO	X		
FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO	X	X	
HIDRALAZINA, CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	X		
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG COMPRIMIDO	X	X	X
LOSARTANA POTÁSSICA 50 MG COMPRIMIDO	X	X	X
METILDOPA 250 MG COMPRIMIDO	X	X	
METOPROLOL, SUCCINATO 25 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA	X		
NIFEDIPINO RETARD 20 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	X		
NIMODIPINO 30 MG COMPRIMIDO	X		
PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40 MG COMPRIMIDO	X	X	X



HIPOTIROIDISMO

Código Internacional de Doenças (CID 10): **E03.9**

O hipotireoidismo é amplamente reconhecido por seus efeitos sobre os diferentes sistemas orgânicos, levando ao hipometabolismo. No entanto, o hipotireoidismo subclínico, tem sido recentemente relacionado ao risco cardiovascular e também com complicações materno-fetais em gestantes. O hipotireoidismo é caracterizado por uma deficiência de produção do hormônio pela glândula tireoide, que pode ser severa ou moderada. Uma deficiência grave de hormônios da tireoide se manifesta como hipotireoidismo declarado. A forma moderada denominada hipotireoidismo subclínico raramente apresenta sinais e sintomas e é definida pela concentração de TSH bioquimicamente acima do limite superior do intervalo de referência, com os níveis de hormônio tireoidiano que permanecem dentro dos limites de referência (Sgarbi, 2013; Brenta, 2013).

DIAGNÓSTICO

HIPOTIROIDISMO: TSH > 10mU/L com T4 livre baixo

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO: TSH > 4,5 com T4 livre normal

TSH: Devem ser investigados bioquimicamente (TSH) para hipotireoidismo todos os pacientes que apresentam isoladamente ou em combinação as **manifestações clínicas:** Cansaço/Fadiga/Exaustão; Sonolência; Perda de concentração/memória; Intolerância ao frio; Constipação; Depressão; Ganho de peso; Aumento de volume da tireoide; Menstruação irregular; Síndrome do túnel do carpo; Déficit de audição; Pele seca; Unhas quebradiças; Edema palpebral/ pré-tibial não compressivo; Bradicardia; Pressão alta; Alteração do reflexo de Aquiles; Infertilidade e portadores de hipercolesterolemia (Nogueira et al. 2011). Pacientes com síndrome de Down são mais frequentemente acometidos e podem ter os sintomas de hipotireoidismo confundidos com os da síndrome, assim como casos de anemia em idosos, insuficiência cardíaca, uso de amiodarona e lítio (Brenta et al. 2013). A repetição do TSH é importante para descartar aumentos transitórios de TSH, variabilidade intraindividual ou erros bioquímicos. Entre os valores de 4,5 a 10 mU/L, a possibilidade de mudança do TSH para níveis séricos normais é elevada. **Tem sido proposto que, 2 a 3 meses após a determinação do TSH alterado, uma segunda dosagem deve ser realizada para confirmar a insuficiência tireoidiana.** As possibilidades de encontrar elevações transitórias do TSH são minimizadas na presença de valores mais elevados de TSH ou em pacientes que são positivos para ATPO.

ATPO: Os autoanticorpos devem ser solicitados quando TSH > 4 mIU/L, após confirmação com uma segunda dosagem, para estabelecer a presença de doença autoimune como causa do hipotireoidismo clínico ou subclínico (Nogueira et al. 2011). Devem ser medidos para o diagnóstico de doença autoimune da tireoide em indivíduos com outras doenças autoimunes e em pacientes em uso de interferon, interleucina-2, lítio ou amiodarona.

ULTRASSONOGRRAFIA DE TIROIDE: Ultrassonografia de rotina da tireoide não é recomendada em pacientes com hipotireoidismo clínico ou subclínico. No entanto, deve ser considerada para pacientes sem anticorpos da tireoide para identificar pacientes com tireoidite autoimune. Ultrassonografia da tireoide também pode ser considerada para os pacientes com hipotireoidismo subclínico para ajudar na avaliação do risco de progressão para hipotireoidismo. Deve ser realizada em pacientes com hipotireoidismo e palpação anormal da tireoide.

(Brenta, 2013)

LEVOTIROXINA SÓDICA

- Deve ser administrada em jejum de 30 minutos ou após pelo menos 2 horas de jejum. Como alternativa, pode ser administrada a noite;
 - Evitar variações de diferentes marcas;
- Monitorar o TSH 6 a 8 semanas após qualquer alteração da dose ou anualmente após alcançar o eutireoidismo.

(Brenta, 2013)



TRATAMENTO HIPOTIROIDISMO CLÍNICO

- No hipotireoidismo clínico, recomenda-se uma dose diária de levotiroxina inicial de 1,6-1,8 mcg/kg de peso corporal ideal;
 - PACIENTES COM MAIS DE 60 ANOS: doses iniciais de 50 mcg/dia;
- PACIENTES COM DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA OU INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: doses iniciais de 12,5 a 25 mcg/dia com aumento gradativo e lento, até controle preconizado (Brenta, 2013).

TRATAMENTO HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO

Parâmetro	TSH (> 4,5 < 10 mU/L)	TSH (≥ 10 mU/L)
Idade ≤ 65 anos		
Sem comorbidades (R18)	Não	Sim
Risco de progressão ao hipotireoidismo franco (R 19-A)	Considerar tratamento	Sim
Doença cardiovascular preexistente ou risco cardiovascular (R 19-B)	Considerar tratamento se TSH ≥ 7,0 mU/L	Sim
Sintomas de hipotireoidismo (R 19-C)	Considerar teste terapêutico	Sim
Idade > 65 anos (R 20, R21)	Não	Sim

(Sgarbi 2013)

Na doença subclínica dose inicial diária de 1,1-1,2 mcg/kg (Brenta, 2013).

METAS TERAPÊUTICAS

NÍVEIS ALVOS DE TSH IDADE-DEPENDENTE	
<60anos	1 a 2,5 uM/L
60-70anos	3 a 4 uM/L
>70anos	4 a 6 uM/L

(Brenta, 2013)

REFERÊNCIAS

- Brenta**, Gabriela, Mario Vaisman, José Augusto Sgarbi, Liliana Maria Bergoglio, Nathalia Carvalho De Andrada, Pedro Pineda Bravo, Ana Maria Orlandi, e Hans Graf. 2013. “Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo”. Arq Bras Endocrinologia e Metabologia 57 (4): 265–99.
- Nogueira**, Celia Regina, Edna Teruko Kimura, Geraldo Andrade Carvalho, José Augusto Sgarbi, Laura Sterian Ward, Léa Maria Zanini Maciel, Magnus Régios Dias Da Silva, et al. 2011. “Hipotireoidismo: Diagnóstico”. Diretrizes clínicas na saúde suplementar, 1–18.
- Sgarbi**, Jose a, Patrícia F S Teixeira, La M Z Maciel, Glaucia M F S Mazeto, Mario Vaisman, Renan M Montenegro Junior, e Laura S Ward. 2013. “The Brazilian consensus for the clinical approach and treatment of subclinical hypothyroidism in adults: recommendations of the thyroid Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism.” Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia 57 (3): 166–83.

HORMONIO TIROIDIANO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
1. Levotiroxina Sódica 25 mcg, comprimidos.	X
2. Levotiroxina Sódica 50 mcg, comprimidos.	X
3. Levotiroxina Sódica 100 mcg, comprimidos.	X



HIV/SIDA

Código Internacional de Doenças (CID 10): **B24**

SIDA/AIDS refere-se a pacientes que apresentaram em algum momento uma Síndrome em decorrência da imunodepressão causada pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV).

COMPETE A ATENÇÃO BÁSICA **IDENTIFICAR** OS PACIENTES INFECTADOS PELO HIV

O teste do HIV é a porta de entrada para a prevenção, tratamento, cuidados e outros serviços de apoio. O conhecimento das pessoas do seu estado do HIV é crucial para o sucesso da resposta ao HIV. O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e da Organização Mundial da Saúde aprovaram metas globais, denominada 90-90-90 para alcançar "zero, novas infecções por HIV, zero discriminação e zero mortes relacionadas com a AIDS". Por causa das potenciais consequências médicas, sociais e psicológicas graves de erros de diagnóstico do HIV (falso-positivos ou falso-negativos), todos os programas devem se esforçar também para atingir metas de zero de diagnósticos equivocados (WHO, 2015). O primeiro 90 (diagnosticar 90% da população infectada pelo HIV) é essencial para o segundo 90 (tratar 90% da população diagnosticada), e para o resultado final do terceiro 90 (suprimir a carga viral de 90% das pessoas em tratamento), o que comprovadamente beneficia o paciente (START, 2015) e impede a transmissão do HIV-1 em 96% dos casos (Cohen et al., 2011b; WHO, 2015). Espera-se que o cumprimento da meta 90-90-90 até 2020 ponha fim na epidemia de AIDS. Destaca-se a importância do pré-natal do casal na eliminação da transmissão vertical do HIV.

A identificação de indivíduos infectados recentemente pelo HIV, sobretudo na fase aguda da infecção (sorologia ou teste rápido diagnóstico não reagente, indeterminado ou discordante) com carga viral elevada, constituem um grupo com maior potencial de transmissibilidade, associados a uma proporção importante das novas infecções (Powers et al., 2011), de difícil identificação por apresentarem sintomas comuns a outras infecções virais, como Dengue/Zika, meningite viral, hepatites e Síndrome da Mononucleose Like (Toxoplasmose, Mononucleose, Citomegalovírus e Rubéola). Deste modo, os serviços de saúde devem permanecer atentos a essa suspeita e nestes casos contatar o ARMI.

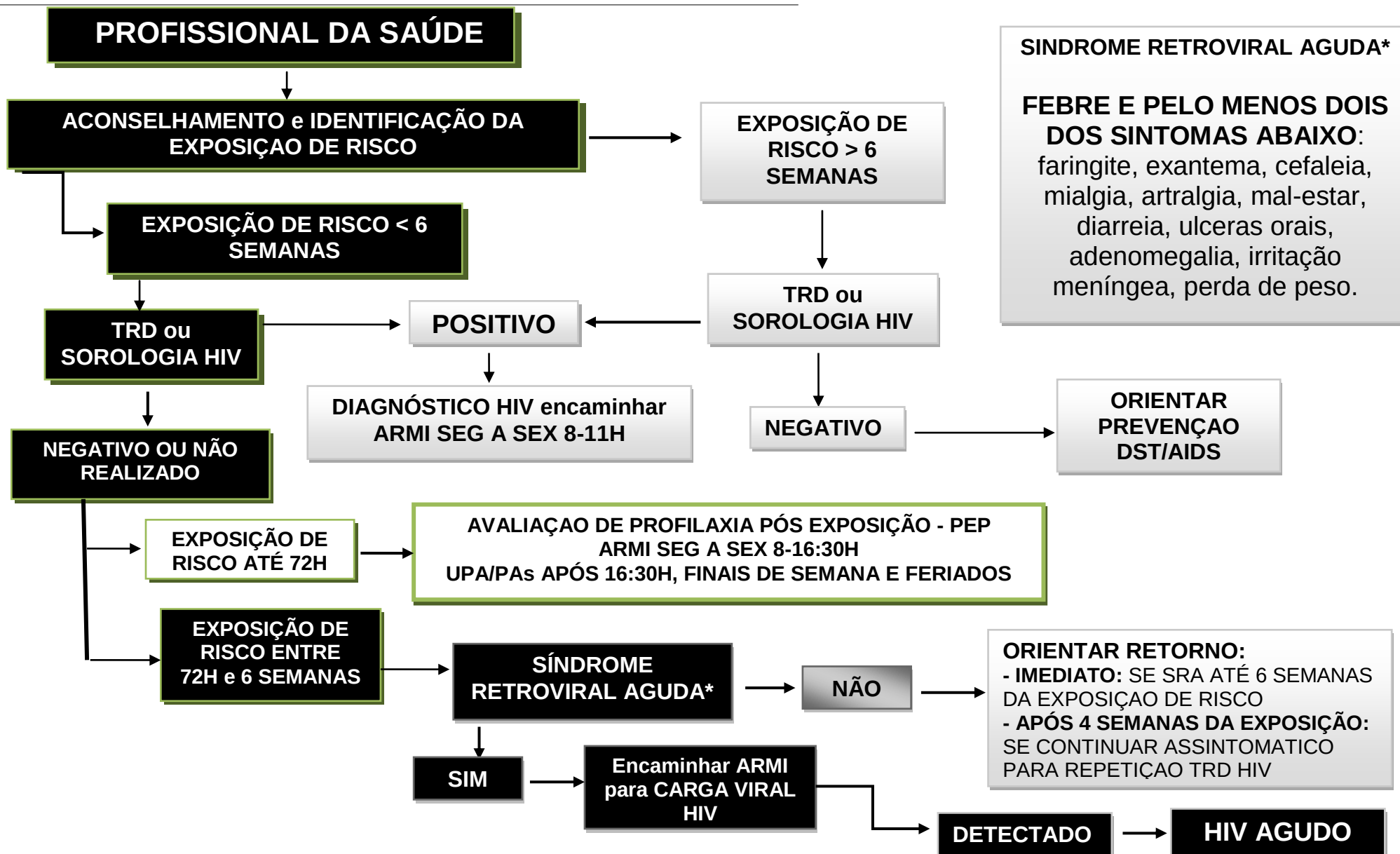
Entre os anos de 2011 e 2014 seis pacientes recém diagnosticados faleceram por SIDA/AIDS no município de Santo André, cinco deles sequer começaram o tratamento antirretroviral específico, ou seja, o diagnóstico foi tardio. Neste mesmo período foi possível se verificar que 23% dos pacientes diagnosticados já apresentavam doença avançada, com contagem de células CD4 inferior a 200/mm³ (Matsuda, 2015 – Dissertação de Mestrado). A **RECOMENDAÇÃO CFM Nº 2/2016** que dispõe sobre a conveniência e oportunidade de os médicos oferecerem aos pacientes, em consulta médica, a solicitação de testes sorológicos para o HIV, sífilis, hepatites B e C, bem como orientá-los sobre a prevenção destas infecções é reforçada com estes dados.

Oferecer exame de HIV como rotina a todos os pacientes.

- NÃO existe grupo de risco ou comportamento de risco, e sim exposição de risco, inclusive relação sexual desprotegida com parceiro fixo, compartilhamento de parafernália para drogas, incluindo possivelmente alicate de cutícula e lâmina de barbear (Matsuda, 2014);
- O diagnóstico e tratamento precoce permitem uma sobrevida semelhante à população geral;
- Indivíduos diagnosticados podem mudar seus hábitos e prevenir novas infecções (Szwarcwald, 2009);

Desconfiar de INFECÇÃO AGUDA pelo HIV em todo indivíduo com EXPOSIÇÃO DE RISCO nas últimas 1 a 6 semanas que apresente febre e pelo menos dois dos sintomas: *faringite, exantema, cefaleia, mialgia, artralgia, mal-estar, úlceras orais, diarreia, adenomegalia, irritação meníngea e perda de peso.*

- Pacientes com sintomas de infecção na fase aguda (Síndrome Retroviral Aguda - SRA) podem ter SOROLOGIA OU TESTE RÁPIDO NEGATIVO com elevada carga viral (janela imunológica);
- Pacientes recém infectados podem ser assintomáticos na fase aguda;
- Pacientes com quadro prolongado de SRA podem ter TRD-HIV e sorologia positivos;
- Testes que utilizam saliva são menos sensíveis, ou seja, podem demorar mais para positivar;
- Nos acidentes com material biológico verificar a possibilidade da paciente fonte com teste rápido negativo estar em janela imunológica; **questionar os sintomas do paciente fonte na ocasião do acidente.**





Indivíduos com exposição de risco < 6 semanas com SÍNDROME RETROVIRAL AGUDA devem ser encaminhados ao CTA do ARMI imediatamente, se possível com resultado do TRD-HIV (teste rápido diagnóstico) para coleta de carga viral

A profilaxia pós exposição (PEP) está indicada até 72 após a exposição de risco (sexual consentida ou por violência e no acidente com material biológico (disponível no ARMI nos dias úteis das 7-16:30h e nas unidades de urgência/emergência de Santo André). Esquema preferencial proposto pelo Ministério da Saúde:

Tenofovir/ Lamivudina 1 cp vo por dia + Atazanavir 300mg 1 cp vo por dia + Ritonavir 100mg 1 cp vo por dia. (ver fluxo de atendimento para acidente com material biológico e violência sexual).

CONSIDERAÇÕES NO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIV/SIDA: atentar às interações medicamentosas com os antirretrovirais.

Aplicativo sugerido: **HIVichart da Universidade de Liverpool**

Inibidores de protease (Lopinavir, Atazanavir, Fosamprenavir e Darunavir) não podem ser associados a **sinvastatina, ginkgo biloba, hipericum**; diminuem o efeito de anticoncepcionais hormonais.

Atazanavir pode causar aumento de bilirrubina indireta (semelhante a doença de Gilbert) com **icterícia benigna** e necessita de acidez gástrica para absorção, sendo contraindicada a associação com bloqueadores de bomba de prótons (omeprazol), se usar ranitidina respeitar 12h de intervalo.

Inibidores de Integrase (Raltegravir e Dolutegravir) devem ser administrados 2h antes ou 6 h após a administração de **antiácidos e polivitamínicos com magnésio**.

REFERÊNCIAS

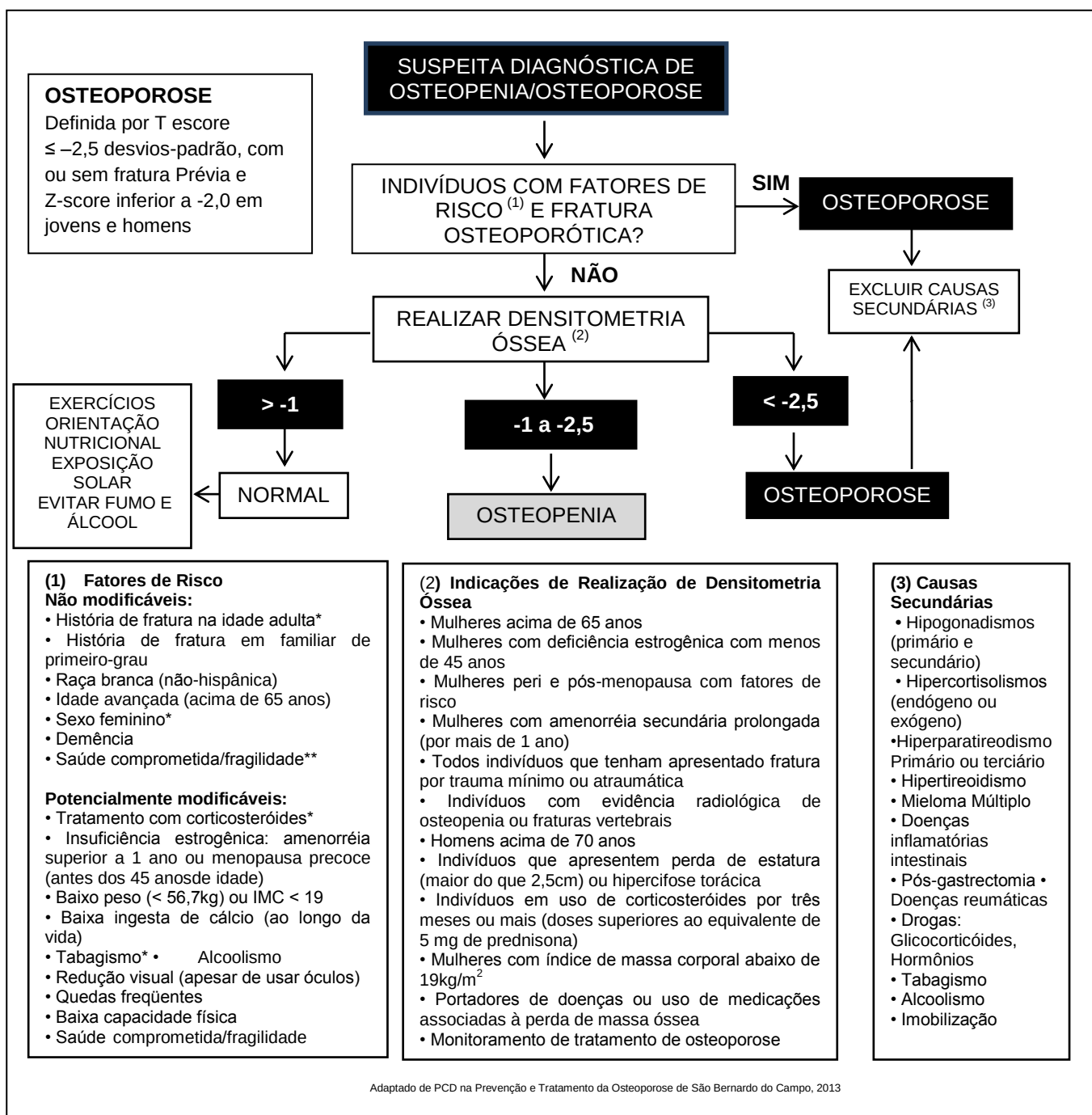
- Brasil.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, 2013.
- Brasil.** Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília, 2015.
- Cohen MS,** Shaw GM, McMichael AJ, Haynes BF. Acute HIV-1 Infection. N Engl J Med. 2011May 19; 364(20):1943-54.
- Cohen, MS;** Chen, YQ; Mccauley, M; Gamble, T, Hosseinipour, MC; Kumarasamy, N. et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. N. Engl. J. Med., 2011b; 365: 493-505.
- INSIGHT START Study Group,** Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, Sharma S, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med. 2015 Aug 27; 373(9):795-807.
- Matsuda EM,** Coelho LP, Pimentel VF, Onias HB, Brígido LF. An HIV-1 transmission case possibly associated with manicure care. AIDS Res Hum Retroviruses. 2014b Nov; 30(11):1150-3.
- Matsuda, EM.** Diagnóstico da infecção pelo HIV-1: proposta de um algoritmo para identificação de infecção aguda. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo, 2015. Área de concentração: Infectologia em Saúde Pública. Orientação: Prof. Dr. Luís Fernando de Macedo Brígido.
- Powers KA,** Ghani AC, Miller WC, Hoffman IF, Pettifor AE, Kamanga G, et al. The role of acute and early HIV infection in the spread of HIV and implications for transmission prevention strategies in Lilongwe, Malawi: a modelling study. Lancet. 2011 Jul 16; 378(9787):256-68.
- Szwarcwald, CL.** Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas as infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres profissionais do sexo, no Brasil. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.
- UNAIDS.** 90–90–90. Ambitious treatment targets: writing the final chapter of the AIDS epidemic – a discussion paper. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.



OSTEOPOROSE

Código Internacional de Doenças (CID 10):
OSTEOPOROSE COM FRATURA PATOLÓGICA: **M80**
OSTEOPOROSE SEM FRATURA PATOLÓGICA: **M81**

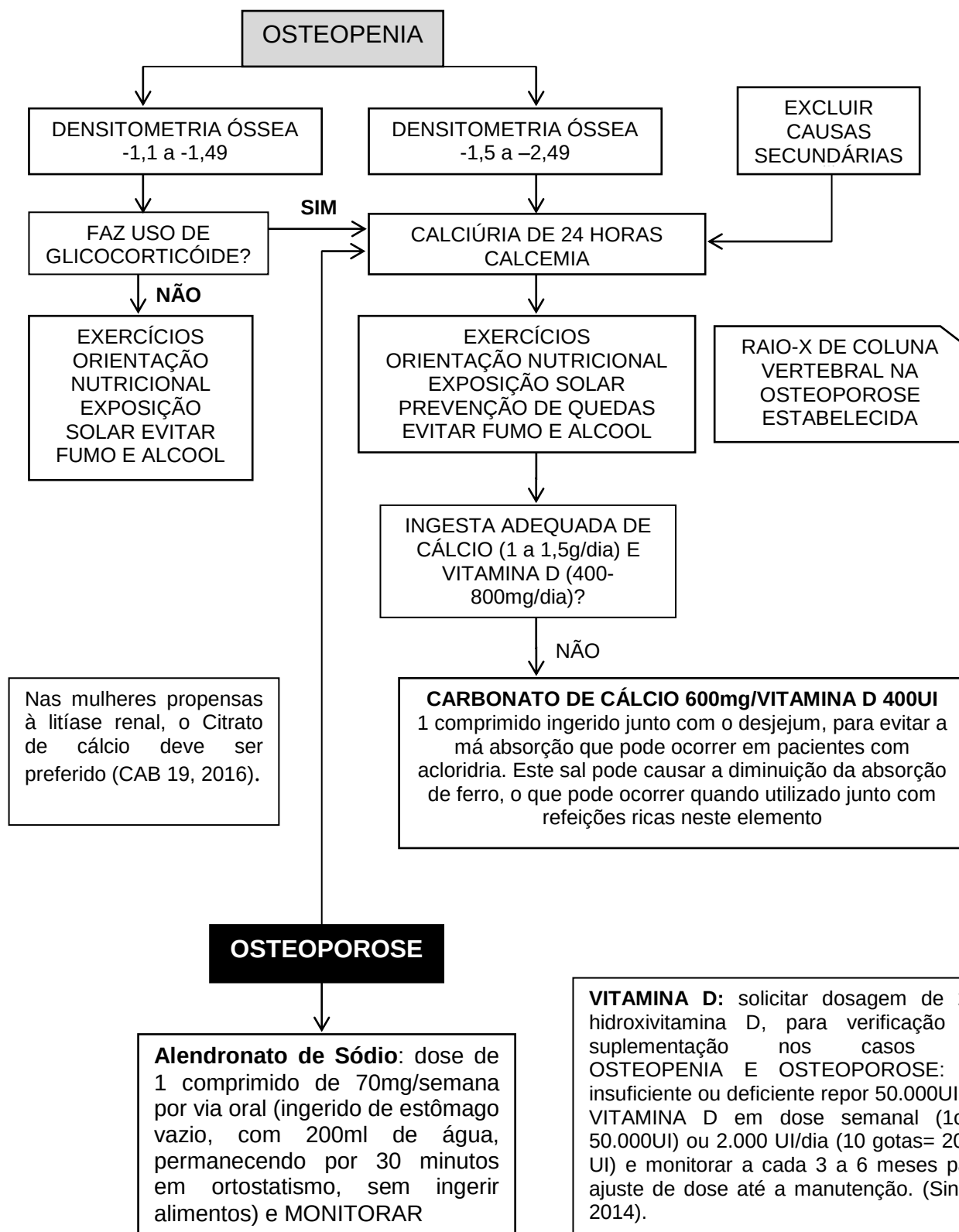
A osteoporose é uma doença osteometabólica caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo com consequente aumento da fragilidade óssea e da susceptibilidade a fraturas. As complicações clínicas da osteoporose incluem não só fraturas, mas também dor crônica, depressão, deformidade, perda da independência e aumento da mortalidade. Estima-se que cerca de 50% das mulheres e 20% dos homens com idade igual ou superior a 50 anos sofrerão uma fratura osteoporótica ao longo da vida. Cerca de 5% dos indivíduos que apresentam fratura de quadril morrem durante a internação hospitalar, 12% morrem nos 3 meses subsequentes e 20% morrem no ano seguinte ao da fratura, conforme dados norte-americanos. Pesquisa conduzida no Rio de Janeiro, em hospitais públicos, revelou mortalidade de 23,6% nos 3 meses subsequentes à fratura de fêmur (Brasil, 2014).





LINHAS DE CUIDADO

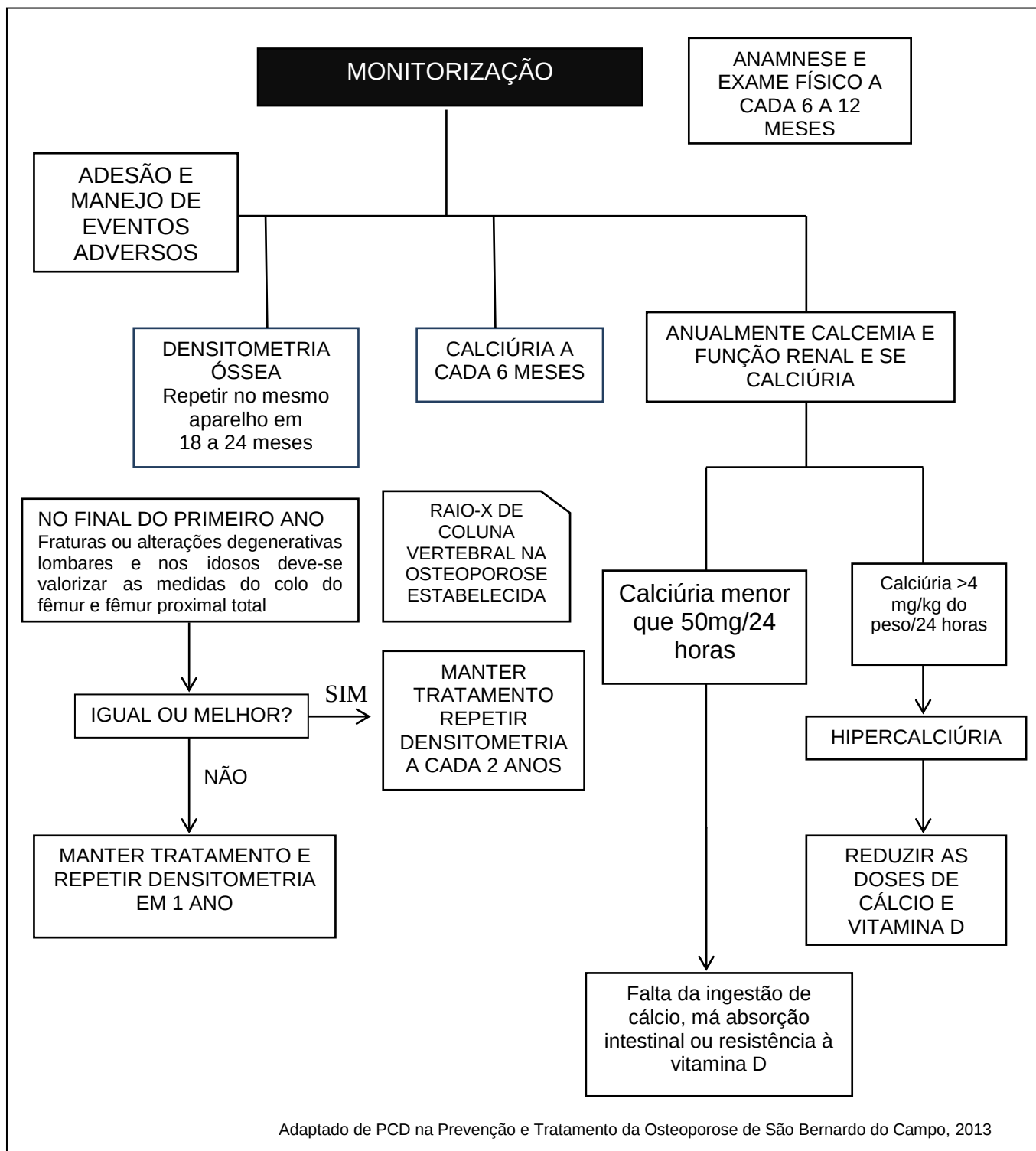
TRATAMENTO



Adaptado de PCD na Prevenção e Tratamento da Osteoporose de São Bernardo do Campo, 2013



LINHAS DE CUIDADO



TEMPO DE TRATAMENTO

O tratamento da osteoporose deve ser mantido por 5 anos. Para pacientes em uso de alendronato, com piora da massa óssea à Densitometria Óssea ou com escore T até -3,5, pode ser estendido por mais tempo, porém não há evidências clínico-epidemiológicas consistentes nesse sentido, sendo obrigatória a individualização da conduta (Ministério da Saúde, 2014).

NA SUSPEITA DE FALHA TERAPÊUTICA OU INTOLERÂNCIA MEDICAMENTOSA
ENCAMINHAR AO ESPECIALISTA

Mulheres – Ambulatório de Osteoporose Especializado

Homens acima de 50 anos – Reumatologista



PREVENÇÃO DE QUEDAS

As quedas têm especial destaque na gênese da fratura osteoporótica. Mais de 90% das fraturas de quadril são resultantes de quedas. Cerca de 30% de todos os idosos caem, em média, pelo menos 1 vez ao ano, sendo que 5% das quedas resultam em fratura. Dados de instituições para idosos e de hospitais mostram que de 10% a 25% das quedas resultam em fratura, laceração ou outra causa de hospitalização.

Como as fraturas osteoporóticas ocorrem frequentemente em decorrência de quedas, principalmente na população idosa, é de suma importância considerar os fatores de risco para quedas. Os mais importantes são alterações do equilíbrio, alterações visuais, deficiências cognitivas, declínio funcional e uso de medicamentos psicoativos e anti-hipertensivos. Uma história de duas quedas ou mais nos últimos 6 meses permite classificar o idoso como um “caidor”, demandando cuidados preventivos específicos (Ministério da Saúde, 2014).

Realizar grupos nas Unidades de Saúde em prevenção da fratura de fêmur com orientações para prevenção de quedas e estímulo a atividade física, visando a manutenção da independência do idoso.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Portaria Nº 451, de 09 De Junho De 2014.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose.

Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo. Secretaria de Saúde. Coordenação do Departamento de Apoio a Gestão do SUS. Protocolo clínico e diretrizes na prevenção e tratamento da osteoporose. Vol. 01 - 1ª edição. São Bernardo do Campo, 2014.

Singh G, Bonham AJ. A predictive equation to guide vitamin D replacement dose in patients. J Am Board Fam Med. 2014 Jul-Aug;27(4):495-509.

MEDICAMENTO	CENTRO DE ESPECIALIDADE	FARMÁCIA DE ALTO CUSTO	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	
			REDE PRÓPRIA	PRIVADA
Alendronato de Sódio 70 mg, comprimidos.	X		X	X
Carbonato de Cálcio 600 mg/ colecalciferol 400 UI, comprimidos.	X			
Calcitonina Calcitriol Pamidronato Raloxieno Riseditronato		X		



TUBERCULOSE

Código Internacional de Doenças (CID 10)

TUBERCULOSE PULMONAR; A16

TUBERCULOSE EXTRA PULMONAR: A18

COMPETE À ATENÇÃO BÁSICA **IDENTIFICAR** MEDIANTE BUSCA ATIVA OS
PACIENTES COM TUBERCULOSE
E REALIZAR TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) DOS CASOS COM
CONFIRMAÇÃO ETIOLÓGICA

AGENTE ETIOLÓGICO: *Micobacterium tuberculosis*

DIAGNÓSTICO

BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS: entende-se por SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO indivíduo que apresente tosse por período igual ou superior a três semanas, **acompanhada ou não de emagrecimento, febre vespertina e sudorese noturna**. Solicitar exame do escarro se tosse superior há mais que 3 semanas na população geral e a qualquer momento em população vulnerável (Pessoa com HIV/AIDS, pessoa em situação de rua, privados de liberdade, profissionais de saúde, profissionais do sistema carcerário, diabéticos, usuários de drogas, contactantes de Tuberculose Multi Droga Resistente, pessoas portadoras de doenças imunossupressoras ou em uso de imunossupressores).

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE ESCARRO: A solicitação do EXAME DE ESCARRO poderá ser feita por QUALQUER PROFISSIONAL de saúde: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, entre outros. Solicitar em formulário específico, preencher atentamente todos os campos, pois **de acordo com as informações prestadas o laboratório processará a amostra por diferentes metodologias:**

- CASO NOVO (sem história prévia de tuberculose - TB): Bacterioscopia ou GENEXPERT*.
- RECIDIVA ou HISTÓRICO DE ABANDONO: Bacterioscopia, cultura para BAAR, teste de sensibilidade e teste de sensibilidade a rifampicina (RMP/GENEXPERT).

Acompanhar o paciente até o local da coleta, preferencialmente em local aberto e orientar os exercícios para a coleta de 5 ml de amostra;

- Registrar o caso suspeito no **LIVRO AZUL** (Registro do Sintomático Respiratório em Serviço de Saúde);
- Emitir solicitação através do formulário do GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial) disponível em: <http://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/06/tuberculose.pdf>;
- Cadastrar a amostra no sistema GAL como baciloscopia, emitir a guia que deve acompanhar a amostra que será enviada ao posto central do laboratório e posteriormente encaminhada ao laboratório de Saúde Pública do Município ou Instituto Adolfo Lutz de Santo André;
- O resultado estará disponível online no GAL;
- Registrar o resultado do exame no **LIVRO AZUL**.

*GENEXPERT/ TESTE RAPIDO MOLECULAR (TRM-TB) é o nome do aparelho que realiza a pesquisa do DNA do *Micobacterium tuberculosis* por técnica de Reação em Cadeia da Polimerase, com alta sensibilidade, pode detectar DNA do microorganismo não viável e não detecta não *tuberculosis*. Deste modo, **não pode ser empregado como confirmação diagnóstica em pacientes com tratamento prévio**, nestes casos somente será considerado o teste de sensibilidade à Rifampicina.



INDICAÇÃO DE TRATAMENTO de TB PULMONAR NA ATENÇÃO BÁSICA

Devem iniciar tratamento na atenção básica os **CASOS COM CONFIRMAÇÃO ETIOLÓGICA**:

- **Casos novos pulmonares** com GENEXPERT detectado ou baciloscopia/cultura positiva;
- **Recidivas** se baciloscopia ou cultura positiva;
- **Casos de tuberculose extrapulmonar com confirmação por exame anatomopatológico**;

NOTIFICAÇÃO na introdução do tratamento específico (Ficha específica de notificação)

- **Registrar no livro de registro de casos e acompanhamento (LIVRO VERDE)**. Atualizar os dados referentes aos exames de controle e ao final de cada coorte fazer a avaliação do resultado com o Conselho Diretor;

REFERÊNCIAS PRIMÁRIA (ATENÇÃO BÁSICA), SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

Situação	Esquema Indicado	Local de realização
Caso novo	Esquema Básico	Atenção Básica
Com tratamento anterior: Recidiva após cura – RC Retorno após abandono – RA	Esquema Básico até o resultado da cultura e TS	Atenção Básica ↓ Referência terciária (dependendo do resultado do TS)
Tratamentos especiais: hepatopatias, efeitos colaterais maiores, HIV/aids e uso de imunossupressores.	Esquemas Especiais	Referência Secundária
Tuberculose meningoencefálica	Esquema para Meningoencefalite	Hospitais inicialmente
Falência por multirresistência, mono e polirresistência ao tratamento antiTB.	Esquema Especiais para mono/poli e multirresistência	Referência Terciária

REFERENCIAR:

- **ARMÍ:** crianças e se coinfeção com HIV ou Hepatite viral C ou B;
Comparecer no ARMÍ com relatório detalhado e resultado de exames, de segunda a sexta, das 8 as 10:30h, Rua das Silveiras, 73 – Vila Guiomar.
- **AMBULATORIO DE TISIOLOGIA (Centro de Especialidade I):**
Entrar em contato no telefone 4437-3766 ou pelo email: aachong@santoandre.sp.gov.br.
 - **Suspeita de tuberculose sem confirmação etiológica;**
 - Cultura com outro *Micobacterium non tuberculosis*;
 - **Efeitos adversos menores:** discussão do caso, avaliação por interconsulta;
 - **Efeitos adversos maiores:** hepatopatias, efeitos colaterais maiores (exantema ou hipersensibilidade moderada a grave, encefalopatia, neurite optica, hepatotoxicidade, trombocitopenia, leucopenia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite, nefrite intersticial, rabdomiólise e insuficiência renal);
 - Tuberculose com resistência no teste de sensibilidade (referência secundária encaminha a terciária).



TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

Exames no início do tratamento: Radiografia de Tórax, Hemograma, VHS, Glicemia, Creatinina, TGO, TGP, GGT, BTF / anti-HCV, HbsAg, Sífilis (se TR Sífilis reagente realizar VDRL) e HIV preferencialmente teste rápido.

NO INÍCIO DE TRATAMENTO: consulta médica e consulta de enfermagem

IMPORTANTE: pesar o paciente para adequação da dosagem da medicação, pacientes abaixo de 50 kg deve-se monitorar com pesagem semanal para adequação da dose do medicamento.

ESQUEMA BÁSICO PARA ADULTOS E ADOLESCENTES (2RHZE/4RH)

R (Rifampicina) – H (Isoniazida) – Z (Pirazinamida) – E (Etambutol)

Indicações:

- Casos novos (paciente que nunca usou ou usou por menos de 30 dias medicamentos antituberculose) com todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite onde a fase de manutenção deve ser aumentada para sete meses);
- Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa.

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg 36 a 50 kg >50 kg	2 comprimidos 3 comprimidos 4 comprimidos	2
4RH Fase de manutenção	RH 300/200 ou 150/100 cápsula	20 a 35 kg 36 a 50 kg >50 kg	1 cápsula 300/200 1 cáps 300/200 + 1 cáps 150/ 100 2 cápsulas 300/200	4

CONTROLE DE TRATAMENTO

CONSULTA MÉDICA MENSAL (avaliar possíveis efeitos adversos) e Baciloscopia mensal, se paciente apresentar baciloscopia de controle do 2º mês POSITIVA, solicitar cultura e teste de sensibilidade;

Efeito adverso	Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)	Conduta
Náusea, vômito, dor abdominal	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etambutol	Reformular o horário da administração da medicação (duas horas após o café da manhã ou com o café da manhã); considerar o uso de medicação sintomática; e avaliar a função hepática
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar
Prurido ou exantema leve	Isoniazida Rifampicina	Medicar com anti-histamínico
Dor articular	Pirazinamida Isoniazida	Medicar com analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais
Neuropatia periférica	Isoniazida (comum) Etambutol (incomum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50 mg/dia
Hiperurecemia sem sintomas	Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica
Hiperuricemia com artralgia	Pirazinamida Etambutol	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol e colchicina, se necessário
Cefaleia, ansiedade, euforia, insônia	Isoniazida	Orientar



PRINCIPAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

- Diminui o nível sérico: anticoagulantes orais, anticoncepcionais, hipoglicemiantes orais, beta agonistas, cetoconazol, corticóides, digitálicos, enalapril, narcóticos e analgésicos, propafenona, quinidina, teofilina;
- Maior hepatotoxicidade: isoniazida, cetoconazol, hidantoínas, sulfas;
- Maior excreção do ácido úrico;
- Maior risco de hipoglicemia: sulfoniluréias;
- Diminui a eficácia dos medicamentos de TB: antiácidos, derivados imidazólicos, corticóides;
- Aumenta o efeito de benzodiazepínicos.

CONTACTUANTES DOMICILIARES DE PACIENTES DE TB PULMONAR

Avaliação Clínica: pesquisar tosse, febre, emagrecimento e sudorese noturna;
RX tórax para todos os contatos domiciliares, exame de escarro se SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO.

- SINTOMÁTICOS: proceder como caso suspeito.
- ASSINTOMÁTICOS: RX DE TÓRAX e Tomografia de tórax (se RX inconclusivo) de urgência.

TRANSMISSIBILIDADE

A transmissibilidade está presente desde os primeiros sintomas respiratórios, caindo rapidamente após o início de tratamento efetivo. Durante muitos anos, considerou-se que, após 15 dias de tratamento, o paciente já não transmitia a doença. Na prática, quando o paciente não tem história de tratamento anterior, nem outros riscos conhecidos de resistência, pode-se considerar que, após 15 dias de tratamento e havendo melhora clínica, o paciente pode ser considerado não infectante. No entanto, com base em evidências de transmissão da tuberculose resistente às drogas, recomenda-se que seja também considerada a negatificação da baciloscopia para que as precauções com o contágio sejam desmobilizadas, em especial para biossegurança nos serviços de saúde (PNCT, 2010). A rotina domiciliar não deve ser alterada e sim os contactuantes avaliados.

Pacientes com baciloscopia positiva devem permanecer afastados do trabalho por no mínimo 15 dias após o início do tratamento específico.

CRITERIOS DE CURA DE TUBERCULOSE PULMONAR

CURA COM 6 MESES DE TRATAMENTO:

- Cura comprovada: bacterioscopia negativa no 6º mês ou
- Cura por tempo de tratamento: bacterioscopia não realizada no 6º mês e bem clinicamente.

REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.



ANEXOS

EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

1) Apresentação e comportamento

- Descrever atitude do paciente, vestes, reação ao contato, atividade psicomotora, movimentos involuntários, postura;

2) Cognição

- Consciência: obnubilação, sonolência, estupor, coma, letargia, estado de fuga (esquece sua identidade, com tendência a sair vagueando).
- Orientação auto e alopsíquica (local, hora, dia e data)
- Atenção e concentração dirigida e espontânea (do meio ambiente)
- Memória imediata : experiências nos últimos dias
- Memória remota: eventos pessoais passados como escola, casamento
- Inteligência: cálculos, leitura

3) Afetividade, humor e vitalidade

- Registrar a reação e sintonia afetiva entre discurso e conteúdo;
- Observar tendência ao choro, tristeza, euforia, desinibição. Variação do humor durante o dia, ânimo, ílibido;
- Avaliar distúrbios do sono, alteração de apetite e peso e ideação suicida;

4) Discurso

- Avaliar a velocidade do discurso, sua qualidade (se é coerente) e continuidade (se há associação lógica entre temas, idéias e assuntos);

5) Conteúdo do pensamento

- Investigar preocupações, pensamentos recorrentes, dúvidas, motivos de ansiedade e medo; fobias e pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou rituais ou estratégias para evitar ou aliviar ansiedade.
- Notar se há delírios (idéias patologicamente falseadas, que não encontram sustentação lógica).

6) Sensopercepção

- Ilusão é a percepção sensorial alterada de um estímulo real;
- Alucinação é a percepção irreal que ocorre na ausência de estímulo externo. As alucinações podem ser auditivas, como as verbais na terceira pessoa (mais comuns em psicoses), visuais (mais frequentes em distúrbios orgânicos), olfativas, gustatórias ou táteis;
- Despersonalização é a sensação de irrealidade em relação ao próprio corpo (relativamente frequente em transtornos ansiosos e depressivos);

7) Juízo e autocritica

- Juízo: alterado na ocorrência de delírios (com gradações)
- Para exame da autocritica, usar perguntas como: "Você acha que tem uma doença física, mental ou nervosa ?", " Você acha que pode estar precisando de tratamento ?"

1

TRIAGEM PARA DEPRESSÃO

- 1- Nas duas ultimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?
- 2- Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente
Se houver menos uma resposta 'sim', faça as perguntas a seguir:
 - A- Seu apetite mudou de forma significativa?
 - B- Teve problemas de sono quase todas a noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?
 - C- Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrario, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?
 - D- Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?
 - E- Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?
 - F- Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?
 - G- Teve por varias vezes pensamentos ruins, com seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo?

Se 'sim' em 1 ou 2 + 'sim' em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão:

- 3 e 4 respostas positivas- depressão leve
- 5 a 7 respostas positivas-depressão moderada
- risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas- depressão grave

Em caso de depressão:

- Avaliar risco de suicídio (ver a seguir)
- Considerar transtorno afetivo bipolar e investigar quadro progressivo de mania
- Questionar sobre uso de drogas e álcool

Adaptado de AMORIM, P.; Rev Bras Psiquiatr ; 22:106-15, 2000

AValiação DE RISCO DE SUICÍDIO

- 1- Você pensou que seria melhor estar morto? (1)
- 2- Você quer fazer mal a si mesmo? (2)
- 3- Você tem pensado em se suicidar? (6)
- 4- Você tem planejado uma maneira de se suicidar? (10)
- 5- Você tentou o suicídio (recentemente)? (10)
- 6- Você já fez alguma tentativa de suicídio (em sua vida)? (4)

Risco de suicídio (somar os pontos)

1-5: leve; 6-9: moderado; 10-33: elevado

Lembre-se: O melhor preditor de suicídio nos antecedentes pessoais é uma história prévia de tentativa de suicídio

Adaptado de AMORIM, P.; Rev Bras Psiquiatr ; 22:106-15, 2000; e FERREIRA, M. H. F. et al. Rev Bras Psiquiatr; 29:51-54

2

TRIAGEM PARA ANSIEDADE

- 1- Você tem se preocupado demais?
- 2- Você tem se sentido esgotado, tenso?
- 3- Você tem se sentido muito irritado(a) ou com "problema no nervos"?
- 4- Você tem tido dificuldade em relaxar?
Se houver pelo menos dois 'sim', faça as perguntas a seguir:
- 5- Você tem dormido mal ou dificuldade para dormir?
- 6- Você tem sentido dor de cabeça, no pescoço ou mal estar na cabeça?
- 7- Você tem sentido tontura, suor frio, diarréia, formigamentos, desconforto no estômago, batadeira et (sintomas autonômicos)?
- 8- Você está preocupado com sua saúde?
- 9- Estes problemas têm prejudicado sua qualidade de vida relações com outras pessoas?

Respostas positivas em número de 5 ou mais, com pelo menos 6 meses de evolução indicam forte risco para um diagnóstico de transtorno de ansiedade.

Adaptado de GOLDBERG, D. et al, Psychiatry in Medical Practice Routledge, 2008. p.

USO NOCIVO DE ALCOOL (CAGE)

- C (cut) – Você já considerou beber menos ou parar de beber?
- A (annoyed) – Pessoas o tem perturbado por criticá-lo por beber G (guilty) – Você tem se sentido culpado ou mal por beber?
- E (eye opener) – Você bebido logo pela manhã, ao acordar, para aliviar os nervos ou a ressaca ?

Se pelo menos duas positivas fazer consulta específica para alcoolismo e drogas (pode-se usar o instrumento ASSIST da OMS)

MASUR, J. et al, J Bras Psiquiatr; 34:31-4, 199

DEPENDÊNCIA AO TABACO (TESTE DE FAGERSTRÖM)

- 1- Quanto tempo você demora para fumar depois que acordar? <5 min (3) 5-30 min (2) 31-60 min (1) >60 min (0)
- 2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos? Sim (1) Não (0)
- 3- Qual cigarro do dia que te dá mais satisfação? O primeiro da manhã (1) Outros (0)
- 4- Quantos cigarros você fuma por dia? <10 (0) 11 a 20 (1) 21 a 30 (2) >30 (3)
- 5- Você fuma frequentemente pela manhã? Sim (1) Não (0)
- 6- Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? Sim (1) Não (0)

Grau da dependência (somar os pontos):

0-2: muito baixo; 3-4: baixo; 5-médio; 6-7: elevado.

HALTY, L.S. et al, J.Pneumol; 28:180-6, 200

3

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Registrar escolaridade e data do exame

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (0-5 pontos)

1- Dia ☐ Mês ☐ Ano ☐ Dia da semana ☐ Horas ☐

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (0-5 pontos)

2- Local (específico) ☐ Local (geral) ☐ Bairro ☐
Cidade ☐ Estado ☐

REGISTRO (0-3 pontos)

3- Repetir 3 palavras:

carro ☐ vaso ☐ tijolo ☐

ATENÇÃO E CÁLCULO (0-5 pontos)

4- Série descendente de 100-7:

93 ☐ 86 ☐ 79 ☐ 72 ☐ 65 ☐

ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente:

O ☐ D ☐ N ☐ U ☐ M ☐

EVOCÇÃO (0-3 pontos)

5- Repetir as 3 palavras do registro:

carro ☐ vaso ☐ tijolo ☐

LINGUAGEM (0-8 pontos)

6- Denominar um relógio de pulso ☐ e uma caneta ☐

7- Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá" ☐

8- Atender ao comando: "peque um papel com a mão direita ☐, dobre-o ao meio ☐ e coloque-o no chão" ☐

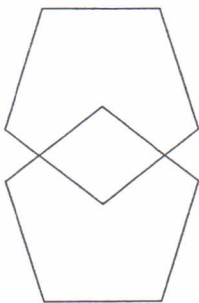
9- Ler e obedecer a seguinte ordem por escrito:

FECHE OS OLHOS ☐

10- Escrever uma frase completa ☐

PRAXIA (0-1 ponto)

11- Copiar o desenho ☐



Pontos de corte para risco de déficit cognitivo:

alfabeto: 13 pontos

1 a 7 anos de estudo: 18 pontos

8 ou mais anos de estudo: 23 pontos

BERTOUCU, P. et al, *Arq Neuropsiquiatr*; 52:1-7, 1994.

ROTEIROS PARA AVALIAÇÃO INTEGRAL

PRINCÍPIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

- I- Os profissionais da Saúde da Família são especializados e qualificados;
- II- Os cuidados são influenciados pela comunidade;
- III- A equipe de Saúde da Família é um recurso de uma população definida;
- IV- A relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho do profissional da Saúde da Família.

Adaptado de LOPES, M. C.

Disponível em www.agnifc.org.br/site/principios.asp; acesso em 15/3/2009

ETAPAS DO ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA

- 1- Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente (illness x disease);
- 2- Entendendo a pessoa como um todo;
- 3- Elaborando projeto comum de manejo dos problemas;
- 4- Incorporando prevenção e promoção à saúde;
- 5- Intensificando a relação profissional - pessoa;
- 6- Sendo realista.

Adaptado de STEWART, M. et al. *Patient centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Medical; 2003.

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS EM APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL

Aproximação da Clínica Ampliada

- Motivo do matriciamento;
- Informações sobre a pessoa, família e ambiente;
- Problemática apresentada no atendimento (nas palavras da pessoa, familiar, outros);
- História do problema atual (início, fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução, intervenções biológicas ou psicossociais realizadas, compartilhamento do caso (referência/contrá-referência);
- Configuração familiar (genograma);
- Vida social (participação em grupos, instituições, rede de apoio social, situação econômica);
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar;
- Formulação diagnóstica multi-axial.

Formulação Diagnóstica Multiaxial

- 1- Transtornos mentais;
- 2- Transtornos/estilo de personalidade e t. do desenvolvimento;
- 3- Problemas de saúde em geral;
- 4- Avaliação de incapacidade;
- 5- Problemas sociais.

Formulação de Projeto Terapêutico Singular

- 1- Abordagens biológicas e farmacológicas;
- 2- Abordagens psicossociais e familiar;
- 3- Apoio do sistema de saúde;
- 4- Apoio da rede comunitária;
- 5- Trabalho em equipe: quem faz o quê.

Cartão Babel

de Saúde Mental na Atenção Básica

Este cartão contém instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco.

Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

O cartão Babel foi adaptado, com autorização de seus autores, do conceito original desenvolvido por Goldberg, Gask e Morriss, em *Psychiatry in Clinical Practice* (Routledge, 2008)



SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Este cartão pode ser reproduzido parcial ou integralmente, desde que citada a fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. *Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.



PROGRAMA VIVER BEM

Ficha de admissão no grupo Sobrepeso Obesidade na Unidade Básica



UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/USF: _____ DATA: ____/____/____

DADOS DO PACIENTES: CNS: _____

Nome do Paciente: _____ () F () M

Data de Nascimento: ____/____/____ idade: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

ANTECEDENTES: () HAS () DM () DISLIPIDEMIA () DOR ARTICULAR () LIMITAÇÃO PARA ANDAR () AVC () IICO () IAM
() TABAGISMO Outros: _____

CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL:

Peso: _____ kg altura _____ m

IMC= _____

$$\text{Índice Massa Corporal} = \frac{\text{PESO (KG)}}{\text{ALTURA (m)} \times \text{ALTURA (m)}}$$

ADULTOS (20 a 60 anos)

Grau	PONTOS DE CORTE
BAIXO PESO ()	MENOR QUE 18,4 kg/m ²
EUTRÓFICO ()	18,5 -24,9 kg/m ²
SOBREPESO ()	25,0-29,9 kg/m ²
OBESIDADE I ()	30,0-34,9 kg/m ²
OBESIDADE II ()	35,0-39,9 kg/m ²
OBESIDADE III ()	ACIMA DE 40 kg/m ²

IDOSOS (acima de 60 anos)

Grau	PONTOS DE CORTE
BAIXO PESO ()	MENOR QUE 21,9 kg/m ²
EUTRÓFICO ()	22,0 -26,9
SOBREPESO ()	Maior que 27

PERGUNTAR AO PACIENTE:

- **Caminha no seu dia a dia?**
() não () sim ____/semana quantos minutos: _____
- **Pratica atividade física?** () não
() sim: qual: _____/semana quantos minutos: _____
- **Faz:** () café da manhã () lanche da manhã () almoço
() lanche da tarde () jantar () lanche da noite
- **Consome todos os dias:**
() frutas () verduras () legumes () leite e derivados, carnes e ovos
() doces () frituras () pão/macarrão/arroz () feijão
- **Não consome:** () não gosta () não tem condições financeiras
- **Pretende perder peso nos próximos:**
() seis meses () 30 dias
- **Modificou estilo de vida para perder peso:**
() há mais de 6 meses () há menos de 6 meses
() comeu menos () fez atividade física outros: _____

ENCAMINHAMENTOS:

- () Solicitado exames laboratoriais
() Caminhando para a saúde () CFM (acima de 60 anos/consulta médica) () CREM (consulta médica)
() CR Assistência Social

() GRUPO DE REFERÊNCIA EM SOBREPESO E OBESIDADE na ATENÇÃO BÁSICA-

Conforme protocolo de acesso. Caso necessário encaminhar ao grupo de referência após seguimento no grupo da Unidade Básica, informar:

Quantas vezes veio ao grupo de sobrepeso e obesidade na unidade básica: _____
e data do encaminhamento ____/____/____

() **Atenção especializada** (nutricionista/endocrinologista mediante guia médica)-
Conforme protocolo de acesso Obesidade grau II e III

Consulta médica agendada para: ____/____/____ com o médico: _____

Responsável pelo preenchimento/Data: _____