

SÉRIE EXTENSÃO

# MANUAL DE MANEJO CLÍNICO

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ORGANIZADORES:  
RICARDO SOUZA HEINZELMANN  
RENATO HOLKEM BONAFÉ



UFSM  
Pró-Reitoria de  
Extensão



editora **ufsm**

SÉRIE EXTENSÃO

# MANUAL DE MANEJO CLÍNICO

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

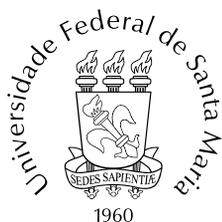
ORGANIZADORES:  
RICARDO SOUZA HEINZELMANN  
RENATO HOLKEM BONAFÉ



**UFSC**  
Pró-Reitoria de  
Extensão



**editoraufsc**  
SANTA MARIA, RS - 2025



**Reitor:** Luciano Schuch

**Vice-reitora:** Marta Bohrer Adaime

**Pró-reitor de Extensão:** Flavi Ferreira Lisboa Filho

**Diretor da Editora:** Enéias Tavares

**Conselho editorial:** Adriano Mendonça Souza, Alcyr Luciany Lopes Martins, André Valle de Bairros, André Zanki Cordenonsi, Enéias Tavares (Presidente), Fernanda Alice Antonello Londero Backes, Graziela Inês Jacoby, Jucemara Antunes, Lana d'Avila Campanella, Marcelo Battesini, Odailso Sinvaldo Berté, Paulo Roberto da Costa, Raone Somavilla, Ricardo de Souza Rocha, Rosani Marisa Spanevello e Sara Regina Scotta Cabral.

**Revisão de texto:** Maicon Antonio Paim e Melissa Martini

**Projeto gráfico:** Gilberto de Moraes Jr. e Gustavo de Souza Carvalho

**Diagramação:** Evandro Bertol

**Supervisão gráfica:** Gustavo de Souza Carvalho

© 2025, Ricardo Souza Heinzlmann e Renato Holkem Bonafé

M294 Manual de manejo clínico na atenção primária à saúde [recurso eletrônico] / organizadores: Ricardo Souza Heinzlmann, Renato Holkem Bonafé. – Santa Maria, RS : Ed. UFSM, 2025.  
1 e-book : il. – (Série Extensão / Pró-Reitoria de Extensão)

1. Medicina 2. Saúde 3. Doenças 4. Tratamento 5. Diagnóstico 6. Medicação  
I. Heinzlmann, Ricardo Souza II. Bonafé, Renato Holkem III. Série.

CDU 614.2

ISBN 978-65-88636-14-5

Ficha catalográfica elaborada por Lizandra Veleda Arabidian - CRB-10/1492  
Biblioteca Central - UFSM



Direitos reservados à:

Editora da Universidade Federal de Santa Maria

Prédio da Reitoria – Campus Universitário – Camobi – CEP: 97105.900 – Santa Maria, RS

(55) 3220.8610/8115 – [editora@ufsm.br](mailto:editora@ufsm.br) – [www.ufsm.br/editora](http://www.ufsm.br/editora)

A **Série Extensão** prevê a disseminação digital e/ou impressa de livros inéditos de produção acadêmica na Extensão Universitária que tenham como prioridade a comunidade externa, desenvolvidos por docentes e outros, em conjunto com estudantes que desenvolvam Programas e Projetos de Extensão da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com recomendada atenção às comunidades ou aos grupos atendidos por Ações de Extensão.

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	6
SOBRE OS AUTORES.....	8
DIABETES MELLITUS.....	9
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	17
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	24
DISLIPIDEMIA .....	31
DOR OSTEOARTICULAR.....	37
ASMA.....	49
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).....	55
PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.....	62
PUERICULTURA.....	75
RASTREAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	88
DEPRESSÃO .....	96
ANSIEDADE .....	103
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS .....	112
ABORDAGEM DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA .....	122

# APRESENTAÇÃO

A garantia do Direito Universal à Saúde e a consolidação do nosso Sistema Único de Saúde dependem fortemente de uma Atenção Primária à Saúde - APS bem estruturada, com amplo acesso e resolutive. Temos no Brasil este enorme desafio de expandir o acesso a serviços de APS com qualidade, em especial pela Estratégia Saúde da Família. Precisamos de serviços que estejam próximos das casas onde as pessoas moram, que tenham um acesso facilitado, garantam integralidade do atendimento, longitudinalidade no acompanhamento das pessoas, famílias e da comunidade e que realizem a coordenação do cuidado das pessoas para que quando necessário possam com segurança transitar pelos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde. Esses serviços demandam ainda uma orientação familiar e comunitária, bem como desenvolver competência cultural necessária para diversidade que existe em nosso grande país.

A Universidade Federal de Santa Maria vem buscando contribuir com a qualificação dos serviços de APS em Santa Maria e municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul. Isso acontece através do aprimoramento do nosso ensino de APS na graduação médica e demais graduações em saúde, pela expansão das Residências de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família e pela execução de inúmeros projetos de extensão e pesquisa no campo da APS.

Esta publicação faz parte deste processo de expansão das nossas ações de ensino, pesquisa e extensão visando qualificar os serviços de APS em Santa Maria e região.

O *Manual de Manejo Clínico na Atenção Primária à Saúde* foi construído a múltiplas mãos com grande envolvimento do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e do Internato em APS do Curso de Medicina da UFSM. A escolha das condições clínicas e agravos presentes nesta edição leva em consideração os resultados dos estudos mais recentes sobre diagnóstico de demanda dos serviços de saúde e estudos de prevalência de doenças e agravos na população brasileira.

É a primeira edição e provavelmente demandará novas atualizações e adequações com base na experiência de sua utilização pelos serviços e a partir do desenvolvimento de novas evidências científicas na área.

O *Manual* tem como referências principais as publicações das Prefeituras de Florianópolis e do Rio de Janeiro, os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde e as publicações do TelessaúdeRS-UFRGS. O *Tratado de Medicina de Família e Comunidade* e o livro *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências* foram utilizados como referências para este *Manual*. Publicações de áreas mais específicas também foram utilizadas em algumas condições clínicas. O conteúdo é apresentado em um formato conciso justamente para garantir objetividade na leitura, tornando-se uma fonte de consulta rápida pelos profissionais inseridos no cotidiano dos serviços de APS.

Este *Manual* tem a função de apoiar a atuação clínica dos médicos que trabalham nas equipes de APS frente às principais demandas de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria e municípios da região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, podendo também ser utilizado como referência por outros profissionais das equipes de APS. O *Manual* passa a ser referência técnica utilizada no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UFSM, bem como suporte pedagógico para o internato em APS do Curso de Medicina da UFSM.

*Ricardo Souza Heinzemann*

# SOBRE OS AUTORES

## **Ricardo Souza Heinzelmann** (Organizador)

Graduado em Medicina pela UFBA. Médico de Família e Comunidade, mestre em Epidemiologia pela UFRGS e doutorando do programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS. Professor do Departamento de Saúde Coletiva da UFSM, Coordenador do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e do Internato em Atenção Primária à Saúde do Curso de Medicina da UFSM.

## **Renato Holkem Bonafé** (Organizador)

Graduado em Medicina pela UFSM. Médico de Família e Comunidade da UFSM. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFSM. Preceptor do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e do Internato em Atenção Primária à Saúde do Curso de Medicina da UFSM.

## **Gabriel Olerich Cecatto**

Graduado em Medicina pela UFSM. Residente de Medicina de Família e Comunidade da UFSM

## **Jonas Sartor Figueiredo**

Graduado em Medicina pela UFSM. Médico de Família e Comunidade. Residente de Dermatologia da UFSM

## **Julia Araújo Mielke**

Graduada em Medicina pela UFSM. Residente de Medicina de Família e Comunidade da UFSM

## **Leonardo Teixeira Limberger**

Graduado em Medicina pela UFSM. Residente de Medicina de Família e Comunidade da UFSM

## **Patrícia Guerreiro Portella**

Graduada em Medicina pela UFSM. Residente de Medicina de Família e Comunidade da UFSM

# DIABETES MELLITUS

## APRESENTAÇÃO

O Diabetes Mellitus – DM é uma doença caracterizada pelo distúrbio do metabolismo associada à presença de hiperglicemia podendo evoluir devido a complicações como retinopatia, vasculopatia, neuropatia e nefropatia.

O DM é responsável por um percentual elevado da morbimortalidade da população, com consequências sociais e econômicas e perda de qualidade de vida de pacientes e familiares, além de contribuir significativamente com uma grande pressão assistencial no sistema de saúde. Estimativas de estudos apontam uma prevalência variando entre 6% e 9% da população adulta.

O manejo adequado do Diabetes Mellitus é complexo, envolve a mudança do processo de trabalho das equipes pensado na organização voltada para atenção às condições crônicas na APS. É uma condição clínica que demanda uma abordagem multiprofissional, processos de educação em saúde para ampliação da capacidade de autocuidado e estímulo para mudanças de estilo de vida.

## Diagnóstico

### 1. Solicitar hemoglobina glicada (HbA1c) ou glicemia:

Tabela 1 – Classificação diagnóstica de diabetes mellitus de acordo com o exame solicitado

HbA1c	Glicemia de jejum	Glicemia casual	
< 5,7%	< 100		Normal
5,7 a 6,4%	100 a 125		Tolerância à glicose diminuída
> 6,5%	≥ 126	≥ 200 + sintomas clássicos	Diabetes*

Fonte: Adaptado do *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*, 2019.

## Manejo do diabetes mellitus

**Tratamento não farmacológico:** Mudanças no estilo de vida (MEV)

- a) Prática de atividade física regularmente em intensidade leve a moderada, como: caminhada, dança, ciclismo, natação, entre outras;
- b) Perda de peso, de 5 a 10% em pessoas com sobrepeso ou obesidade;
- c) Dieta: frutas, verduras e legumes crus, carboidratos complexos (de preferência integrais) e baixo em teor de gordura.
- d) evitar excesso de pães, bolos, arroz, macarrão, mandioca, batata e farinha;
  - i) evitar excesso de doces, sorvete, suco empó, balas e refrigerante;
  - ii) evitar alimentos embutidos (presunto, salame, salsicha), temperos prontos (caldos de carne ou de legumes) e industrializados em geral (azeitonas, sopas e molhos prontos, *chips* etc.);
  - iii) evitar gordura saturada e ácidos graxos trans (frituras, linguiça, leite integral, queijo *cheddar*; manteiga, margarina). Evitar também o uso de banha de porco na preparação dos alimentos.
- e) grupos educativos (com compartilhamento de experiências, dificuldades, angústias e estratégias).

\* É necessária alteração em dois exames diferentes coletados no mesmo dia (ex: glicemia de jejum + HbA1c) ou alteração do mesmo exame coletado em dias diferentes.

**Tratamento farmacológico:** Iniciar caso a meta de HbA1c não seja atingida após 3 meses de MEV.

- a) Iniciar metformina 500 mg à noite, após as refeições. Aumentar gradativamente a dose a cada semana. Reavaliar em 3 meses com nova HbA1c.
- b) Caso a meta não seja atingida após otimização da dose, adicionar sulfonilureia (glibenclamida 5 mg ou glimepirida 2 mg 1x ao dia, antes das refeições). Informar sobre o risco de hipoglicemia, principalmente em idosos. Reavaliar em 3 meses com nova HbA1c.
- c) Caso a meta não seja atingida após otimização da dose, iniciar insulino terapia:
  - i) iniciar com insulina humana NPH 10 a 15 UI ou 0,1 a 0,2 UI/kg/dia à noite, antes de deitar. Manter metformina e sulfonilureia;
  - ii) se a dose ultrapassar 30 UI/dia, fracionar a insulina humana NPH em 2 doses diárias (metade antes do café e metade antes de deitar) e suspender sulfonilureia;
  - iii) aumentar 2 UI a cada 3 dias, até atingir controle glicêmico\*\*.
  - iv) em casos de hipoglicemia, reduzir em 4 UI. Reavaliar em 3 meses com nova HbA1c e caso a meta não seja atingida\*\*\* considerar apoio de especialista.

## Abordagem e monitoramento das complicações diabéticas

**Retinopatia diabética:** referenciar ao oftalmologista no momento do diagnóstico, com necessidade de reavaliação a cada 1 ou 2 anos. Realizar questionamentos sobre a acuidade visual de forma rotineira no consultório, e na detecção de alterações encaminhar para oftalmologista o mais breve possível. A retinopatia geralmente é a primeira complicação a se desenvolver no paciente diabético.

---

\* O alvo da HbA1c deve ser < 7%. Para pacientes com diabetes de difícil controle, múltiplas comorbidades ou baixa expectativa de vida, pode-se considerar metas menos rigorosas, como HbA1c < 8%.

\*\* Para pacientes em uso de insulina, espera-se uma glicemia pré prandial < 130 e antes de dormir < 150.

\*\*\* Sempre investigar o uso correto das medicações. Reforçar a importância do rodízio no local de aplicação da insulina. Reforçar a importância do armazenamento adequado, em ambiente refrigerado, não exposto à luz do sol e não exposto a trocas frequentes de temperatura (evitar a porta da geladeira, por exemplo). Certificar-se da compreensão do paciente ou do familiar responsável.

**Nefropatia diabética:** estimar anualmente a taxa de filtração glomerular (TFGe) e função renal, bem como albuminúria em amostra de urina. Considerar investigação adicional em caso de albuminúria sem retinopatia, pressão arterial elevada e resistente ao tratamento, hematúria significativa ou piora rápida da TFGe. No caso de confirmação da nefropatia:

- a) iniciar inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) com aumento gradual até a dose máxima tolerada. Substituir por bloqueador do receptor da angiotensina II (BRA), caso haja intolerância.
- b) monitorar a dose de potássio sérico. No caso de valores entre 6,0 e 6,5 mEq/L, reduzir a dose de IECA/BRA.

**Neuropatia diabética:** pesquisar anualmente alterações de sensibilidade nas extremidades, pelo exame dos reflexos tendinosos e teste do monofilamento na face plantar dos 1°, 3° e 5° metatarsos. Examinar rotineiramente em consulta as extremidades inferiores na procura de indicações de pé diabético, e orientar o paciente a fazê-lo diariamente (sugerir que seja antes ou depois do banho). Investigar história de gastroparesia (estufamento gástrico, vômitos e diarreias frequentes), bexiga neurogênica (retenção ou incontinência urinária) e disfunções sexuais (disfunção erétil, dispareunia e redução da libido).

- a) se dor neuropática, iniciar antidepressivos tricíclicos (amitriptilina ou nortriptilina) ou anticonvulsivantes (carbamazepina, ácido valproico ou gabapentina) com aumento gradual até melhora dos sintomas;
- b) na presença de infecções em extremidades, iniciar tratamento específico com antibióticos (amoxicilina-clavulanato, cefalexina ou clindamicina) ou antifúngicos;
- c) se gastroparesia, considerar suspensão da metformina e realização de teste terapêutico com metoclopramida ou domperidona. Se houver constipação, instituir laxativos. Se houver diarreia prolongada, considerar loperamida. Para sintomas refratários, solicitar apoio especializado;
- d) se bexiga neurogênica, considerar cateterismo intermitente. Para sintomas refratários, solicitar apoio especializado;
- e) se disfunções sexuais, prescrever inibidor da fosfodiesterase-5 (na ausência de contraindicações) e lubrificantes hidrossolúveis no caso de dispareunia, na ausência de outras alterações no exame ginecológico. Para sintomas refratários, solicitar apoio especializado.

## Medicações para o tratamento da DM disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS

Tabela 2 – Medicações para o tratamento da DM disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS

Classe	Denominação	Concentração	Dose mínima	Dose máxima	Tomadas ao dia
<b>Sulfonilureias</b>	Glibenclamida	5 mg	2,5 - 5 mg	20 mg	1 - 3
	Glimepirida	2 mg	1 mg	8 mg	1 - 2
<b>Biguanidas</b>	Metformina	500 mg	500	2000	1 - 3
	Metformina	850 mg	850	2550	1 - 3
	Metformina liberação prolongada	500 mg	500	2000	1 - 2
<b>Insulina de ação intermediária</b>	Insulina NPH	100 UI/ml	0,1 - 0,2 UI/kg/dia	1 UI/kg/dia	1 - 2
<b>Insulina de ação rápida</b>	Insulina regular	100 UI/ml	Conforme necessidade	Conforme necessidade	3

Fonte: Adaptado do *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*, 2019.

## Periodicidade de exames e avaliações

Tabela 3 – Periodicidade de exames para acompanhamento do paciente com Diabetes Mellitus

Exames e avaliações	Periodicidade
<b>Glicemia de jejum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No momento do diagnóstico e se necessário conforme avaliação clínica.</li> </ul>
<b>HbA1c</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No momento do diagnóstico.</li> <li>A cada 3 meses, se fora do alvo e necessidade de ajuste de dose medicamentosa.</li> <li>A cada 6 meses, se dentro do alvo.</li> </ul>
<b>Colesterol total e HDL Triglicerídeos Creatinina EQU e albuminúria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No momento do diagnóstico.</li> <li>Repetir a cada ano.</li> </ul>
<b>Eletrocardiograma (ECG)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No momento do diagnóstico e se necessário conforme avaliação clínica.</li> </ul>
<b>Fundoscopia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo 1: a cada ano, iniciando 5 anos após o diagnóstico.</li> <li>Tipo 2: a cada ano, a partir do diagnóstico.</li> </ul>
<b>Teste de sensibilidade com monofilamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No momento do diagnóstico.</li> <li>Repetir a cada ano.</li> </ul>

Fonte: Adaptado da *Coleção Guia de Referência Rápida: Diabetes Mellitus*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2016.

## Periodicidade de consultas

Tabela 4 – Periodicidade de consultas para pacientes com Diabetes Mellitus

Profissional	Diabéticos em uso de insulina até duas vezes ao dia e sem lesão de órgão-alvo	Diabéticos em uso de insulina mais de duas vezes ao dia e/ou com lesão de órgão-alvo
Médico	2 vezes ao ano	3 vezes ao ano
Enfermeiro	1 vez ao ano	2 vezes ao ano

Fonte: Adaptado da *Coleção Guia de Referência Rápida: Diabetes Mellitus*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2016.

## Critérios para encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Pacientes com suspeita de cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar hiperglicêmico.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- Pacientes com DM tipo 1;
- Pacientes com insuficiência renal crônica estágio 3B [Taxa de filtração glomerular estimada (TFGe)  $< 45/\text{min}/1,73\text{m}^2$ ]\*;
- Pacientes em uso de insulina humana NPH em dose otimizada superior a 1 UI/Kg/peso e que mantém valor de Hb1Ac fora do alvo;
- Pacientes com necessidade de iniciar uso de insulina regular, com valor de Hb1Ac fora do alvo mesmo com dose otimizada de insulina humana NPH.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Resultado de exame de HbA1c, com data;
- Resultado de exame de creatinina sérica com TFGe\*, com data;
- Insulina em uso, com dose e posologia;
- Demais medicamentos em uso, com dose e posologia;
- Peso do paciente em quilogramas (kg).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

FLORIANÓPOLIS. **Protocolos de Acesso** - Especialidades. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

GUSSO, G; LOPES, JMC; DIAS, LC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** Princípios, Formação e Prática. 2 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

RIO DE JANEIRO. **Coleção Guia de Referência Rápida:** Diabetes Mellitus. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Superintendência de Atenção Primária - Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2016.

SANTA MARIA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais:** REMUME 2021. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, 2021.

UFRGS. **Protocolo de Encaminhamento para Endocrinologia Adulto.** Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS - Porto Alegre: UFRGS, 2018.

# HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

## APRESENTAÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS é uma das condições clínicas mais comuns nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Estima-se uma prevalência entre 25% e 30% da população adulta. É caracterizada pelo aumento da pressão sanguínea nas artérias, o que pode sobrecarregar o sistema cardiovascular e aumentar o risco de doenças graves, como doenças cardíacas, derrame cerebral e insuficiência renal. Hoje é uma das principais causas de mortes prematuras no país.

O manejo clínico da HAS na Atenção Primária à Saúde desempenha um papel fundamental na prevenção de complicações. Muito além da prescrição de medicamentos, é fundamental que os profissionais se preocupem com a orientação adequada sobre estilo de vida mais saudável, a exemplo da adoção de uma dieta balanceada, controle do peso, aumento da atividade física e redução do consumo de sal.

Assim como em outras condições crônicas, a pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica demanda um acompanhamento regular e longitudinal pelos serviços de APS, buscando a abordagem integral do indivíduo, considerando suas necessidades singulares. A adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso e a mudança do estilo de vida constituem importantes desafios para o profissional médico, o que demanda habilidades de comunicação clínica e a utilização do método clínico centrado na pessoa.

## Diagnóstico

1. Dois valores aferidos de pressão arterial (PA) acima de 140 x 90 mmHg em dias diferentes, com uso de manguito adequado e respeitando o período de repouso por 5 a 10 minutos em ambiente calmo. Certificar-se de que o paciente não está com as pernas cruzadas; não está com a bexiga cheia; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes; não praticou atividade física nos 60 minutos anteriores.
2. Realizar a classificação da HAS conforme estágios, de acordo com as Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020:

Tabela 1 – Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

Definição	Valor da PA
Normal	PAS < 130 e PAD < 85
Limitrofe	PAS 130-139 e/ou PAD 85-89
HAS Estágio 1	PAS 140-159 e/ou PAD 90-99
HAS Estágio 2	PAS 160-179 e/ou PAD 100-109
HAS Estágio 3	PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 110

Fonte: *Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020.*

## Manejo da hipertensão arterial sistêmica

### Tratamento não farmacológico:

- a) Para pacientes com HAS Estágio 1 sem lesão de órgão-alvo ou com menos de três fatores de risco\*, o tratamento deve constar com mudanças no estilo de vida (MEV):
  - i) prática de atividade física regularmente, com 150 minutos/semana de atividade moderada\*\* ou 75 minutos/semana de atividade vigorosa\*\*

\* Fatores de risco: tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus, nefropatia, idade > 60 anos, história familiar de doença cardiovascular em homens < 55 anos ou mulheres < 65 anos.

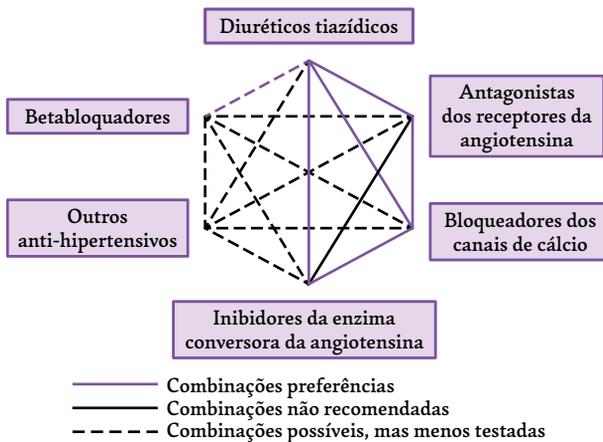
\*\* De acordo com a *Diretriz Brasileira de Hipertensão (2020)*, considera-se como moderada a atividade física que não deixa o paciente ofegante, lhe permitindo conversar. A atividade física vigorosa é aquela que deixa o paciente ofegante, impedindo a comunicação durante a prática.

- ii) dieta hipossódica, com no máximo 4 g (1 colher de chá) de sal por dia, considerando todas as refeições.
  - 1) evitar alimentos embutidos (presunto, salame, salsicha) e enlatados (milho, ervilha, palmito);
  - 2) evitar temperos prontos (caldos de carne ou de legumes), molhos prontos (*ketchup*, mostarda, maionese) e carnes salgadas (charque, defumados);
  - 3) evitar ingestão excessiva de refrigerantes, café e bebidas alcoólicas, assim como evitar o uso de cigarro.
- iii) perda de peso. Reavaliar em 2 meses e caso a meta não seja atingida, iniciar tratamento farmacológico.

**Tratamento farmacológico:**

- a) Para pacientes com HAS Estágio 1 com lesão de órgão-alvo ou com pelo menos três fatores de risco iniciar com 1 classe de anti-hipertensivo. Dar preferência para diuréticos tiazídicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor de angiotensina II (BRA) ou bloqueadores do canal de cálcio. Betabloqueadores não devem ser usados em monoterapia;
- b) Para pacientes com HAS Estágios 2 e 3, iniciar com associação de 2 classes de anti-hipertensivos, sendo um deles da classe dos diuréticos tiazídicos.

Figura 1 – Interações medicamentosas e preferência de combinações



Fonte: *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2 ed. 2019.

## Medicações para o tratamento da HAS disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS

Tabela 2 – Medicações para o tratamento da HAS disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS

Classe	Denominação	Concentração	Dose mínima	Dose máxima	Tomadas ao dia
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	25 mg	12,5 - 25 mg	50 mg	1
Agentes poupadores de potássio	Espironolactona	25 mg	25 mg	100 mg	1 - 2
Betabloqueadores seletivos	Atenolol	25 mg	25 mg	100 mg	1 - 2
	Succinato de metoprolol	50 mg	25 - 100 mg	200 mg	1 - 2
	Tartarato de metoprolol	100 mg	25 - 100 mg	200 mg	1 - 2
Betabloqueadores não seletivos	Propranolol	40 mg	40 mg	240 mg	2 - 3
Agentes alfa e betabloqueadores	Carvedilol	12,5 mg	12,5 mg	50 mg	1 - 2
Antiadrenérgicos de ação central	Metildopa	250 mg	500 mg	1500 mg	2 - 3
Betabloqueadores seletivos de canal de cálcio (diidropiridínicos)	Anlodipino	5 mg	5 mg	10 mg	1 - 2
	Nifedipino retard	20 mg	20 - 40 mg	60 mg	1 - 3
Betabloqueadores seletivos de canal de cálcio (não-diidropiridínicos)	Verapamil	80 mg	80 - 120 mg	480 mg	2 - 3
IECA	Captopril	25 mg	25 mg	200 mg	2
	Enalapril	10 mg	5 mg	40 mg	1 - 2
BRA	Losartana	50 mg	25 mg	100 mg	1

Fonte: *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*, 2019.

## Periodicidade de exames

Tabela 3 – Periodicidade de exames dos pacientes hipertensos

Exames e avaliações	Periodicidade
Glicemia de jejum Colesterol total e HDL Triglicerídeos Creatinina Potássio EQU e albuminúria	<ul style="list-style-type: none"><li>• No momento do diagnóstico e, se necessário, conforme avaliação clínica.</li><li>• Repetir a cada ano.</li></ul>
Eletrocardiograma (ECG)	<ul style="list-style-type: none"><li>• No momento do diagnóstico e, se necessário, conforme avaliação clínica.</li></ul>

Fonte: Adaptado da *Coleção Guia de Referência Rápida: Hipertensão. Manejo clínico da hipertensão em adultos*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2014.

## Periodicidade de consultas

Tabela 4 – Periodicidade de consultas no acompanhamento de hipertensos

Profissional	HAS estágio 1 sem lesão de órgão-alvo ou fatores de risco	HAS estágio 1 com lesão de órgão-alvo ou fatores de risco	HAS estágio 2 sem lesão de órgão-alvo ou fatores de risco	HAS estágio 2 com lesão de órgão-alvo ou fatores de risco	HAS estágio 3
Médico	1 vez ao ano	2 vezes ao ano	2 vezes ao ano	3 vezes ao ano	3 vezes ao ano
Enfermeiro	1 vez ao ano	2 vezes ao ano	2 vezes ao ano	3 vezes ao ano	3 vezes ao ano

Fonte: Adaptado da *Coleção Guia de Referência Rápida: Hipertensão. Manejo clínico da hipertensão em adultos*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2014.

## Indicações de encaminhamento:

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Pacientes com elevação aguda da pressão arterial associada com lesão de órgão-alvo, como infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão e dissecação aórtica, entre outros quadros de gravidade.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

- Pacientes com Hipertensão Arterial Resistente (HAR), ou seja, quando a pressão arterial permanece acima das metas recomendadas mesmo com o uso de três fármacos anti-hipertensivos de classes diferentes, sendo um deles diurético, em doses máximas preconizadas e toleradas;
- Pacientes com suspeita de HAS secundária (Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, Hipertireoidismo, Hiperaldosteronismo, Síndrome de Cushing e Feocromocitoma etc.)

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Alterações significativas no exame físico, se presentes;
- Comorbidades e medicações em uso, com dose e posologia;
- Medidas da pressão arterial vistas em monitorização ambulatorial (MAPA);
- Resultado de exames laboratoriais e de imagem (se alterados), com data.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbcdha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 19 novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2014.

DUNCAN, B. *et al.* (ed.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

FLORIANOPOLIS. **Protocolos de Acesso** - Especialidades. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RIO DE JANEIRO. **Coleção Guia de Referência Rápida:** Diabetes Mellitus. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Superintendência de Atenção Primária - Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2016.

SANTA MARIA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais:** REMUME 2021. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial** – Cardiologia Adulto: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2022

# INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

## APRESENTAÇÃO

A insuficiência cardíaca é uma condição clínica caracterizada por uma diminuição da capacidade do coração de bombear sangue de forma eficaz para atender às necessidades do corpo. Isso ocorre devido a uma disfunção no músculo cardíaco, resultando em uma redução na força de contração (insuficiência sistólica) ou na capacidade de relaxamento (insuficiência diastólica) do coração.

Os sintomas da insuficiência cardíaca incluem fadiga, dispneia, edema de extremidades, ganho de peso inexplicado devido à retenção de líquidos, tosse persistente, palpitações e distúrbios do sono. O manejo dos pacientes com insuficiência cardíaca demanda uma abordagem multiprofissional, apoio para mudanças no estilo de vida (como dieta e exercícios), controle de fatores de risco cardiovascular (como hipertensão e diabetes) e uso adequado de medicações quando indicado.

Apesar de muitas vezes ser facilmente identificada como uma condição a ser acompanhada apenas pelo especialista em cardiologia, a insuficiência cardíaca é um exemplo de condição clínica em que a atenção primária à saúde tem papel central.

## Diagnóstico de Insuficiência Cardíaca (IC)

1. Realizar anamnese e exame físico;
2. Confirmar a patologia e descartar outras etiologias que possam simular os sintomas, por meio de exames complementares como eletrocardiograma e raio-x do tórax;
3. Frente a intermediária ou alta probabilidade de IC, solicitar ecocardiograma;
4. Classificar o estágio da IC, de acordo com a fração de ejeção (FE) e sintomatologia.

Os pacientes com IC podem ser classificados de acordo com a Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE):

- **IC com fração de ejeção preservada (ICFEP):** Pacientes com FEVE  $\geq 50\%$
- **IC com fração de ejeção reduzida (ICFER):** Pacientes com FEVE  $< 40\%$
- **IC de fração de ejeção levemente reduzida (CFEi):** Pacientes com FEVE entre 41 e 49%

Tabela 1 – Definição de insuficiência cardíaca de acordo com a FEVE

IC com fração de ejeção reduzida (ICFER)	IC de fração de ejeção levemente reduzida (CFEi):	IC com fração de ejeção preservada (ICFEP):
FEVE $< 40\%$	FEVE entre 41 e 49%	FEVE $\geq 50\%$

Fonte: Adaptado do *Guias para decisões clínicas na APS: Saúde Cardiovascular – Insuficiência cardíaca*. Telessaúde do Rio de Janeiro, 2020.

Tabela 2 - Classificação Funcional da Insuficiência Cardíaca

Classe	Grau de sintomas
I	Assintomático
II	Limitação leve com atividades físicas habituais
III	Limitação importante com atividades físicas habituais
IV	Sintomas em repouso, com incapacidade de realizar qualquer atividade

Fonte: Rio de Janeiro, 2020, de acordo com a *New York Heart Association (NYHA)*.

Tabela 3 - Exames laboratoriais iniciais no momento do diagnóstico e de seguimento

Exame	Avaliação inicial	Avaliação de seguimento
Hemograma	X	
Ferritina sérica e saturação da transferrina	X	
Creatinina	X	X
Potássio	X	X
Sódio	X	
Hemoglobina glicada	X	
Perfil lipídico	X	
TSH	X	
Função hepática	X	

Fonte: Adaptado do *Guias para decisões clínicas na APS: Saúde Cardiovascular - Insuficiência cardíaca*. Telessaúde do Rio de Janeiro, 2020.

## Manejo de insuficiência cardíaca

1. Tratamento não farmacológico
  - a) Programas de cuidado multidisciplinar (Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Farmácia e Educação Física);
  - b) Prática de atividade física, desde que o paciente esteja compensado (classe NYHA I-III);

- c)** Restrição de sódio e água para os pacientes sintomáticos;
  - d)** Vacinação anual contra influenza e vacinação anti-pneumocócica (Pneumo-23) uma dose após os 65 anos.
- 2. Tratamento farmacológico para ICFER**
- a)** Iniciar inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) e betabloqueadores (carvedilol, succinato de metoprolol ou bisoprolol) para todos os pacientes, desde que estejam compensados;
  - b)** Adicionar espironolactona para os pacientes com classe funcional NYHA II, III e IV;
  - c)** Iniciar diuréticos de alça e tiazídicos para todos os pacientes que se mantêm sintomáticos. Deve-se manter o uso na menor dose possível, após aliviar a congestão;
  - d)** Adicionar digoxina para os pacientes que se mantêm sintomáticos mesmo com uso de diuréticos. Os níveis séricos da medicação devem ser monitorados;
  - e)** Em pacientes que permanecerem sintomáticos apesar do uso das medicações citadas anteriormente, deve-se substituir o IECA/BRA pela associação sacubitril/valsartana. No caso de negros e afrodescendentes, deve-se manter o IECA/BRA e adicionar a associação hidralazina e nitrato;
  - f)** A ivabradina serve como uma opção para pacientes que permanecem sintomáticos após o uso de IECA ou BRA, betabloqueador, espironolactona e diuréticos. Para isso, o paciente deve estar em ritmo sinusal e com frequência cardíaca > 70 bpm.
- 3. Tratamento farmacológico para ICFEP**
- a)** Iniciar diuréticos tiazídicos ou de alça para o controle de sintomas;
  - b)** Iniciar espironolactona e BRA para reduzir as internações hospitalares.

Tabela 4 - Medicações para tratamento de IC disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS

Classe	Denominação	Concentração	Dose inicial	Dose alvo	Tomadas ao dia
IECA	Captopril	25 mg	6,25 mg	50 mg	3
	Enalapril	10 mg	2,5 mg	20 mg	2
BRA	Losartana	50 mg	25 - 50 mg	100 - 150 mg	1
Agentes poupadores de potássio	Espironolactona	25 mg	25 mg	25 - 50 mg	1
Betabloqueadores	Succinato de metoprolol	50 mg	25 mg	25 - 50 mg	1
	Carvedilol	12,5 mg	3,125 mg	50 mg	2
Diuréticos de alça	Furosemida	40 mg	20 - 80 mg	Conforme necessidade (máximo 600 mg/dia, divididos a cada 8 horas)	1
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	25 mg	25 mg	Conforme necessidade (máximo 200 mg/dia)	1
Antiarrítmico classe V	Digoxina	0,25 mg	0,125 mg	Nível sérico entre 0,5 - 0,9 ng/ml	1

Fonte: Adaptado da *Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Santa Maria, 2021*.

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Pacientes com sinais de descompensação aguda, como insuficiência respiratória, hipoperfusão ou congestão pulmonar, entre outros sintomas de gravidade;
- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia;

- Pacientes com insuficiência cardíaca que apresentam piora de classe funcional ou nova cardiopatia associada (arritmia, cardiopatia isquêmica, miocardites, valvopatia);
- Pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (<45%) em classes funcionais NYHA III e IV que persistem sintomáticos apesar de tratamento clínico otimizado com inibidor da enzima conversora da angiotensina ou bloqueador do receptor de angiotensina, betabloqueador, espironolactona e diurético de alça;
- Pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (>45%) que persistem sintomáticos apesar de tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Alterações significativas no exame físico, se presentes;
- Comorbidades e medicações em uso, com dose e posologia;
- Descrição da classe funcional NYHA;
- Histórico de internações recentes por descompensação da patologia nos últimos 12 meses;
- Resultado de eletrocardiograma, ecocardiograma e raio-x de tórax, com data;
- Resultado de outros exames cardiológicos, se realizados, com data.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria Conjunta n° 17**, de 18 de novembro de 2020. Aprova as diretrizes brasileiras para diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Brasília, DF, nov. 2020.

DUNCAN, B. *et al.* (ed.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

FLORIANOPOLIS. **Protocolos de Acesso** - Especialidades. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RIO DE JANEIRO. **Guias para decisões clínicas na APS**: Saúde Cardiovascular – Insuficiência cardíaca. Rio de Janeiro: Núcleo Técnico Científico TelessaúdeRJ da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, 2020.

SANTA MARIA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais**: REMUME 2021. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial** – Cardiologia Adulto: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 20 jan. 2022

# DISLIPIDEMIA

## APRESENTAÇÃO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil. Entre os seus principais fatores de risco, estão o tabagismo, a hipertensão arterial e o colesterol elevado. Na perspectiva das ações de prevenção realizadas na Atenção Primária à Saúde, a estratificação do Risco Cardiovascular - RCV dos pacientes é considerada uma etapa fundamental do trabalho dos profissionais. O objetivo final de calcular e classificar o RCV, é de reduzir o risco do paciente ter um AVC ou IAM nos próximos 10 anos. O cálculo do RCV é parte da estratégia de identificação de pessoas sem DCV que estejam em maior risco de desenvolver um evento cardiovascular maior (como um AVC ou IAM), desta forma é um componente importante do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

## Diagnóstico de Dislipidemia

1. Calcular o LDL pela fórmula de Friedwald\*:
  - a)  $LDL \text{ (mg/dL)} = CT - HDL - (\text{Triglicerídeos}/5)$ .
2. Classificar o nível sérico de lipídeos (mg/dL), de acordo com a *VDiretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose*:

Tabela 1 – Classificação da dislipidemia baseado no nível sérico de lipídeos

Tipo	Normal	
	Com jejum	Sem jejum
Colesterol total (CT)	< 190	< 190
HDL	> 40	> 40
Triglicerídeos	< 150	< 175

Fonte: Atualização da *Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose*, 2017.

3. Estratificar o risco cardiovascular, pelo Escore de Risco Global (ERG) da Sociedade Brasileira de Cardiologia.
  - a) só é possível fazer uso desse Escore para pacientes acima de 30 anos de idade;
  - b) critérios considerados no Escore de Risco Global: doença aterosclerótica significativa (evento isquêmico prévio, doença arterial periférica, obstrução arterial  $\geq 50\%$  em qualquer território visto em exame de imagem, doença renal crônica, diabetes mellitus tipo 1 ou 2, níveis de LDL, tabagismo, pressão arterial, uso atual de estatina.)

\* Só é possível fazer uso dessa fórmula quando o valor de triglicerídeos for abaixo de 400.

## Manejo da Dislipidemia

1. Tratamento não farmacológico: Mudanças no Estilo de Vida (MEV)
  - a) Prática de atividade física regular, idealmente com 150 minutos/semana de atividade moderada\* ou 75 minutos/semana de atividade vigorosa\*;
  - b) Cessar tabagismo – Oferecer apoio e aconselhamento personalizado.
  - c) Evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. O limite diário para homens é de 625 ml de cerveja, 93,7 ml de uísque e 312,5 ml de vinho, e para mulheres metade desse valor;
  - d) Controle de peso – oferecer apoio e aconselhamento para pessoas com sobrepeso/ obesidade.
  - e) Dieta cardioprotetora:
    - i) gorduras insaturadas (óleo de girassol e canola, nozes, castanhas, amendoim);
    - ii) leites de derivados na forma desnatada;
    - iii) fibras solúveis (frutas, verduras, legumes, grãos, aveia, pão integral);
    - iv) minimizar uso de carboidratos simples - açúcares, principalmente os refinados;
    - v) carnes brancas, especialmente peixe. Minimizar o consumo de carne vermelha;
    - vi) restrição de alimentos processados e embutidos.
  
2. Tratamento farmacológico
  - a) O tratamento é de acordo com a meta de LDL, determinada pelo Escore de Risco Global (ERG). É fundamental a decisão compartilhada com o paciente, informando riscos e benefícios associados ao tratamento com estatina, conforme faixa de classificação do paciente;
  - b) Quando for iniciar o tratamento medicamentoso, reforçar a importância das medidas para Mudança de Estilo de Vida - MEV;

---

\* De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão (2020), considera-se como moderada a atividade física que não deixa o paciente ofegante, lhe permitindo conversar. Por outro lado, a atividade física vigorosa é aquela que deixa o paciente ofegante, impedindo a comunicação durante a prática.

- c) Para pacientes em uso de dose máxima da estatina escolhida e que mesmo assim não atingem a meta de LDL, é possível associar ezetimiba 10 mg 1x ao dia, em qualquer horário;
- d) Para pacientes intolerantes ao uso de estatinas em doses elevadas (com queixa de mialgia ou dor abdominal incapacitante) é possível substituir por ezetimiba 10 mg 1x ao dia, em qualquer horário.
- e) Em pacientes com triglicérides > 500 mg/dL, é indicado tratamento específico com fibratos (fenofibrato ou ciprofibrato), podendo esses serem associados com as estatinas. O risco de rabdomiólise ou lesão hepática com essa associação é raro;
  - i) a única associação não recomendada é de genfibrozila + estatina.
- f) Reavaliar o paciente após 3 meses, com novo perfil lipídico e transaminases (TGO e TGP). Aumentar a dose caso a meta de LDL preconizada ainda não seja atingida;
- g) Não é preciso solicitar CPK de rotina. Solicitar apenas em caso de queixa muscular importante que tenha surgido após início da terapia com estatina. Novo exame de transaminases, se normais após 3 meses do início do tratamento, também é desnecessário.

Tabela 2 - Periodicidade dos exames laboratoriais no manejo da dislipidemia e prevenção cardiovascular

Exames	Periodicidade
Perfil lipídico (CT, LDL, HDL e triglicérides)	3 meses após início da medicação. Repetir a cada ano.
TGO e TGP	3 meses após início da medicação
CPK	Somente se queixa muscular importante após início da medicação.

Fonte: Adaptado da *Coleção Guia de Referência Rápida: Prevenção cardiovascular*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2016.

Tabela 3 – Medicações para dislipidemia disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS

Classe	Denominação	Concentração	Dose mínima	Dose máxima	Tomadas ao dia
Estatinas	Sinvastatina	10 mg	10 mg	80 mg	1
	Sinvastatina	20 mg	10 mg	80 mg	1
	Sinvastatina	40 mg	10 mg	80 mg	1

Fonte: Adaptado da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Santa Maria, 2021.

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Pacientes com suspeita de rabdomiólise ou insuficiência hepática aguda.
- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:
- Pacientes com histórico recente de evento cardiovascular (infarto agudo do miocárdio) que ainda não foram avaliados por especialista.
- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:
- Pacientes com histórico recente de evento cardiovascular (acidente vascular cerebral) que ainda não foram avaliados por especialista;
- Pacientes com estenose de carótida > 70%, mesmo que assintomática.
- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia vascular:
- Pacientes com estenose de carótida > 70%, mesmo que assintomática, com indicação de intervenção após avaliação de riscos e benefícios pelo neurologista.
- Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:
- Alterações significativas no exame físico, se presentes;
- Escore de Risco Global calculado (ERG);
- Comorbidades e medicações em uso, com dose e posologia;
- Resultado de exames laboratoriais e de imagem (se alterados), com data.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FALUDI AA, *et al.* **Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.** Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2017; 109 (2Supl.1):1-76.

GUSSO GG, CERATTI JM, DIAS LC. **Tratado de medicina de família e comunidade:** princípios, formação e prática. 2. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2019.

RIO DE JANEIRO. **Coleção Guia de Referência Rápida:** Prevenção cardiovascular. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Superintendência de Atenção Primária - Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2016.

SANTA MARIA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais:** REMUME 2021. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Protocolos de Regulação Ambulatorial:** cirurgia vascular. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS - Porto Alegre: UFRGS, 2020.

# DOR OSTEOARTICULAR

## APRESENTAÇÃO

A dor Osteoarticular é uma das principais causas de procura dos pacientes pelos serviços de Atenção Primária à Saúde - APS. Afeta diversas faixas etárias, tanto em homens quanto em mulheres. Tem impacto importante na qualidade de vida dos pacientes e é uma grande responsável pela emissão de atestados médicos e faltas no trabalho. As manifestações de dor podem ser debilitantes e limitar a funcionalidade dos indivíduos.

A qualificação dos processos de avaliação, diagnóstico e manejo da dor osteoarticular é fundamental na APS, pois busca o aumento de sua resolutividade e diminuição da necessidade de encaminhamentos para especialistas e solicitação de exames de imagem.

## Dor na coluna lombar

1. Realizar anamnese e exame físico. E também procurar sinais de alerta que indiquem necessidade de raio-x de coluna lombar em incidências antero-posterior (AP) e perfil.
2. Sinais de alerta:
  - a) sintomas que iniciaram após os 70 anos de idade ou antes dos 20 anos de idade;
  - b) paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
  - c) paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);
  - d) sinais ou sintomas sistêmicos (febre, perda de peso não intencional, etc.);
  - e) dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade, com piora em repouso ou à noite);
  - f) dor lombar com duração maior que oito semanas, sem resposta ao tratamento clínico\*.
3. Se raio-x normal ou inconclusivo e sinais de alerta persistirem, solicitar tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (retenção ou incontinência fecal e urinária, parestesia em nádegas, perineo e membros inferiores assimétrica ou simétrica, anestesia em sela, perda de força em membros inferiores, aumento dos reflexos tendinosos abaixo do nível da lesão);

---

\* Tratamento clínico aqui é definido como:

- Perda de peso;
- Atividade física de baixo impacto (caminhadas, hidroginástica, reforço muscular);
- Calor úmido superficial;
- Medicações analgésicas e anti-inflamatórias;
- Fisioterapia (evitar durante o período de inflamação aguda, sendo recomendada após no mínimo sete dias de tratamento com anti-inflamatórios, crioterapia e repouso).

- Perda de força progressiva em membros;
- Suspeita de infecção, fratura ou luxação da coluna vertebral associada a trauma recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Radiculopatia sem melhora clínica após seis semanas de tratamento clínico;
- Diagnóstico de estenose de canal lombar ou espondilolistese;
- Dor lombar refratária ou incapacitante após seis meses de tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Descrição das características da dor, tempo de duração, fatores desencadeantes e de alívio, tempo de início dos sintomas, presença de ciatalgia, presença de sinais sistêmicos associados, alterações em exame físico neurológico;
- Descrição de exames de imagem já realizados, com data;
- Tratamento clínico já realizado, com dose das medicações ou descrição das medidas não farmacológicas;
- Presença ou não de imunossupressão e suspeita de neoplasia;
- Comorbidades e medicações em uso, com dose e posologia.

## Dor no joelho

1. Realizar anamnese, exame físico e, caso necessidade, solicitar raio-x de joelho em incidências antero-posterior (AP), perfil e axial;
2. Se raio-x normal ou inconclusivo, procurar sinais de alerta que indiquem necessidade de ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética:
  - a) suspeita clínica de lesão meniscal ou ligamentar (dificuldade para agachar ou ajoelhar, incapacidade de estender completamente o joelho, sensação de instabilidade articular, aumento excessivo na amplitude de movimento do joelho);
  - b) sinais de massa ou tumoração;
  - c) derrame articular recorrente ou persistente.

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Suspeita de fratura ou luxação do joelho;
- Suspeita de artrite séptica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Diagnóstico de lesão meniscal ou ligamentar do joelho;
- Suspeita de tumores osteoarticulares;
- Subluxação patelar recorrente;
- Dor no joelho refratária ou incapacitante após seis meses de tratamento clínico\* otimizado.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Descrição das características da dor, tempo de evolução, presença de instabilidade articular ou crepitação associadas;
- Descrição de exames de imagem já realizados, com data;
- Tratamento clínico já realizado, com dose das medicações ou descrição das medidas não-farmacológicas;
- Comorbidades e medicações em uso, com dose e posologia.

## Dor no ombro

**1.** Realizar anamnese e exame físico e solicitar raio-x de ombro em incidências antero-posterior (AP), perfil e axilar se:

- a)** história de trauma ou fraturas antigas;
- b)** sintomas de instabilidade articular.

---

\* Tratamento clínico aqui é definido como:

- Perda de peso;
- Atividade física de baixo impacto (caminhadas, hidroginástica, reforço muscular);
- Calor úmido superficial;
- Medicações analgésicas e anti-inflamatórias;
- Fisioterapia (evitar durante o período de inflamação aguda, sendo recomendada após no mínimo sete dias de tratamento com anti-inflamatórios, crioterapia e repouso).

2. Se raio-x normal ou inconclusivo, procurar sinais de alerta que indiquem necessidade de ultrassonografia:
- a) suspeita clínica de lesão de manguito com ruptura parcial ou total de tendão do manguito rotador;
  - b) suspeita clínica de capsulite adesiva;
  - c) sintomas de bursite ou tenossinovites refratárias a tratamento clínico\*.

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Suspeita de fratura ou luxação do ombro;
- Suspeita de artrite séptica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Diagnóstico de ruptura total de tendão do manguito rotador;
- Diagnóstico de ruptura parcial de tendão do manguito rotador com dor progressiva ou refratária ao tratamento clínico otimizado;
- Luxação de ombro recorrente;
- Dor no ombro refratária ou incapacitante após seis meses de tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Descrição das características da dor, tempo de evolução, presença de instabilidade articular ou crepitação associadas;
- Descrição de exames de imagem já realizados, com data;
- Tratamento clínico já realizado, com dose das medicações ou descrição das medidas não farmacológicas;
- Comorbidades e medicações em uso, com dose e posologia.

---

\* Tratamento clínico aqui é definido como:

- Perda de peso;
- Atividade física de baixo impacto (caminhadas, hidroginástica, reforço muscular);
- Calor úmido superficial;
- Medicações analgésicas e anti-inflamatórias;
- Fisioterapia (evitar durante o período de inflamação aguda, sendo recomendada após no mínimo sete dias de tratamento com anti-inflamatórios, crioterapia e repouso).

## Dor no punho e na mão

1. Realizar anamnese e exame físico. E também solicitar raio-x de punho em incidências antero-posterior (AP) e perfil ou de mão em incidências AP e oblíquo se:
  - a) história de trauma ou fraturas antigas;
  - b) sintomas de instabilidade articular.
2. Se raio-x normal ou inconclusivo, procurar sinais de alerta que indiquem necessidade de ultrassonografia:
  - a) suspeita de cistos sinoviais;
  - b) suspeita de síndrome do túnel do carpo;
  - c) suspeita clínica de epicondilite refratária a tratamento clínico\*.

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Suspeita de fratura ou luxação;
- Suspeita de artrite séptica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Diagnóstico de ruptura tendínea;
- Diagnóstico de Doença de Dupuytren ou Tenossinovite de De Quervain;
- Cisto sinovial recorrente, que cause prejuízo funcional;
- Dedo em gatilho refratário a tratamento clínico otimizado;
- Síndrome do túnel do carpo com atrofia tenar, déficit sensitivo ou de força após 6 meses de tratamento clínico otimizado;

---

\* Tratamento clínico aqui é definido como:

- Perda de peso;
- Atividade física de baixo impacto (caminhadas, hidroginástica, reforço muscular);
- Calor úmido superficial;
- Medicções analgésicas e anti-inflamatórias;
- Fisioterapia (evitar durante o período de inflamação aguda, sendo recomendada após no mínimo sete dias de tratamento com anti-inflamatórios, crioterapia e repouso).

- Dor no cotovelo refratária ou incapacitante após seis meses de tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Descrição das características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio, presença de instabilidade articular, resultado de manobras de Tinel e Phalen;
- Descrição de exames de imagem ou eletroneuromiografia já realizados, com data;
- Tratamento clínico já realizado, com dose das medicações ou descrição das medidas não farmacológicas;
- Comorbidades e medicações em uso, com dose e posologia.

## Dor no pé e no tornozelo

1. Realizar anamnese, exame físico e solicitar raio-x de pé em incidências anteroposterior (AP) e perfil com carga + oblíquo ou de tornozelo em incidências AP e perfil se:
  - a) história de trauma ou fraturas antigas;
  - b) sintomas de instabilidade articular.
2. Se raio-x normal ou inconclusivo, procurar sinais de alerta que indiquem necessidade de ultrassonografia:
  - a) suspeita de lesão no tendão de Aquiles;
  - b) suspeita de cistos sinoviais;
  - c) suspeita de síndrome do túnel do tarso;
  - d) suspeita de fascíte plantar refratária a tratamento clínico\*
  - e) suspeita clínica de tenossinovite refratária a tratamento clínico.

---

\* Tratamento clínico aqui é definido como:

- Perda de peso;
- Atividade física de baixo impacto (caminhadas, hidroginástica, reforço muscular);
- Calor úmido superficial;
- Medicações analgésicas e anti-inflamatórias;
- Fisioterapia (evitar durante o período de inflamação aguda, sendo recomendada após no mínimo sete dias de tratamento com anti-inflamatórios, crioterapia e repouso).

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Ruptura de tendão de Aquiles;
- Suspeita de fratura ou luxação;
- Suspeita de artrite séptica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Diagnóstico de lesão tendínea;
- Neuroma de Morton sintomático;
- Pé cavo com alterações de marcha ou sintomas neurológicos associados;
- Hálux valgo associado a dor recorrente e incapacitante;
- Cisto sinovial recorrente, que cause prejuízo funcional;
- Síndrome do túnel do tarso refratária após seis meses de tratamento clínico otimizado;
- Fasceíte plantar refratária após seis meses de tratamento clínico otimizado;
- Dor no pé ou no tornozelo refratária ou incapacitante após 6 meses de tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Descrição das características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio, presença de instabilidade articular;
- Descrição de exames de imagem ou eletroneuromiografia já realizados, com data;
- Tratamento clínico já realizado, com dose das medicações ou descrição das medidas não farmacológicas;
- Comorbidades e medicações em uso, com dose e posologia.

## Dor na coluna cervical

1. Realizar anamnese e exame físico e, caso necessidade, solicitar raio-x de coluna cervical em incidências anteroposterior (AP) e perfil.

2. Se raio-x normal ou inconclusivo, procurar sinais de alerta que indiquem necessidade de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética:
- a) sinais de radiculopatia cervical, disfunção neurológica progressiva (principalmente fraqueza);
  - b) paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
  - c) paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);
  - d) sinais ou sintomas sistêmicos (febre, perda de peso não intencional etc.);
  - e) dor cervical com duração maior que oito semanas, sem resposta ao tratamento clínico\*.

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Suspeita de compressão medular (parestesia ou perda de força de membros superiores, espasticidade, aumento dos reflexos tendinosos abaixo do nível da lesão);
- Suspeita de infecção, fratura ou luxação da coluna vertebral associada a trauma recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Radiculopatia sem melhora clínica após seis semanas de tratamento clínico;
- Diagnóstico de estenose de canal cervical;
- Pacientes com artrite reumatoide;
- Dor cervical refratária ou incapacitante após seis meses de tratamento clínico otimizado.

---

\* Tratamento clínico aqui é definido como:

- Perda de peso;
- Atividade física de baixo impacto (caminhadas, hidroginástica, reforço muscular);
- Calor úmido superficial;
- Medicações analgésicas e anti-inflamatórias;
- Fisioterapia (evitar durante o período de inflamação aguda, sendo recomendada após no mínimo sete dias de tratamento com anti-inflamatórios, crioterapia e repouso).

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Descrição das características da dor, tempo de duração, fatores desencadeantes e de alívio, tempo de início dos sintomas, presença de radiculopatia, presença de sinais sistêmicos associados, alterações em exame físico neurológico;
- Descrição de exames de imagem já realizados, com data;
- Tratamento clínico já realizado, com dose das medicações ou descrição das medidas não farmacológicas;
- Presença ou não de imunossupressão e suspeita de neoplasia;
- Comorbidades e medicações em uso, com dose e posologia.

## Dor no quadril

1. Realizar anamnese e exame físico e solicitar raio-x coxofemoral em incidências antero-posterior (AP) e perfil se:
  - a) história de trauma ou fraturas antigas;
  - b) suspeita de impacto femuro-acetabular;
  - c) suspeita de osteonecrose de cabeça de fêmur.
2. Se raio-x normal ou inconclusivo, procurar sinais de alerta que indiquem necessidade de ultrassonografia:
  - a) suspeita clínica de bursite ou tendinite de glúteo refratária a tratamento clínico\*.

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Suspeita de fratura ou luxação do quadril;
- Suspeita de artrite séptica.

---

\* Tratamento clínico aqui é definido como:

- Perda de peso;
- Atividade física de baixo impacto (caminhadas, hidroginástica, reforço muscular);
- Calor úmido superficial;
- Medicações analgésicas e anti-inflamatórias;
- Fisioterapia (evitar durante o período de inflamação aguda, sendo recomendada após no mínimo sete dias de tratamento com anti-inflamatórios, crioterapia e repouso).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Diagnóstico de impacto femuro-acetabular;
- Diagnóstico de osteonecrose de cabeça de fêmur;
- Suspeita de tumores osteoarticulares;
- Subluxação patelar recorrente;
- Dor no quadril refratária ou incapacitante após seis meses de tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Descrição das características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio, tempo de início dos sintomas;
- Descrição de exames de imagem já realizados, com data;
- Tratamento clínico já realizado, com dose das medicações ou descrição das medidas não farmacológicas;
- Comorbidades e medicações em uso, com dose e posologia.

Tabela 1 - Medicações para o tratamento de dor osteoarticular disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS

Classe	Denominação	Concentração	Dose máxima	Tomadas ao dia
Anti-inflamatórios não esteroidais (AINE)	Diclofenaco sódico	50 mg	200 mg	1 - 3
	Diclofenaco sódico injetável	25 mg/ml (ampola com 3 ml)	75 mg	1
	Ibuprofeno	600 mg	3200 mg	1 - 3
	Ibuprofeno gotas	100 mg/ml	3200 mg	1 - 3
	Nimesulida	100 mg	400 mg	1 - 2
Analgésicos comuns	Dipirona	500 mg	4000 mg	1 - 4
	Dipirona gotas	500 mg/ml	4000 mg	1 - 4
	Paracetamol	500 mg	4000 mg	1 - 4
	Paracetamol gotas	200 mg/ml	4000 mg	1 - 4

Fonte: Medicações para dor osteoarticular disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS. Adaptado do *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*, 2019.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELO HORIZONTE. Cuidado Integral da Pessoa com Disfunções Osteomusculares. **Guia do percurso na rede SUS-BH**: atenção primária à saúde, ambulatorios especializados e urgência. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ortopedia adulto** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

FLORIANOPOLIS. **Protocolos de Acesso** - Especialidades. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

# ASMA

## APRESENTAÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica não transmissível complexa caracterizada pela hiper-responsividade das vias aéreas inferiores. Possui um mecanismo complexo de interação entre genética, exposição ambiental e fatores psicossociais que despertam o desenvolvimento e manutenção de sintomas. Para sua definição é fundamental conhecer a história clínica e a boa caracterização dos sintomas respiratórios dos pacientes.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a asma é um dos problemas de saúde respiratória mais recorrentes no Brasil. Estima-se que 23,2% da população viva com a doença, e a incidência varia de 19,8% a 24,9% entre as regiões do País.

Os serviços de Atenção Primária à Saúde devem estar preparados para oferecer ações de promoção da saúde e de educação em saúde para pacientes e familiares, bem como o adequado manejo e acompanhamento longitudinal.

Dentre as causas de internações hospitalares por condições sensíveis à APS, a asma ocupa um lugar de destaque, demonstrando que muitas exacerbações da doença poderiam ser evitadas a partir da qualificação do cuidado prestado nas Unidades Básicas de Saúde.

## Diagnóstico de asma

1. Realizar anamnese e exame físico, à procura de sinais e sintomas sugestivos de asma: sibilos expiratórios à ausculta pulmonar, chiado no peito, tiragem intercostal, hipertrofia de cornetos, dermatite atópica etc;
2. Solicitar espirometria. A razão VEF<sub>1</sub>/CVF menor que 0,75 sugere um distúrbio obstrutivo como a asma, e um aumento do VEF<sub>1</sub> maior que 12% do valor basal + aumento de 200ml após broncodilatador confirma o diagnóstico;
3. No caso de indisponibilidade de espirometria e frente a um paciente com alta probabilidade de asma, é possível iniciar terapia empírica com salbutamol para sintomas agudos e corticoide inalatório para uso contínuo. A melhora dos sintomas após uso dessas medicações sugere fortemente o diagnóstico de asma.

## Manejo da asma

1. Tratamento não farmacológico
  - Confirmar boa adesão ao tratamento e uso de técnica correta;
  - Evitar uso de medicações que possam diminuir a resposta ao tratamento, como ácido acetilsalicílico, anti-inflamatórios não esteroidais e betabloqueadores;
  - Explorar os fatores ambientais que possam descontrolar a asma, como exposição à poeira, poluição, fumaça de cigarro, ácaros, pelo de animais domésticos, materiais de limpeza etc. Considerar também a exposição ocupacional (asma ocupacional);
  - Nos casos de difícil controle, investigar comorbidades que possam estar associadas à asma, como refluxo gastroesofágico, obesidade, rinossinusite crônica, transtornos ansiosos ou depressivos etc.

Tabela 1 – Tratamento farmacológico

<b>Etapa 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CI em dose alta + LABA contínuo + considerar corticoide oral em baixa dose</li> </ul>
<b>Etapa 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CI em dose média + LABA contínuos e SABA se crise <b>ou</b></li> <li>• CI em dose média + LABA contínuos e CI em dose baixa + formoterol se crise</li> </ul>
<b>Etapa 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CI em dose baixa + LABA contínuos e SABA se crise <b>ou</b></li> <li>• CI em dose baixa + LABA contínuos e se crise</li> </ul>
<b>Etapa 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CI em dose baixa contínuo + SABA se crise <b>ou</b></li> <li>• Apenas se crise, CI em dose baixa + formoterol</li> </ul>
<b>Etapa 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas se crise, CI em dose baixa + formoterol <b>ou</b></li> <li>• Apenas se crise, CI em dose baixa + SABA*</li> </ul>

Fonte: Etapas do tratamento farmacológico da asma. Adaptado de PIZZICHINI *et al.*, 2021. SABA: beta agonista de curta ação; LABA: beta agonista de longa ação; CI: corticoide inalatório.

\* O uso de apenas SABA se crise, sem uso de outras medicações contínuas, mostrou maior taxa de exacerbações graves comparado ao uso de SABA se crise + CI e LABA. Portanto, não usar apenas SABA isoladamente como tratamento.

Tabela 2 - Medicações para o tratamento da asma disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS

Classe	Denominação	Concentração (número de doses)	Nome comercial	Dose baixa de corticoide	Dose média de corticoide	Dose alta de corticoide	Uso por dia
CI	Beclometasona spray	50 mcg (200 doses)	Clenil spray	100 - 200 mcg/dia	200 - 400 mcg/dia	> 400 mcg/dia	1 - 2
	Beclometasona spray	200 mcg (200 doses)	Clenil spray				
	Beclometasona cápsula	200 mcg (60 cápsulas)	Miflasona				
	Beclometasona spray	250 mcg (200 doses)	Clenil spray				
CI + formoterol <sup>1</sup>	Budesonida + formoterol spray	6 mcg + 200 mcg (120 doses)	Symbicort	200 - 400 mcg/dia	400 - 800 mcg/dia	> 800 mcg/dia	1 - 2
	Budesonida + formoterol cápsula única	6 mcg + 200 mcg ou 12 mcg + 400 mcg (60 cápsulas)	Alenia				
	Budesonida + formoterol cápsulas separadas	6 mcg + 100 mcg ou 6 mcg + 200 mcg (60 cápsulas)	Foraseq				
CI + LABA*	Fluticasona + salmeterol spray	25 mcg + 125 mcg ou 25 + 250 mcg (120 doses)	Seretide	100 - 250 mcg/dia	250 - 500 mcg/dia	> 500 mcg/dia	1 - 2
SABA	Salbutamol	100 mcg (200 doses)	Aerolin spray	Se crise, 4 jatos de 20 em 20 minutos na primeira hora.			
	Salbutamol	5mg/ml (frasco com 10 ml)	Aerolin solução para nebulização	Se crise, 20 gotas diluídos em 3 a 5 ml de SF 0,9%. Repetir de 20 em 20 minutos na primeira hora.			

Fonte: Medicações para asma disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS. Adaptado de PIZZICHINI et al., 2021.

SABA: beta agonista de curta ação; LABA: beta agonista de longa ação; CI: corticoide inalatório.

\* Possibilidade de adquirir por meio de solicitação ao Estado com preenchimento de Laudo de Medicação Especial (LME).

Tabela 3 - Avaliação do controle da asma e periodicidade de consultas

<b>Crítérios apresentados nas últimas 4 semanas</b>	<b>Asma controlada</b>	<b>Asma parcialmente controlada</b>	<b>Asma não controlada</b>
Sintomas diurnos > 2x na semana	Nenhum dos critérios	1 - 2 critérios	3 - 4 critérios
Despertar noturno			
Necessidade de medicação para crise > 2x na semana			
Limitação nas atividades do dia-a-dia			
<b>Conduta</b>	Após três meses de controle, reduzir progressivamente as doses para voltar à etapa anterior ( <i>step down</i> ).	Aumentar as doses para avançar à etapa superior ( <i>step up</i> ). Reavaliar mensalmente até obter o controle.	

Fonte: Classificação do controle da asma com base em critérios clínicos. Adaptado do *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*, 2019.

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Crise de asma com sinais de gravidade (instabilidade hemodinâmica ou neurológica, cianose, tiragem significativa, ausência de murmúrios vesiculares à ausculta pulmonar).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- Paciente com asma de difícil controle, que necessita tratamento clínico na etapa 5;
- Paciente com asma grave, que está em tratamento na etapa 4 e 5 por mais de seis meses;

- Paciente com história de episódio de crise de asma grave que levou à parada cardiorrespiratória, necessidade de ventilação mecânica ou internação em UTI;
- Paciente com três ou mais consultas em serviço de emergência no último ano devido à crise de asma;
- Paciente com asma lábil, com crises de início abrupto e de forma grave, em que paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Classificação de controle da asma baseado em critérios clínicos;
- Etapa do tratamento em que o paciente se encontra, com descrição dos medicamentos com dose e posologia;
- História de episódio de crise grave (sim ou não);
- Número de exacerbações no último ano e quantidade de internações ou idas a serviço de emergência no último ano;
- Resultado de espirometria, com data;
- Comorbidades e medicações em uso, com dose e posologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

FLORIANOPOLIS. **Protocolos de Acesso** - Especialidades. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

GUSSO, G; LOPES, JMC; DIAS, LC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. 2 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

PIZZICHINI MMM, *et al*. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – 2020. **J Bras Pneumol**. 2020;46(1).

SANTA MARIA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais**: REMUME 2021. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, 2021.

UFRGS. **Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada**: cirurgia torácica e pneumologia adulto. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

# DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

## APRESENTAÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) caracteriza-se pela limitação crônica do fluxo de ar nos pulmões, associada a uma resposta inflamatória anormal. Os sintomas clínicos mais comuns são a tosse, sibilância/chiado no peito, dispneia aos esforços e expectoração, sendo persistentes e com início insidioso. Com o tempo, esses sintomas aumentam gradativamente de intensidade e de frequência, apresentando episódios de exacerbação.

Estudos realizados no país apontam para uma estimativa entre 15% e 20% de prevalência da DPOC na população brasileira. Conforme dados do Ministério da Saúde, a DPOC é a quinta causa de morte entre todas as idades. Também é uma das principais causas de internação no Sistema Único de Saúde entre pacientes com mais de 40 anos.

A DPOC, frequentemente, não é diagnosticada em tempo oportuno. Abordar a DPOC na Atenção Primária à Saúde é fundamental, pois possibilita a identificação precoce, a educação em saúde do paciente e familiares, o controle adequado dos sintomas, levando a melhora significativa da qualidade de vida dos pacientes, além de reduzir as internações hospitalares.

## Diagnóstico de DPOC

1. Realizar anamnese e exame físico, à procura de sinais e sintomas sugestivos de DPOC como: história de tabagismo ou exposição ao fogo à lenha, fumaça de carvão ou de gás de aquecimento, aumento do diâmetro anteroposterior do tórax, tosse crônica, expectoração crônica; sibilos na ausculta pulmonar etc;
2. Solicitar espirometria\*. A razão VEF1/CVF menor que 0,70 após uso de broncodilatador é suficiente para definir um distúrbio obstrutivo irreversível como a DPOC. A medida do VEF1 isoladamente vai definir o estágio da doença:

Tabela 1 - Classificação Gold da gravidade da DPOC, de acordo com os resultados da espirometria

Escala	VEF1 (% predito)
Gold 1 (Leve)	≥ 80
Gold 2 (Moderado)	50 - 79
Gold 3 (Grave)	30 - 49
Gold 4 (Muito Grave)	< 30

Fonte: *Adaptado do Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*, 2019.

3. No caso de indisponibilidade de espirometria e frente a um paciente com alta probabilidade de DPOC, é possível iniciar terapia empírica com beta agonistas de curta ação (SABA) ou ipratrópio para sintomas agudos e beta agonistas de longa ação (LABA) para uso contínuo. A melhora dos sintomas após uso dessas medicações sugere fortemente o diagnóstico de DPOC.
4. O GOLD 2023 introduz os conceitos de Pré-DPOC e PRISM, esses pacientes apresentam risco aumentado para desenvolvimento de DPOC.

\* A espirometria para diagnóstico e acompanhamento de pacientes com DPOC pode ser solicitada na APS por meio do projeto RespiraNet do TelessaúdeRS-UFRGS.

- a) Pré-DPOC: sintomas respiratórios ou alterações estruturais ou funcionais, mas espirometria sem obstrução;
- b) PRISm (*Preserved ratio impaired spirometry*): relação VEF<sub>1</sub>/CVF normal, espirometria anormal (VEF<sub>1</sub> <80% da referência após BD).

## Manejo da DPOC

1. Manejo não farmacológico
  - a) Confirmar boa adesão ao tratamento e uso de técnica correta do uso das medicações inalatórias;
  - b) Estimular a cessação do tabagismo para todos os pacientes;
  - c) Explorar outros fatores ambientais que possam piorar a DPOC, como a exposição à poeira, a poluição, a fumaça de fogão à lenha, o carvão ou o gás de aquecimento. Atenção para exposições ocupacionais;
  - d) Garantir vacinação anti-influenza anualmente, vacinação para COVID-19, e antipneumocócica uma dose após os 65 anos.
2. Terapias não farmacológicas (definir critérios)
  - a) Oxigenoterapia domiciliar - para pacientes com:
    - i) Pressão parcial arterial de oxigênio (PaO<sub>2</sub>) ≤ 55mmHg ou saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) ≤ 88% em repouso;
    - ii) PaO<sub>2</sub> entre 55 e 60 mmHg ou SatO<sub>2</sub> ≤ 88% com evidência de *cor pulmonale*, insuficiência cardíaca congestiva, ou policitemia (hematócrito > 55%).
  - b) Reabilitação pulmonar para pacientes com alta hospitalar por exacerbação há menos de 4 semanas.
3. Tratamento farmacológico
  - a) Definir a classificação de gravidade GOLD, de acordo com histórico de exacerbações e sintomas, e iniciar tratamento de acordo com cada estágio;
  - b) Deve-se solicitar a medicação de escolha via estadual (preenchimento de LME), considerando que os broncodilatadores de longa ação não estão disponíveis na rede municipal. Uma opção na ausência de broncodilatadores de longa ação é o uso do Aerolin (Salbutamol), até que se encaminhe a documentação necessária para o tratamento de acordo com o quadro:

Tabela 2 - Terapia farmacológica inicial para DPOC

<b>Histórico de exacerbações</b>		
≥ 2 ou ≥ 1 com necessidade de hospitalização	Gold E • LABA + LAMA + CI	
0 ou 1 sem necessidade de hospitalização	Gold A • LABA ou LAMA (escolher a mais tolerada)	Gold B • LABA + LAMA (preferir dispositivo inalatório associando ambos)
<b>Sintomas</b>	Dispneia (escala mMRC) 0 - 1	Dispneia (escala mMRC) ≥ 2

Fonte: Adaptado de *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2023*

Tabela 3 - Escala de Dispneia

<b>Classificação mMRC</b>	<b>Definição</b>
0	Dispneia só aos grandes esforços.
1	Dispneia ao andar rápido ou subir uma ladeira.
2	Dispneia ao caminhar no plano, precisando parar para respirar. Anda mais devagar do que as outras pessoas da mesma idade, devido à falta de ar.
3	Dispneia após andar menos de 100 metros no plano, precisando parar para respirar.
4	Dispneia que impede de sair de casa.

Fonte: Escala de dispneia do *Medical Research Council* modificada (mMRC). Adaptado de FERNANDES *et al.*, 2017.

Tabela 4 - Medicações para o tratamento da DPOC disponíveis pela REMUME e pelo CEFAP SES/RS\* em Santa Maria/RS

Classe	Denominação	Concentração (número de doses)	Nome comercial	Dose baixa	Dose média	Dose alta	Uso por dia
SABA	Salbutamol	100 mcg (200 doses)	Aerolin spray	Se crise, até 10 jatos de 20 em 20 minutos na primeira hora.			
SABA	Salbutamol	5 mg/ml (frasco com 10 ml)	Aerolin solução para nebulização	Se crise, 20 gotas diluídas em 3 a 5 ml de SF 0,9%. Repetir de 20 em 20 minutos na primeira hora.			
SAMA	Ipratrópio	20 mcg (200 doses)	Atrovent spray	Se crise, 2 jatos de 6/6 horas.			
SAMA	Ipratrópio	0,25 mg/ml (frasco com 20 ml)	Atrovent solução para nebulização	Se crise, 40 gotas diluídos em 3 a 5 ml de SF 0,9% de 6/6 horas.			
Corticoide inalatório	Beclometasona spray	200 mcg (200 doses)	Clenil spray	100 - 200 mcg/dia	> 200 - 400 mcg/dia	> 400 mcg/dia	1 - 2
Corticoide inalatório*	Beclometasona cápsula	200 mcg (60 cápsulas)	Miflasona				1 - 2
Corticoide inalatório	Beclometasona spray	250 mcg (200 doses)	Clenil spray				1 - 2
Corticoide inalatório*	Budesonida cápsula	400 mcg (número de doses)	Busonid	200 - 400 mcg/dia	400 - 800 mcg/dia	> 800 mcg/dia	1 - 2
CI + LABA*	Budesonida + formoterol spray	200 + 6 mcg (120 doses)	Symbicort	200 - 400 mcg/dia	400 - 800 mcg/dia	> 800 mcg/dia	1 - 4
CI + LABA*	Budesonida + formoterol cápsula única	200 + 6 mcg ou 400 + 12 mcg (60 cápsulas)	Alenia	200 - 400 mcg/dia	400 - 800 mcg/dia	> 800 mcg/dia	1 - 4
LABA*	Formoterol	12 mcg (60 cápsulas)	Foradil, Fluir	12 mcg	24 mcg	48 mcg	1 - 4
LAMA + LABA*	Umeclidínio + vilanterol pó inalante	62,5 + 25 mcg	Anoro Ellipta	1 vez ao dia, somente			1
LAMA + LABA*	Tiotrópio + olodaterol solução inalante	2,5 + 2,5 mcg	Spolto	1-2 acionamentos, 1 vez ao dia, somente			1

Fonte: Medicações para DPOC disponíveis pelo programa farmácia popular e através da SES/RS. SABA: beta agonista de curta ação; SAMA: anticolinérgico de curta ação; LABA: beta agonista de longa ação; LAMA: anticolinérgico de longa ação; CI: corticoide inalatório.

\* Possibilidade de adquirir por meio de solicitação ao Estado com preenchimento de Laudo de Medicação Especial (LME).

## Indicações de encaminhamento\*

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Exacerbação de DPOC com sinais de gravidade (instabilidade hemodinâmica ou neurológica, cianose, tiragem significativa, ausência de murmúrios vesiculares à ausculta pulmonar).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pneumologia:

- Paciente com DPOC de difícil controle, com  $\geq 2$  internações ou ida ao serviço de emergência por exacerbação no último ano, apesar de tratamento clínico otimizado;
- Paciente com DPOC que persiste sintomático, com pontuação  $\geq 2$  na escala mMRC, apesar de tratamento clínico otimizado;
- Paciente com suspeita de *cor pulmonale* (evidência clínica de insuficiência cardíaca direita, ecocardiograma com PsAP  $> 35$  mmHg, eletrocardiograma com sobrecarga direita, raio-x de tórax com aumento de ventrículo direito).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever baseado nas últimas quatro semanas: frequência e intensidade das crises; pontuação na escala de dispneia mMRC ou no Instrumento de Avaliação do DPOC (CAT); outras alterações relevantes);
2. Tabagismo (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em anos-maço);
3. Medicamentos em uso para DPOC (profiláticos e de alívio);
4. Quantidade de internações e atendimentos de emergência no último ano por exacerbação do DPOC;
5. Descrição da espirometria, com data;
6. Descrição do Raio X de tórax, com data;
7. Se avaliação para oxigenoterapia, descrever dois resultados de gasometria ou saturação de oxigênio (paciente respirando em ar ambiente e fora de exacerbação), com data;
8. Número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

---

\* Indicações de acordo com o telessaúdeRS

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

FERNANDES FLA. *et al.* **Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC: perguntas e respostas**. J Bras Pneumol. 2017;43(4):290-301.

FLORIANOPOLIS. **Protocolos de Acesso - Especialidades**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). **Global strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2023 Report**. GOLD, 2023.

GUSSO, G; LOPES, JMC; DIAS, LC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. 2 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

PIZZICHINI MMM, *et al.* **Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia** - 2020. J Bras Pneumol. 2020;46(1).

SANTA MARIA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: REMUME 2021**. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: cirurgia torácica e pneumologia adulto**. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial** - Pneumologia Adulto, 2023

# PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

## APRESENTAÇÃO

Uma das principais ofertas dos serviços de Atenção Primária à Saúde é a consulta de Pré-Natal. O Pré-natal na APS é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados, que demanda uma relação de respeito e empatia dos profissionais de saúde com as mulheres.

Muito além da garantia do número mínimo de consultas de pré-natal, os serviços precisam buscar pela qualidade do Pré-Natal.

O cuidado compartilhado realizado por equipe multiprofissional, a garantia da primeira consulta em tempo oportuno, orientar e preparar a mulher para a maternidade, inclusive do ponto de vista psíquico, fazer prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças próprias da gestação ou que sejam intercorrências previsíveis dela. Esses são alguns dos objetivos que devem ser buscados na assistência do pré-natal.

Importante destacar que entre 10% e 15% das gestações são de alto risco, o que demanda a boa abordagem para diagnóstico destas condições, o acionamento seguro e garantia da continuação da coordenação do cuidado pela APS, mesmo quando a gestante é acompanhada também pelo ambulatório especializado de alto risco.

## Calendário de consultas

- O Ministério da Saúde (MS) recomenda um número mínimo de seis consultas pré-natais. A distribuição das consultas respeita a seguinte periodicidade:
  - Até 32 semanas: mensais.
  - 32 - 36 semanas: quinzenais.
  - 36 - 41 semanas: semanais.
  - Até 20º dia pós-parto: 1 consulta.
  - Até 40º dia pós-parto: 1 consulta.

## Definição da Idade Gestacional (IG) e da Data Provável do Parto (DPP)

- Questionar a data da última menstruação (DUM):
  - a) idade gestacional.
    - i) somar todos os dias decorridos desde a DUM até a presente data, e dividir o total por sete. O resultado é gerado em semanas e dias.
    - ii) em caso de discrepância da IG com parâmetros do exame físico, ou se a DUM for desconhecida/incerta deve-se solicitar ultrassonografia.
  - b) data provável do parto
    - i) Regra de Nägele: acrescentar 7 dias ao 1º dia da última menstruação e somar 9 meses ao mês da última menstruação.
- As datas também podem ser calculadas com ajuda de um Gestograma.

Tabela 1 – Hipertensão (PAS ≥ 140 ou PAD ≥ 90 mmHg)

Classificação	Definição	Conduta
<b>Hipertensão crônica</b>	Hipertensão iniciada antes da 20ª semana, ou persistente após 12 semanas do parto.	Manter alvo da PAS entre 130-155 mmHg e PAD entre 80-105 mmHg. Incluir creatinina nos exames laboratoriais de 1º trimestre. Solicitar proteinúria de 24 horas diante de qualquer presença de proteína após a 20ª semana
<b>Hipertensão gestacional</b>	Hipertensão iniciada após a 20ª semana, sem proteinúria.	Manter alvo da PAS entre 130-155 mmHg e PAD entre 80-105 mmHg. Solicitar proteinúria de 24 horas diante de qualquer presença de proteína.
<b>Pré-eclâmpsia</b>	Hipertensão iniciada após a 20ª semana, associada a proteinúria (≥ 300 mg em urina de 24 horas)	Referenciar à emergência obstétrica.
<b>Eclâmpsia</b>	Pré-eclâmpsia associada à crise convulsiva.	Referenciar à emergência obstétrica.
<b>Crise hipertensiva grave</b>	Valores de PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg, qualquer que seja a etiologia.	Reduzir PA com hidralazina IV ou nifedipina VO até PAS < 160 e PAD < 110 mmHg.

Fonte: Classificação da hipertensão arterial na gestação. Adaptado da *Coleção Guia de Referência Rápida: Atenção ao pré-natal*. Rotinas para gestantes de risco habitual. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2019.

## Incompatibilidade Rh

- Em gestantes Rh negativas:
  - até 28ª semana: realizar Coombs indireto mensalmente;
  - 28ª a 41ª semana: realizar Coombs indireto quinzenalmente.
- No caso de positividade em qualquer um dos exames, referenciar ao pré-natal de alto risco.

## Interpretação do Hemograma

- Normal: hemoglobina  $> 11$  g/dl. Não é necessária suplementação profilática de ferro nesse contexto.
- Anemia leve a moderada: hemoglobina entre 8 e 11 g/dl.
  - a)** iniciar tratamento com 200mg sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar), ou seja, 5 comprimidos ao dia, 1 hora antes ou depois das refeições e, preferencialmente, com suco de limão ou laranja.
  - b)** repetir hemoglobina em 30 dias:
    - i)** manter dose por 3 meses, caso os níveis tenham aumentado.
    - ii)** referenciar ao pré-natal de alto risco, caso níveis tenham estacionado ou diminuído.
- Anemia grave: hemoglobina  $< 8$  mg/dl. Referenciar.

## Interpretação da glicemia de jejum

- Normal:  $< 92$  mg/dl.
- Diabetes mellitus gestacional: 92 - 125 mg/dl
  - a)** realizar controle glicêmico diariamente com HGT, procurando atingir alvos:
    - i)** HGT de jejum  $< 95$  mg/dl.
    - ii)** HGT de 2 horas após refeição  $< 120$  mg/dl.
  - b)** incentivar adoção de Mudanças no Estilo de Vida (MEV):
    - i)** dieta hipoglicêmica (rodízio de carboidratos, verduras, legumes, leite desnatado, queijos *light*, adoçantes etc.);
    - ii)** atividade física de baixo impacto (caminhadas, hidroginástica etc).
  - c)** se após 2 semanas de MEV não houver controle glicêmico, referenciar.
- Diabetes mellitus prévio:  $> 126$  mg/dl. Referenciar.

## Interpretação do TOTG 75 g

- Diabetes mellitus gestacional se:
  - glicemia de jejum  $\geq 92$  mg/dl **ou**
  - glicemia após 1 hora  $\geq 180$  mg/dl **ou**
  - glicemia após 2 horas  $\geq 153$  mg/dl
  
- Diabetes mellitus prévio se:
  - glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dl **ou**
  - glicemia após 2 horas  $\geq 200$  mg/dl

Tabela 2 - Interpretação da sorologia para toxoplasmose

IgG	IgM	Interpretação	Conduta
+	-	Gestante imune	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sem necessidade de novas sorologias.</li> <li>▪ Sorologia trimestral (avaliar reinfeção) e orientação de cuidados.*</li> </ul>
-	-	Gestante suscetível	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Repetir sorologias entre 28 e 32 semanas.**</li> <li>▪ Sorologia bimensal e reforço de cuidados.*</li> </ul>
+	+	Gestante possivelmente infectada	<p>Realizar teste de avidéz de IgG se IG &lt; 16 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avidéz forte: sem necessidade de novas sorologias / exames bimensais.*</li> <li>▪ Avidéz fraca: iniciar com 1g de Espiramicina, via oral, de 8/8 horas e referenciar.</li> </ul> <p>Se &gt; 16 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teste de Avidéz na mesma amostra:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avidéz não exclui infecção atual, auxilia no prognóstico.</li> <li>- Iniciar com espiramicina e encaminhar para o pré-natal de alto risco.*</li> </ul> </li> </ul> <p>Se &gt; 30 semanas de gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iniciar tratamento com esquema tríplice (Sulfadiazina 1,5g 12/12h + Pirimetamina 25mg 1cp 12/12h + Ácido fólico 10mg/dia) e encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.*</li> </ul>

\* Conforme NOTA TÉCNICA 01/2018 - SURTO DE TOXOPLASMOSE EM SANTA MARIA, SES-RS, Departamento de Ações em Saúde, Porto Alegre, 10 de maio de 2018.

\*\* Reforçar a importância de evitar consumo de alimentos crus ou mal-cozidos (especialmente carnes mal passadas), contato com fezes de gato e manipulação de terras.

IgG	IgM	Interpretação	Conduta
-	+	Gestante com infecção recente ou IgM falso positivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se IG &lt; 16 semanas, iniciar com 1g de Espiramicina, via oral, de 8/8 horas e repetir sorologia em 3 semanas. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Se IgG positivo, confirma infecção. Manter o tratamento com Espiramicina e encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.</li> <li>– Se IgG permanecer negativo: suspender tratamento e manter seguimento.</li> </ul> </li> </ul>

Fonte: Adaptado da *Coleção Guia de Referência Rápida: Atenção ao pré-natal*. Rotinas para gestantes de risco habitual. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2019.

## Interpretação do EQU e Urocultura

- Leucocitúria: > 10.000 células/ml ou > 5 células por campo. Tratar infecção do trato urinário, se urocultura também positiva.
- Proteinúria:
  - se > 10 mg/dl e associado a hipertensão ou edema, referenciar;
  - se > 300 mg/dl (proteinúria maciça), mesmo que isolada, referenciar.
- Urocultura > 100.000 UFC/mL: tratar conforme antibiograma, mesmo que assintomática (fecha diagnóstico para Bacteriúria Assintomática).

## Interpretação dos testes rápidos

- HIV: se 1º teste rápido reagente, realizar outro (2º) teste rápido de marca diferente.
  - se 2º teste rápido reagente, referenciar;
  - se 2º teste rápido não reagente, fazer novamente outros dois testes. Permanecendo a discordância, solicitar exames laboratoriais.

- Sífilis
  - Se teste rápido ou VDRL reagente, iniciar tratamento imediatamente para gestante e parceiro com penicilina G benzatina, de acordo com a classificação da sífilis (salvo se há história de tratamento e seguimento bem documentados). Repetir mensalmente o VDRL na gestante e trimestralmente no parceiro, para monitorar a resposta ao tratamento.
  - Se teste rápido positivo e VDRL negativo: Pesquisar tratamento anterior. Se comprovado, pode-se considerar descontinuar o tratamento. Repetir VDRL em 30 dias.
  - Se VDRL em baixos títulos (< 1/8) e teste rápido negativo: Considerar reação cruzada e falso-positivo. Recomenda-se FTA-Abs IgM/IgG para elucidação diagnóstica em até 30 dias, reforçando que o tratamento já deve ter sido iniciado conforme item primeiro, independentemente dos resultados destes últimos. Objetiva elucidação diagnóstica e tranquilização familiar, uma vez que falsos positivos em VDRL podem ocorrer, podendo abalar a estrutura familiar.
  - Se VDRL em baixos títulos (< 1/8) e teste rápido positivo ou indisponível, instituir tratamento, a não ser que haja comprovação de tratamento prévio adequado.
  
- Hepatite B: se teste rápido ou HBsAg reagente, solicitar HBV-DNA, HbeAg, TGO e TGP.
  - se HBV-DNA detectável, referenciar;
  - se HBV-DNA não detectável, repetir teste rápido e HBsAg em 30 dias.
  
- Hepatite C: se teste rápido reagente, solicitar HCV-RNA.
  - se HCV-RNA detectável, referenciar.
  
- Cultura do estreptococo do Grupo Beta-Hemolítico (GBS)
  - O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento de GBS durante o pré-natal.
  - Quando realizado, em geral entre 35 a 37 semanas de gestação, com cultura de swab coletado inicialmente no introito vaginal e posteriormente do reto.
  - Em gestantes com UCA positiva para GBS, há recomendação de tratamento com antibiótico intraparto.

Tabela 3 – Tabela de sugestão de condutas do pré-natal de baixo risco, de acordo com a idade gestacional e a periodicidade de consultas.

Grupo	Semanas										
	Primeiro contato	Até 12 <sup>a</sup>	16 <sup>a</sup> a 20 <sup>a</sup>	20 <sup>a</sup> a 24 <sup>a</sup>	24 <sup>a</sup> a 28 <sup>a</sup>	28 <sup>a</sup> a 32 <sup>a</sup>	32 <sup>a</sup> a 34 <sup>a</sup>	34 <sup>a</sup> a 36 <sup>a</sup>	36 <sup>a</sup> a 40 <sup>a</sup>	40 <sup>a</sup> a 41 <sup>a</sup>	
<b>Suplementação</b>	Iniciar ácido fólico 0,4mg 1x/dia. Iniciar Sulfato ferroso 40mg de Fe elementar/dia até 3 meses pós parto.										
<b>Rastreamento</b>	Colher exame citopatológico do colo uterino										
<b>Definições</b>		Definir idade gestacional e data provável do parto									
<b>Exame físico</b>		Medir peso e calcular IMC									
		Medir altura uterina									
		Aferir pressão arterial									
			Auscultar BCF								
									Verificar a posição fetal		

Grupo	Semanas									
	Primeiro contato	Até 12 <sup>a</sup>	16 <sup>a</sup> a 20 <sup>a</sup>	20 <sup>a</sup> a 24 <sup>a</sup>	24 <sup>a</sup> a 28 <sup>a</sup>	28 <sup>a</sup> a 32 <sup>a</sup>	32 <sup>a</sup> a 34 <sup>a</sup>	34 <sup>a</sup> a 36 <sup>a</sup>	36 <sup>a</sup> a 40 <sup>a</sup>	40 <sup>a</sup> a 41 <sup>a</sup>
Exames laboratoriais		Tipagem ABO e fator Rh			Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) 75g (se glicemia de jejum antes da 20 <sup>a</sup> semana foi < 92 mg/dl)					
		Coombs indireto (se Rh negativo)				Coombs indireto (se Rh negativo) quinzenalmente	Coombs indireto (se Rh negativo)			
		Hemograma				Hemograma				
		Glicemia de jejum								
		Sorologia para toxoplasmose IgM e IgG				Sorologia para toxoplasmose IgM e IgG (se ambos negativos em exame anterior)				
		EQU e urocultura				EQU e urocultura				
		Testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C				Testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C				
		<b>Pré-natal do parceiro:</b> testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C							Pesquisa de colonização por GBS por swab vaginal (entre 36 <sup>a</sup> e 37 <sup>a</sup> semanas)	

	Semanas									
Grupo	Primeiro contato	Até 12 <sup>a</sup>	16 <sup>a</sup> a 20 <sup>a</sup>	20 <sup>a</sup> a 24 <sup>a</sup>	24 <sup>a</sup> a 28 <sup>a</sup>	28 <sup>a</sup> a 32 <sup>a</sup>	32 <sup>a</sup> a 34 <sup>a</sup>	34 <sup>a</sup> a 36 <sup>a</sup>	36 <sup>a</sup> a 40 <sup>a</sup>	40 <sup>a</sup> a 41 <sup>a</sup>
<b>Exames de imagem</b>		Ultrassonografia Obstétrica								
<b>Imunizações</b>		Vacina Anti-Influenza								
		Vacina Anti-Hepatite B (se esquema com menos de 3 doses ou incerteza sobre o status vacinal)								
		Vacina Anti-Tetânica (se esquema com menos de 3 doses ou incerteza sobre o status vacinal)	Dose dTpa (considerar como parte integrante do esquema vacinal, se esquema incompleto)							

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4 - Medicações disponíveis para uso no pré-natal na atenção básica na REMUME em Santa Maria/RS

Grupo	Denominação	Concentração	Dose usual	Dose máxima/dia	Tomadas ao dia
Suplementação	Ácido fólico	0,2 mg/ml	0,4 mg	5 mg	1
	Ácido fólico	5 mg	0,4 mg	5 mg	1
	Sulfato ferroso	200 mg (40 mg de ferro elementar)	200 mg de ferro elementar	600 mg de ferro elementar	1 - 3
	Sulfato ferroso	125 mg/ml (25 mg/ml de ferro elementar)	200 mg	600 mg	1 - 3
Anti-hipertensivos	Anlodipino	5 mg	5 mg	10 mg	1 - 2
	Metildopa	250 mg	500 mg	3000 mg	2 - 3
	Nifedipino retard	20 mg	20 mg	120 mg	1 - 3
Antibióticos para tratamento de ITU	Amoxicilina	500 mg	500 mg	3000 mg	2 - 3
	Cefalexina	500 mg	500 mg	4000 mg	4
	Nitrofurantoína	100 mg	400 mg	400 mg	4
	Sulfametoxazol + trimetoprim	400 + 80 mg	800 + 160 mg	1200 mg + 240 mg	2
Tratamento de sífilis	Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 unidades	2.400.000 unidades	2.400.000 unidades	1
Tratamento de toxoplasmose	Ácido fólico	15 mg	15 mg	15 mg	1

Fonte: Adaptado da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Santa Maria, 2021.

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência obstétrica:

- Suspeita de pré-Eclâmpsia ou Eclâmpsia;
- Crise hipertensiva grave;
- Isoimunização Rh com US revelando anemia fetal;
- Sinais de instabilidade hemodinâmica;
- Suspeita de Toxoplasmose com lesão de órgão-alvo (Coriorretinite, Miocardite, Meningoencefalite, Pneumonite ou Miosite).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pré-natal de alto risco:

- Hipertensão crônica com lesão em órgão-alvo (presença de Microalbuminúria, doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, Retinopatia);
- Hipertensão crônica com valores de pressão arterial fora do alvo mesmo com uso de dois ou mais anti-hipertensivos;
- Hipertensão crônica associada a diabetes mellitus gestacional;
- Suspeita de hipertensão secundária;
- Hipertensão gestacional;
- Gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo, em qualquer título;
- Diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias;
- Hemoglobina < 8 g/dl ou entre 8 e 11 g/dl refratário ao tratamento otimizado com sulfato ferroso;
- Diabetes mellitus gestacional sem controle após 2 semanas de tratamento não farmacológico;
- Diabetes mellitus prévio;
- Diagnóstico de toxoplasmose gestacional.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Idade gestacional (baseado em DUM ou US precoce);
- Comorbidades prévias e medicações em uso;
- Resultado de exames laboratoriais ou de imagem, se alterados, com data;
- Antecedentes obstétricos ou perinatais relevantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 32. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

GUSSO, G; LOPES, JMC; DIAS, LC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. 2 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

RIO DE JANEIRO. **Coleção Guia de Referência Rápida: Atenção ao pré-natal. Rotinas para gestantes de risco habitual**. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Superintendência de Atenção Primária - Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2019.

RIO GRANDE DO SUL. **Guia do pré-natal na atenção básica**. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul - Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2018.

SANTA MARIA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: REMUME 2021**. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Protocolos de encaminhamento para obstetrícia (pré-natal de alto risco)**. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS - Porto Alegre: UFRGS, 2019.

# PUERICULTURA

## APRESENTAÇÃO

Uma das principais ações da Atenção Primária à Saúde é a oferta da Puericultura. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a partir de ações individuais e coletivas, em uma perspectiva ampliada de saúde com abordagem multiprofissional, é uma característica do trabalho realizado pelas equipes nas Unidades Básicas de Saúde.

Esta ação visa propiciar para a criança o melhor nível de desenvolvimento físico, emocional, intelectual, moral e social e também contribuir para que ela possa ter uma vida mais plena. A Puericultura deve incorporar conceitos de risco e vulnerabilidade, entendendo a criança na sua dimensão psíquica e nas suas relações com a família e a comunidade.

## Frequência das consultas:

- 1ª semana
- 1º mês de vida
- 2º mês de vida
- 4º mês de vida
- 6º mês de vida
- 9º mês de vida
- 12º mês de vida

Além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais.

## Triagens Neonatais:

### Teste do Pezinho

Período para realização: 3º ao 7º dia de vida\* na UBS.

### Teste da Orelhinha: Triagem auditiva

Período para realização: A partir de 24h de vida. Realizado ainda na maternidade, antes da alta hospitalar.

### Teste do Olhinho: Triagem ocular (teste do reflexo vermelho)

Período para realização: na maternidade, antes da alta hospitalar.

### Teste do coraçãozinho: Oximetria de pulso

Período para realização: entre 24h e 48h de vida. Geralmente realizado antes da alta hospitalar.

## Anamnese:

- Condições gestacionais e dados perinatais (comorbidades maternas, intercorrências gestacionais e no parto, idade gestacional, peso ao nascer, comprimento ao nascer, perímetro cefálico, apgar).
- Verificar situação vacinal e realização de triagens neonatais.

---

\* Embora não seja o ideal, aceita-se que seja feita a coleta até o 30º dia de vida do bebê.

- Alimentação (tipos de alimentos ofertados, horários e dificuldades).
- Diurese e hábito intestinal (quantidade de fraldas trocadas ao dia).
- Higiene física (banho diário e uso de produtos infantis).
- Queixas referidas pelos pais.
- Condições emocionais da família.

## Exame físico:

Estado geral da criança, medidas antropométricas (peso, comprimento/altura\* e perímetro cefálico), frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, pressão arterial (se necessário e a partir de 3 anos de idade de rotina, anualmente); exame da cabeça, palpação das fontanelas e suturas, olhos, implantação das orelhas, Otoscopia, exame da orofaringe, pescoço, tórax, abdome, genitália, membros, gânglios, pulsos e perfusão periférica; desenvolvimento neuropsicomotor e realizar as manobras de Ortolani e Barlow nos primeiros 3 meses de vida (avaliar displasia do desenvolvimento do quadril). Depois dos 3 meses, a limitação da abdução dos quadris, assimetria de pregas na pele ( nádegas ou região inguinal) e o encurtamento de um dos membros inferiores, indicam a possibilidade de luxação displásica do quadril.

Tabela 1 – Frequência cardíaca normal

Recém-nato	70 a 170
11 meses	80 a 160
2 anos	80 a 130
4 anos	80 a 120
6 anos	75 a 115
8 anos	70 a 110
10 anos	70 a 110

Fonte: *Cadernos de Atenção Básica: Saúde da Criança*, Ministério da Saúde, 2012

\* As crianças menores de 2 anos devem ser medidas deitadas (comprimento). Crianças com 2 anos ou mais devem ser medidas de pé (altura).

Tabela 2 - Frequência respiratória normal

De 0 a 2 meses	Até 60 irpm
De 2 meses a 4 meses	Até 50 irpm
De 12 meses a 5 anos	Até 40 irpm
De 6 anos a 8 anos	Até 30 irpm
Acima de 8 anos	Até 20 irpm

Fonte: *Cadernos de Atenção Básica: Saúde da Criança*, Ministério da Saúde, 2012

## Vigilância do crescimento infantil:

- O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico dos dados antropométricos da criança na Carteira de Saúde da Criança, onde encontram-se as curvas da Organização Mundial de Saúde (OMS).
- É considerado crescimento normal quando peso, comprimento/altura e perímetro craniano estiverem no intervalo entre mais ou menos dois desvios padrão da média das populações utilizadas como padrão para a construção dos gráficos de referência;
- Para crianças prematuras (<37 semanas IG), utilizar a idade corrigida até que completem 2 anos.
- Como calcular?
  - Tempo que faltou para a IG de termo: 40 semanas menos IG do nascimento em Ex: 40 sem - 28 sem = 12 sem (correspondem a 3 meses).
  - Depois, descontar da idade cronológica. Ex: criança com 6 meses (Idade cronológica) - 3 meses (desconto) = 3 meses de idade gestacional corrigida.
- Atentar para crianças que nos gráficos de peso, estatura ou perímetro cefálico se encontram **abaixo no Z score -2 ou acima no Z score +2**, bem como qualquer mudança rápida que desvie a curva da criança para cima ou para baixo. Tais crianças devem ser avaliadas individualmente e, se necessário, encaminhadas ao especialista.

- O período da vida entre a gestação e os 2 anos de idade da criança (1.000 dias) é crítico para a promoção do crescimento e do desenvolvimento do indivíduo, devido à acentuada velocidade de multiplicação celular. Dessa forma, a nutrição adequada na primeira infância é fundamental para o desenvolvimento completo do potencial de cada ser humano.

### Rastreamento do estrabismo:

- O estrabismo pode ser avaliado pelo teste da cobertura e pelo teste de Hirschberg.
- Sugere-se a realização de ambos os exames nas **consultas dos 4, 6 e 12 meses**, pois a presença de estrabismo anterior ao citado período pode ser um achado normal.

### Rastreamento da criptorquidia:

- A migração espontânea dos testículos ocorre geralmente nos primeiros 3 meses de vida (em 70% a 77% dos casos) e raramente após os 6 a 9 meses.
- Se aos 6 meses não forem encontrados testículos palpáveis no saco escrotal, será necessário encaminhar a criança à cirurgia pediátrica.

Tabela 3 – Marcos do desenvolvimentos infantil

<b>Até o final do 3º mês de vida:</b>	O bebê sorri. Sustenta a cabeça. Descobre as mãos e brinca com elas, gosta de levá-las à boca. Fixa e acompanha com os olhos o objeto que lhe interessa. Vira a cabeça para o som.
<b>Dos 3 aos 6 meses:</b>	Busca objetos com as mãos e tenta segurá-los, leva-os à boca, passa-os de uma mão à outra. Vira-se sozinho. Rola na cama. Senta com apoio. Descobre os pés, brinca com eles e leva-os à boca. Acompanha os objetos com os olhos. Localiza o som. A vocalização nos primeiros seis meses de idade não significa que a criança escuta. Esse período assinala o início da fase cortical do desenvolvimento, ausência de memória dos reflexos primários, com mudança significativa do tônus muscular. A criança sente prazer em emitir e ouvir seu próprio som.
<b>Dos 6 aos 9 meses:</b>	Senta sem apoio. Usa os braços e as mãos para se equilibrar. Passa um objeto de uma mão à outra. Expressa suas emoções. Brinca de esconde-achou. Reconhece o rosto da mãe entre os demais e pode reagir à sua ausência com angústia. Gosta de ficar com quem conhece e pode estranhar as pessoas.
<b>Dos 9 aos 12 meses:</b>	Balbucia monossílabos e inibe-se com o “não”. Levanta-se e consegue ficar de pé com apoio, posteriormente, já fica em pé sozinho. Pode engatinhar e tentar dar os primeiros passos. Acompanha com os olhos objetos em qualquer postura. Localiza o som, em qualquer direção. Adquire desde os nove meses a preensão tipo pinça: segura objetos com os 3 dedos, usando polegar.
<b>Dos 12 aos 36 meses:</b>	As experiências sociais adquiridas, controle dos esfíncteres, andar e falar propiciam maior autonomia.

Fonte: *Cadernos de Atenção Básica: Saúde da Criança*, Ministério da Saúde, 2012

- Se houver dificuldade de aquisição de determinada habilidade, os pais ou cuidador(a) deverão ser orientados quanto à **necessidade de estimulação**; na persistência e evolução progressiva do déficit de desenvolvimento, a criança deverá ser encaminhada à referência de risco, quando necessário.
- Considerar a variação da normalidade e no caso de criança prematura, valorizar a idade corrigida.

- Aplicação da escala M-CHAT-R para auxílio na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível TEA. Escala consta na caderneta da criança pág. 87.

## Medidas para prevenção de acidentes:

- As crianças devem dormir em colchão firme, **de barriga para cima**, cobertos até a altura do peito com lençol ou manta presos embaixo do colchão e os bracinhos para fora.
- Remover do berço todos os brinquedos, travesseiros e objetos macios quando a criança estiver dormindo, para reduzir o risco de asfixia.
- Comprar somente brinquedos apropriados para a criança. Objetos pequenos e partes pequenas de brinquedos podem causar sufocação.
- Manter materiais de limpeza, remédios e vitaminas trancados e longe da criança.
- Sempre teste a temperatura da água do banho, usando o dorso da mão ou o cotovelo.
- Evitar esquentar líquidos no micro-ondas, preferir esquentar no fogão e sempre testar a temperatura antes de ofertar à criança.
- Não deixar panelas com cabos virados para fora do fogão, nem usar toalha comprida na mesa. A criança pode puxá-la e derrubar utensílios e líquidos quentes sobre ela.
- Não tomar líquidos quentes nem fumar enquanto estiver com a criança no colo.
- Não use andador com rodas, prefira o cercado (chiqueirinho).
- Preferir móveis com pontas arredondadas ou considerar o uso de pontas de silicone (protetores de quinas) vendidas em lojas de artigos infantis.
- Bebês devem viajar no bebê-conforto, instalado de costas para o movimento do veículo, até completarem um ano de idade e pesarem pelo menos 13 Kg.
- Nunca deixar as crianças, sem vigilância, próximas a pias, a vasos sanitários, a banheiras, a baldes e a recipientes com água. Esvaziar logo depois de usá-los.

- A partir dos 6 anos a criança já é quase independente, por isso aumenta a necessidade de proteção e supervisão das atividades dela fora de casa.

## **Aleitamento Materno:**

O aleitamento materno deve ser incentivado em toda consulta de Puericultura. A frequência e duração das mamadas devem ser ilimitadas, ou seja, em **livre demanda**. Preconiza-se o aleitamento materno exclusivo até o bebê completar 6 meses de idade, e seguir com complementação até pelo menos 2 anos de idade.

### **Contraindicações para a amamentação:**

- Mães infectadas pelo HIV.
- Mães infectadas pelo HTLV (vírus linfotrópico humano de linfócitos T).
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação
  - Alguns fármacos têm contra-indicações relativas ou absolutas, como antineoplásicos e radiofármacos.
- Infecção herpética com vesículas na pele da mama - mantendo a amamentação na mama sadia.
- Varicela.
- Doença de Chagas na fase aguda, ou com sangramento mamilar evidente.
- Abscesso mamário até que seja drenado e iniciado antibiótico - mantendo a amamentação na mama sadia.
- Consumo de drogas de abuso: interrupção temporária.

Etilismo e Tabagismo não contra-indicam a amamentação, mas deve-se desestimular o consumo de tais substâncias.

Diante da impossibilidade do aleitamento materno exclusivo, deve-se orientar a mãe quanto à utilização de fórmula infantil ou leite de vaca. O leite de vaca é considerado impróprio para crianças menores de 1 ano de idade, entretanto, nos casos que se faça necessário seu uso por questões socioeconômicas e culturais, deve ser orientado preparo adequado com diluição até os quatro meses de idade.

Tabela 4 - Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas

Idade	Volume	Frequência (refeições por dia)
Até 30 dias de vida	60 a 120ml	6 a 8
30 a 60 dias	120 a 150ml	6 a 8
2 a 4 meses	150 a 180ml	5 a 6
4 a 8 meses	180 a 200ml	2 a 3
Acima de 8 meses	200ml	2 a 3

Fonte: *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*, Ministério da Saúde, 2019

## Introdução Alimentar

A partir dos seis meses de idade, é recomendado que o lactente receba, além da amamentação, alimentos complementares variados, que incluem frutas, cereais, tubérculos, legumes, verduras, grãos, carnes e ovos.

A introdução alimentar é fundamental para suprir os nutrientes necessários ao crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na criança, devendo ser acompanhada pela ingestão de água nos intervalos entre as refeições.

A introdução deve ser lenta e gradual, respeitando a aceitação da criança. Não é necessário peneirar ou bater os alimentos no liquidificador, apenas amassá-los com o garfo.

Tabela 5 - Esquema Alimentar para Crianças de 6 a 12 meses de idades

Aos 6 meses	7 e 8 meses	9 a 12 meses
Aleitamento materno sob livre demanda		
<b>Café da manhã:</b> Leite materno		
<b>Lanche da manhã:</b> Fruta e leite materno		
<b>Almoço:</b> 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos 1 alimento do grupo dos feijões 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras 1 alimento do grupo das carnes e ovos Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta		
Quantidade aproximada: 2 a 3 colheres de sopa no total	Quantidade aproximada: 3 a 4 colheres de sopa no total	Quantidade aproximada: 4 a 5 colheres de sopa no total
<b>Lanche da tarde:</b> Fruta e leite materno		
<b>Jantar:</b> Leite materno	<b>Jantar:</b> Igual ao almoço	
<b>Antes de dormir:</b> Leite materno		

Fonte: *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2019)*.

## Suplementação:

Em geral, a criança amamentada exclusivamente até os 6 meses de vida, por uma mãe bem nutrida, não necessita de suplementação com vitaminas, com exceção da vitamina K (que é ofertada de forma rotineira nas maternidades) e da vitamina D em situações selecionadas.

**Ferro:** 1 a 2mg de Fe elementar/kg de peso para o público de crianças de 6 a 24 meses.

- Sulfato Ferroso 1 gota/kg/dia

**Vitamina A:** Recomendado pelo Ministério da Saúde somente nas regiões consideradas de risco.

**Vitamina D:** A suplementação de vitamina D de forma rotineira ainda permanece controversa.

**Zinco:** Não há uma recomendação universal quanto à suplementação de zinco para a população brasileira.

Tabela 6 - Vacinação

Vacina	Proteção contra	Composição	Idade recomendada
BCG	Formas graves de tuberculose, meningite e miliar	Bactéria viva atenuada	Ao nascer
Hepatite B Recombinante	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Ao nascer
Poliomielite 1,2,3 VIP - inativada	Poliomielite	Vírus inativado tipos 1,2, e 3	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses
Poliomielite 1 e 3 VOP - atenuada	Poliomielite	Vírus vivo atenuado tipos 1 e 3	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos
Rotavírus Humano (VRH)	Diarreia por Rotavírus	Vírus vivo atenuado	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses
DTP+Hib+HB (Penta)	Difteria, Tétano, Coqueluche, Haemophilus influenzae B e Hepatite B	Toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche inativada. Oligossacarídeos conjugados do Hib, antígeno de superfície de HB	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses
Pneumocócica 10-valente (PCV 10)	Pneumonias, Meningites, Otites, Sinusites	Polissacarídeo capsular de 10 sorotipos pneumococos	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses
Meningocócica C (Conjugada)	Meningite meningocócica tipo C	Polissacarídeos capsulares purificados da Neisseria meningitidis do sorogrupo C	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 5 meses Reforço: 12 meses
Febre Amarela (Atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	Dose: 9 meses Reforço: 4 anos
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivos atenuados	12 meses

Vacina	Proteção contra	Composição	Idade recomendada
Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (SCRV)	Sarampo, Caxumba Rubéola e Varicela	Vírus vivos atenuados	15 meses
Hepatite A (HA)	Hepatite A	Antígeno do vírus da hepatite A, inativada	15 meses
Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico purificados, inativada	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico purificados, inativada	A partir dos 7 anos de idade
Papilomavírus humano (HPV)	Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	Partícula da cápsula do vírus antígeno de superfície	9 a 14 anos para <b>Meninas e Meninos</b>
Varicela (9)	Varicela	Vírus vivo atenuado	4 anos

Fonte: Adaptado do Duncan *et al.*, 2022.

### Observações:

- Crianças que não apresentarem cicatriz vacinal após receberem a dose da vacina BCG não precisam ser revacinadas.
- Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação contra o Rotavírus, não repita a dose. Nesses casos, considere a dose válida.
- A recomendação de vacinação contra a febre amarela é para todo Brasil, devendo seguir o esquema de acordo com as indicações da faixa etária e situação vacinal
- A vacina tetra viral corresponde à segunda dose da tríplice viral e à primeira dose da vacina varicela. Na sua indisponibilidade, pode ser substituída pelas vacinas tríplice viral e vacina varicela (monovalente).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância**: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

GUSSO, G; LOPES, JMC; DIAS, LC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. 2 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

# RASTREAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

## APRESENTAÇÃO

Os rastreamentos compõem o leque de ações de prevenção realizados na Atenção Primária à Saúde. A ação consiste na aplicação de exames e testes em pessoas assintomáticas, pertencentes a grupos populacionais específicos, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade nesses grupos. A partir dos resultados desses testes/exames podem ser definidas medidas preventivas adicionais.

Nos últimos anos, vem se ampliando a discussão no meio científico sobre os benefícios e riscos associados aos exames e testes de rastreamento. Esse é um debate muito importante em especial no âmbito da Medicina de Família e Comunidade, considerando o histórico da especialidade em relação à Prevenção Quaternária, ou seja, a busca por reduzir o risco de intervenções desnecessárias, hipermedicalização e danos iatrogênicos.

Desta forma, são apresentadas nesta seção os rastreamentos com um grau elevado de evidência que demonstra que seus benefícios superam possíveis danos associados.

## Dislipidemia

Tabela 1 – Rastreamento da Dislipidemia

Grupos		Conduta	Periodicidade
Homens	Mulheres		
> 35 anos <b>ou</b> > 20 anos se alto risco cardiovascular	> 45 anos <b>ou</b> > 20 anos se alto risco cardiovascular	Solicitar Colesterol total + HDL + LDL + Triglicerídeos	A cada 5 anos

Fonte: Adaptado de *Cadernos de Atenção Básica*, n. 29.

Rastreamento. Ministério da Saúde, 2010

## Hipertensão Arterial Sistêmica

Tabela 2 – Rastreamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

Grupos	Conduta	Periodicidade
≥ 18 anos	Aferir pressão arterial	Anualmente

Fonte: Adaptado de *Cadernos de Atenção Básica*, n. 29.

Rastreamento. Ministério da Saúde, 2010

## Diabetes Mellitus tipo II

Tabela 3 – Rastreamento do Diabetes Mellitus tipo II

Grupos	Conduta	Periodicidade
≥ 45 anos <b>ou</b> Risco cardiovascular moderado ou alto <b>ou</b> IMC > 25 kg/m <sup>2</sup> + outro fator de risco*	Solicitar glicemia de jejum de 8 horas	A cada 3 - 5 anos

Fonte: Adaptado de *Cadernos de Atenção Básica*, n. 29.

Rastreamento. Ministério da Saúde, 2010

\* **Fatores de risco:** Pai ou mãe com diabetes; HAS; História de diabetes gestacional ou recém-nascido nascido com mais de 4 kg; Triglicerídeos > 250 mg/dL ou HDL < 35 mg/dL; exame prévio com glicemia de jejum alterada, tolerância diminuída à glicose ou HbA1c ≥ 5,7%; acanthosis nigricans; Síndrome de Ovarios Policísticos; Sedentarismo.

## Obesidade

Tabela 4 – Rastreamento da Obesidade

Grupos	Conduta	Periodicidade
A partir dos 6 anos de idade	Calcular o IMC	Anualmente

Fonte: Adaptado de *Cadernos de Atenção Básica*, n. 29. Rastreamento. Ministério da Saúde, 2010

## Câncer de Colo do Útero

Tabela 5 – Rastreamento do Câncer de Colo do Útero

Grupos	Conduta	Periodicidade
Mulheres entre 25 - 64 anos com vida sexual ativa	Coletar exame citopatológico do colo uterino (CP)*	A cada 3 anos, após dois exames normais consecutivos**

Fonte: Adaptado do INCA, 2021

Tabela 6 – Interpretação dos resultados do exame citopatológico de colo do útero (CP)

Resultado	Conduta
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Se > 30 anos: repetir CP em 6 meses Se < 30 anos: repetir CP em 12 meses
Células escamosas atípicas de significado indeterminado que não permitem excluir lesão de alto grau (ASC-H)	Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas (AGC)	Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida	Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL)	Repetir CP em 6 meses
Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)	Encaminhar para colposcopia

Fonte: Adaptado do *Caderno de Atenção Básica n. 13*. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama, Ministério da Saúde, 2013.

\* Informar previamente ao dia da coleta sobre a necessidade de não realizar exames intravaginais e não usar lubrificantes, espermicidas, preservativos ou medicamentos vaginais nas 48 horas anteriores à coleta do CP.

\*\* Em mulheres portadoras do vírus HIV, o rastreamento deve ser anual.

## Câncer de mama

Tabela 7 - Rastreamento do Câncer de Mama

Grupos	Conduta	Periodicidade
Mulheres entre 50 e 69 anos (risco habitual)	Solicitar mamografia bilateral	A cada 2 anos
Mulheres com história familiar de: um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade < 50 anos; ou pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de ovário, em qualquer faixa etária; ou homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama.	Rastreamento anual com mamografia iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem, porém não antes dos 30 anos. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.	Anualmente
Mulheres e homens com mutação ou com parentes de 1º grau (lado materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1/2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden entre outras.	Rastreamento anual com mamografia a partir dos 30 anos de idade. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada	Anualmente

Fonte: Adaptado do INCA, 2021

Tabela 8 - Interpretação dos resultados da mamografia de rastreamento

<b>Categoria BIRADS</b>	<b>Significado</b>	<b>Conduta</b>
0	Inconclusivo	Complementar com ultrassonografia de mamas.
1	Normal	Manter rastreamento (repetir em 2 anos).
2	Achados benignos	Manter rastreamento (repetir em 2 anos).
3	Achados provavelmente benignos	Repetir em 6 meses.
4	Achados com suspeita de malignidade	Solicitar punção de mama por agulha grossa ( <i>core biopsy</i> ).
5	Achados com alta suspeita de malignidade	
6	Achados comprovadamente malignos	Garantir coordenação de cuidado e acesso aos procedimentos recomendados pelo especialista.

Fonte: Adaptado do *Caderno de Atenção Básica n. 13*. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama, Ministério da Saúde, 2013.

## Câncer colorretal

Tabela 9 - Rastreamento do Câncer Colorretal

<b>Grupos</b>	<b>Conduta</b>	<b>Periodicidade</b>
50 e 75 anos	Solicitar pesquisa de sangue oculto nas fezes	A cada 2 anos
50 a 75 anos, com pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo	Solicitar colonoscopia	O mais breve possível

Fonte: Adaptado do INCA, 2021

Tabela 10 – Preparo do paciente para a coleta do exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes

<b>Componentes a serem evitados nas 72 horas anteriores ao exame</b>	
Alimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carne vermelha</li> <li>• Feijão</li> <li>• Legumes e verduras: beterraba, espinafre, rabanete, brócolis, couve-flor</li> <li>• Frutas: banana, pera, maçã, ameixa, uva preta, laranja, limão, acerola, manga, maracujá, caju, abacaxi, goiaba, mamão, morango, kiwi, tomate</li> </ul>
Medicações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anti-inflamatórios</li> <li>• Corticosteroides</li> <li>• Aspirina</li> <li>• Suplementos com ferro</li> <li>• Suplementos com vitamina C</li> </ul>

Fonte: Adaptado de *Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML): coleta e preparo da amostra biológica*, Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, 2014.

Tabela 11 – Seguimento de pólipos intestinais ressecados com nova colonoscopia

<b>Tipo histológico</b>	<b>Periodicidade</b>
Lesões adenomatosas	
1 a 2 adenomas < 10 mm com displasia de baixo grau	Desnecessário
3 a 4 adenomas < 10 mm com displasia de baixo grau	10 anos
≥ 1 adenomas ≥ 10 mm	3 anos
≥ 5 adenomas (independente de tamanho)	3 anos
Qualquer adenoma com displasia de alto grau	3 anos
Lesões não adenomatosas	
Pólipos hiperplásicos < 10 mm	Desnecessário
Pólipos hiperplásicos ≥ 10 mm	3 anos
Até 4 pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	10 anos
≥ 5 pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	3 anos
Pólipos serrilhados ≥ 10 mm ou com displasia	3 anos

Fonte: Adaptado de *Telecondutas: pólipos colorretais*, UFRGS, 2022.

## Rastreamento de uso abusivo de álcool

### Questionário CAGE

As **quatro perguntas** abaixo devem ser respondidas com sim ou não.

1. Você já sentiu necessidade de diminuir a quantidade de álcool que consome?
2. Você já ficou aborrecido ao receber críticas sobre o seu hábito de beber?
3. Você já se sentiu mal ou culpado pelo seu consumo de álcool?
4. Você já ingeriu bebidas alcoólicas pela manhã com o intuito de diminuir a ressaca ou se sentir melhor?

**Resultado:** Se duas ou mais questões foram respondidas afirmativamente, o resultado do rastreamento é considerado positivo. A equipe deve ofertar apoio e aconselhamento de forma individualizada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, n. 13.** Controle dos cânceres do colo do útero e da mama, 2ª ed.. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, n. 36.** 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.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, n. 29.** Rastreamento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Detecção Precoce do Câncer.** Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva - Rio de Janeiro: INCA, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede - 2. ed. rev. atual - Rio de Janeiro: INCA, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Protocolo de Encaminhamento para Mastologia**. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS - Porto Alegre: UFRGS, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Telecondutas**: pólipos colorretais. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre: TelessaúdeRS - UFRGS, 2022.

# DEPRESSÃO

## APRESENTAÇÃO

A Depressão é um diagnóstico amplo e heterogêneo, caracterizado por humor deprimido e/ou perda de prazer na maioria das atividades rotineiras. Estudos sugerem uma prevalência entre 5% e 12% da população nos diversos municípios do Brasil. A depressão pode estar associada a grande comprometimento funcional da saúde física e do bem-estar.

O manejo terapêutico deve levar em conta as necessidades e as preferências das pessoas sob cuidado. A boa comunicação clínica é essencial, apoiada em informações baseadas em evidências, dando condições para as pessoas participarem informadas das decisões sobre seus cuidados. Pacientes, familiares e cuidadores devem ter a oportunidade de envolver-se nas decisões sobre os cuidados terapêuticos.

A maioria dos casos de depressão deve ser manejada na APS, por meio de intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso, quando indicado. Os profissionais do matriciamento em saúde mental podem ajudar a capacitar as equipes para esse fim e devem estar disponíveis para discutir casos mais complexos e com maior dificuldade de abordagem.

## Diagnóstico de depressão

1. Atentar para situações que levantam a suspeita de depressão:
  - Quadro de tristeza ou falta de esperança;
  - Sintomas não específicos, como cansaço, perda de libido ou sintomas sem explicação médica;
  - Portadores de doenças crônicas ou doenças agudas graves de ocorrência recente;
  - Mulheres no período puerperal;
  - Fatores sociais: desemprego, separação, falta de apoio familiar;
  - Uso de álcool ou outras drogas;
  - História familiar ou episódio pessoal prévio de depressão.
2. Caso suspeita, rastrear depressão por meio de duas perguntas:
  - a) “Você se sentiu incomodado por estar para baixo, deprimido ou sem esperança?”
  - b) “Você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?”
3. Em caso de resposta positiva para pelo menos uma das perguntas, avaliar os critérios diagnósticos para depressão de acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-5)*:

Tabela 1 – Critérios diagnósticos do DSM-5 para depressão

Critério*	Pontos
Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias	1
Diminuição considerável do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias	1
Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, ou redução/aumento do apetite quase todos os dias	1
Insônia ou hipersonia, quase todos os dias	1
Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias	1
Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias	1
Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, quase todos os dias	1
Indecisão ou diminuição na capacidade de se concentrar, quase todos os dias	1
Pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida recorrente sem plano concreto	1

Fonte: Adaptado do *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*, 2017.

\* Os sintomas devem estar presentes há pelo menos 2 semanas.

#### 4. Classificar os sintomas de acordo com a gravidade da depressão:

Tabela 2 - Classificação da gravidade da depressão

Sintomas depressivos subliminares	< 5 pontos
Episódio leve	≥ 5 pontos, com pequeno comprometimento funcional
Episódio moderado	≥ 5 pontos, com moderado comprometimento funcional
Episódio grave	≥ 5 pontos, com grande comprometimento funcional, com ou sem sintomas psicóticos

Fonte: Adaptado da *Coleção Guia de Referência Rápida: Depressão*.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2016.

## Manejo da depressão

Tratamento não farmacológico: indicado para todos os graus de depressão.

### 1. Abordagem geral

- a) Mudanças no Estilo de Vida (MEV): higiene do sono; evitar alimentar-se em excesso; evitar consumo de cigarro ou bebidas alcoólicas antes de dormir; praticar atividade física regularmente;
- b) Abordar, de forma direta, sobre ideação ou plano suicida. Ao contrário da crença de muitos, essa abordagem não aumenta o risco de suicídio do paciente;
- c) Abordar relações interpessoais, como possíveis conflitos e pessoas próximas que possam servir como rede de apoio no tratamento. O uso de Genogramas e Ecomapas pode ser útil. Deve-se garantir o envolvimento da família no processo de tratamento;
- d) Abordar condições de vida e isolamento social, na tentativa de quebrar o ciclo vicioso que se cria entre esses dois fatores;
- e) Investigar possível violência psicológica, física ou sexual, garantindo um ambiente de privacidade e confiança;
- f) Investigar outras comorbidades em saúde mental presentes no paciente, já que essa condição está associada à doença mais grave e persistente, como o transtorno bipolar.

2. **Psicoeducação:** fornecer ao paciente informações sobre a patologia, podendo usar o tempo da própria consulta, materiais informativos ou grupos terapêuticos de saúde mental. É fundamental a participação de toda equipe de atenção básica e da equipe multiprofissional, se disponível.
3. **Terapia de Resolução de Problemas:** pode ser feita na própria unidade de saúde, pelo médico da família e comunidade. O foco das consultas está em ajudar no desenvolvimento de estratégias para resolução dos problemas, devendo ser feito em conjunto com o paciente:
  - a) Elaborar uma lista dos problemas que o paciente está passando e tem dificuldade em superar;
  - b) Elaborar uma lista de possíveis soluções para os problemas enumerados;
  - c) Estimular o paciente a escolher uma solução que seja factível e que dependa unicamente da ação do próprio. A solução deve ser fracionada, para torná-la passível de ser aplicada na prática.
4. **Terapia Cognitivo-Comportamental:** é feita por um psicoterapeuta, constituindo a primeira linha de tratamento para casos leves. É de difícil oferta na atenção primária em decorrência da escassez de profissionais habilitados, mas pode ser oferecida para pacientes com condições de arcar com o tratamento.

Tratamento farmacológico: indicado para depressão moderada e grave, depressão leve refratária a intervenções não farmacológicas ou sintomas depressivos subliminares presentes por pelo menos 2 anos.

1. Dar preferência ao uso de Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) como primeira linha de tratamento. Iniciar com doses baixas e agendar a primeira reavaliação após 2 semanas, com possibilidade de aumento gradual da dose até atingir resposta satisfatória.
  - a) Esclarecer que o período para ação plena do antidepressivo é de 2 a 4 semanas;
  - b) Esclarecer que nos primeiros dias de uso pode ocorrer uma piora dos sintomas ou surgir outros efeitos adversos, os quais devem ser apenas monitorados se forem leves e aceitáveis para

o paciente. No caso de agitação, ansiedade ou insônia, se pode associar benzodiazepínicos. Essa estratégia deve durar no máximo 2 semanas e não é recomendada em pessoas com ansiedade crônica ou risco para dependência química;

- c)** Esclarecer que os antidepressivos não provocam dependência;
  - d)** Agendar novas reavaliações a cada 4 semanas nos primeiros 3 meses, com possibilidade de espaçamento se a resposta ao tratamento for boa.
- 2.** Se os sintomas persistirem mesmo em uso de ISRS em dose máxima tolerada, tentar trocar para outra medicação da mesma classe;
  - 3.** Se mesmo assim o paciente manter-se sintomático, não tolerar a troca ou não ter condições de obter o ISRS, fazer tentativa com antidepressivo tricíclico, iniciando-o paralelamente à redução gradual do ISRS;
  - 4.** A combinação de fármacos de diferentes classes deve ser restrita a casos selecionados, uma vez que está associada a maior carga de efeitos colaterais;
  - 5.** Sempre questionar histórico de episódios de mania ou hipomania, que estão relacionados ao transtorno bipolar e cuja medicação antidepressiva pode desencadear uma virada maníaca;
  - 6.** A duração do tratamento deve ser mantida por pelo menos 6 meses após a remissão dos sintomas, para diminuir o risco de recorrência.

Tabela 3 - Medicações para o tratamento da depressão disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS

Classe	Denominação	Concentração	Dose usual	Dose máxima	Tomadas ao dia
ISRS	Fluoxetina	20 mg	20 - 60 mg	80 mg	1
Benzodiazepínicos	Clonazepam	0,5 mg	0,5 - 4 mg	6 mg	1 - 3
	Clonazepam	2 mg	0,5 - 4 mg	6 mg	1 - 3
	Diazepam	5 mg	5 - 10 mg	60 mg	1 - 3
Tricíclicos	Amitriptilina	25 mg	25 - 75 mg	300 mg	1
	Imipramina	25 mg	25 - 100 mg	200 mg	1 - 3
	Nortriptilina	25 mg	25 mg	150 mg	1 - 3

Fonte: *Adaptado do Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática, 2019.*

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Pacientes com sintomas psicóticos agudos;
- Pacientes com risco de suicídio, sem suporte social e familiar capaz de conter o risco;
- Pacientes com risco de auto ou heteroagressão, sem suporte social e familiar capaz de conter o risco.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria (CAPS):

- Pacientes com depressão refratária a tratamento farmacológico, com tentativa de duas medicações diferentes com uso por pelo menos 8 semanas;
- Pacientes com depressão associada a sintomas psicóticos;
- Pacientes com depressão associada à tentativa de suicídio, ideação suicida persistente ou hospitalização psiquiátrica prévia.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Evolução e características dos sintomas psiquiátricos, com idade de início, número de episódios depressivos, comorbidades em saúde mental e internações psiquiátricas anteriores;
- Presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado, com descrição;
- Presença de ideação suicida ou tentativas de suicídio atuais ou no passado, com descrição;
- Prejuízo funcional associado à condição, com descrição;
- Tratamentos em uso ou já realizados, com tipo, duração, dose e posologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FLORIANOPOLIS. **Protocolos de Acesso** - Psiquiatria. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

GUSSO GG, CERATTI JM, DIAS LC. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. - Porto Alegre : Artmed, 2019.

RIO DE JANEIRO. **Coleção Guia de Referência Rápida: Depressão**. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Superintendência de Atenção Primária - Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2016.

SADOCK BJ, VIRGINIA A, SADOCK PR. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria**. 11. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTA MARIA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: REMUME 2021**. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Protocolo de Encaminhamento para Psiquiatria Adulto**. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS - Porto Alegre: UFRGS, 2016.

# ANSIEDADE

## APRESENTAÇÃO

Ansiedade pode ser definida como um estado de angústia, preocupação e/ou apreensão. É um sentimento frequentemente acompanhado de outras queixas mentais, como pensamentos excessivos, medos intensos, insônia e irritabilidade, ou também queixas físicas, como palpitações cardíacas e tremores. É fundamental identificar quando essa ansiedade se torna excessiva a ponto de prejudicar o funcionamento da pessoa, seja em seu desempenho ocupacional, social ou até mesmo biológico (como é o caso de pessoas que não conseguem dormir por estarem muito ansiosas), caracterizando o quadro como Transtorno de Ansiedade.

A ansiedade pode ser sintoma de diversos problemas de saúde mental, e até mesmo de problemas frequentemente não revelados em uma primeira consulta, como violências, assédio moral, bullying etc. Também pode ser sintoma um problema clínico, como o hipertireoidismo.

Por isso, a Atenção Primária à Saúde tem papel destacado para acompanhamento dos pacientes com sintomas de ansiedade, compreendendo a pessoa como um todo, dentro do contexto familiar e comunitário.

## Diagnóstico de ansiedade

1. Atentar para situações que levantam a suspeita de ansiedade:
  - Pacientes com doenças crônicas de saúde física;
  - Pacientes sem doenças crônicas de saúde física, mas que frequentemente buscam atendimento na atenção primária em saúde por sintomas somáticos;
  - Pacientes com preocupação persistente sobre diferentes questões.
2. Caso suspeita, avaliar os critérios diagnósticos para ansiedade generalizada de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-5):
  - Ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias há pelo menos 6 meses, em mais de um ambiente (por exemplo: em casa, no trabalho, na escola...), que causam prejuízo na qualidade de vida;
  - O indivíduo considera difícil controlar a preocupação;
  - Há associação da ansiedade e preocupação com  $\geq 3$  dos sintomas (há pelo menos 6 meses):
    - Inquietação
    - Fatigabilidade
    - Dificuldade de concentração ou esquecimento
    - Irritabilidade
    - Tensão muscular
    - Alteração no sono

## MANEJO DA ANSIEDADE

### Abordagem geral

1. Mudanças no Estilo de Vida (MEV): higiene do sono; evitar alimentar-se em excesso; evitar consumo de cigarro ou bebidas alcoólicas antes de dormir; praticar atividade física regularmente;
2. Abordar relações interpessoais, como possíveis conflitos e pessoas próximas que possam servir como rede de apoio no tratamento. O uso de Genogramas e Ecomapas pode ser útil. Deve-se garantir o envolvimento da família no processo de tratamento;
3. Investigar possível violência psicológica, física ou sexual, garantindo um ambiente de privacidade e confiança;
4. Investigar outras comorbidades em saúde mental presentes no paciente;

5. **Psicoeducação:** fornecer ao paciente informações sobre a patologia, podendo usar o tempo da própria consulta, materiais informativos ou grupos terapêuticos de saúde mental. É fundamental a participação de toda equipe de atenção básica e da equipe multiprofissional, se disponível;
6. **Terapia de Resolução de Problemas:** pode ser feita na própria unidade de saúde, pelo médico da família e comunidade. O foco das consultas está em ajudar no desenvolvimento de estratégias para resolução dos problemas, devendo ser feito em conjunto com o paciente:
  - a) Elaborar uma lista dos problemas que o paciente está passando e tem dificuldade em superar;
  - b) Elaborar uma lista de possíveis soluções para os problemas enumerados;
  - c) Estimular o paciente a escolher uma solução que seja factível e que dependa unicamente da ação do próprio. A solução deve ser fracionada, para torná-la passível de ser aplicada na prática.

Ansiedade leve, sem grande prejuízo funcional, e com distúrbio do sono associado

1. **Fitoterapia:** para quadros leves que não respondem às medidas de abordagem geral, mas que não causam grande prejuízo funcional. Há referências que indicam tentativa de uso de *Passiflora incarnata* por 2 a 4 semanas, antes de partir para o tratamento farmacológico.

Tabela 1 - Algumas formas de apresentação do componente *Passiflora incarnata* L., com concentração, nome comercial, dose usual e tomadas ao dia.

Apresentação	Concentração	Nome comercial	Dose usual	Tomadas ao dia
Cápsula	182,93 mg	Ritmoneuran RTM	2 cápsulas	2 - 3
Comprimido	210 mg	Pazine	2 comprimidos	1 - 2
	260 mg	Maracugina PI; Seakalm	2 comprimidos	1 - 2
	500 mg	Pasalix PI	1 comprimido	1 - 2
Solução oral	35 mg/ml	Ritmoneuran RTM	10 - 15 ml	2 - 3
	90 mg/ml	Maracugina PI; Seakalm	5 ml	1 - 4

Fonte: Adaptado de *Informações Sistematizadas da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS: Passiflora incarnata Linnaeus*, Passifloraceae, Ministério da Saúde, 2021

## Ansiedade com grande prejuízo funcional\*

1. Psicoterapia: É de difícil oferta na atenção primária em decorrência da escassez de profissionais habilitados, mas pode ser oferecida para pacientes com condições de arcar com o tratamento.
2. Tratamento farmacológico
  - Dar preferência ao uso de Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) como primeira linha de tratamento. Iniciar com doses baixas e agendar a primeira reavaliação após 2 semanas, com possibilidade de aumento gradual da dose até atingir resposta satisfatória.
    - Esclarecer que o período para ação plena do ansiolítico é de 2 a 4 semanas;
    - Esclarecer que nos primeiros dias de uso pode ocorrer uma piora dos sintomas ou surgir outros efeitos adversos, os quais devem ser apenas monitorados se forem leves e aceitáveis para o paciente. No caso de agitação, piora da ansiedade ou insônia, se pode associar benzodiazepínicos. Essa estratégia deve durar no máximo 2 semanas;
    - Esclarecer que os ansiolíticos não provocam dependência;
    - Agendar novas reavaliações a cada 4 semanas nos primeiros 3 meses, com possibilidade de espaçamento se a resposta ao tratamento for boa.
  - Se os sintomas persistirem mesmo em uso de ISRS em dose máxima tolerada, tentar trocar para outra medicação da mesma classe;
  - Se mesmo assim o paciente manter-se sintomático, não tolerar a troca ou não ter condições de obter o ISRS, oferecer psicoterapia em conjunto com o tratamento farmacológico;
  - A combinação de fármacos de diferentes classes (ISRS e tricíclicos) deve ser restrita a casos selecionados, uma vez que está associada a maior carga de efeitos colaterais;
  - Atentar para a diferenciação entre sintomas ansiosos e euforia/ irritabilidade, em que os últimos que estão relacionados ao transtorno bipolar e cuja medicação antidepressiva pode desencadear uma virada maníaca;
  - A duração do tratamento deve ser mantida por pelo menos 12 meses após a remissão dos sintomas, para diminuir o risco de recorrência.

---

\* Nesses casos, a escolha do tratamento deve ser baseada nas preferências pessoais do paciente, visto que não há superioridade entre psicoterapia e tratamento farmacológico.

## Diagnóstico de transtorno do pânico

1. Avaliar os critérios diagnósticos para transtorno do pânico de acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* - 5ª edição (DSM-5):
  - Surto abrupto de medo ou desconforto intenso, que aparece de forma espontânea e alcança um pico em minutos, associado a  $\geq 4$  dos sintomas:
    - Palpitações;
    - Sudorese;
    - Tremores;
    - Sensação de falta de ar ou de sufocamento;
    - Sensação de asfixia;
    - Dor ou desconforto torácico;
    - Náusea ou desconforto abdominal;
    - Tontura, vertigem, instabilidade ou desmaio;
    - Calafrios ou ondas de calor;
    - Desrealização ou despersonalização;
    - Medo de perder o controle ou “enlouquecer”;
    - Medo de morrer.
  - Pelo menos um dos ataques foi seguido de 1 mês (ou mais) de:
    - Preocupação persistente em ter um novo ataque, perder o controle ou “enlouquecer”;
    - E/ou mudanças comportamentais com a finalidade de evitar novos ataques (por exemplo, evitar exercícios ou situações desconhecidas).

## MANEJO DO TRANSTORNO DO PÂNICO

### Abordagem geral

1. Mudanças no estilo de vida (MEV): alimentação saudável; evitar consumo de cigarro e cafeína; praticar atividade física regularmente;
2. Abordar, de forma direta, sobre ideação ou plano suicida. Ao contrário da crença de muitos, essa abordagem não aumenta o risco de suicídio do paciente;
3. Abordar relações interpessoais, como possíveis conflitos e pessoas próximas que possam servir como rede de apoio no tratamento. O uso de Genogramas e Ecomapas pode ser útil. Deve-se garantir o envolvimento da família no processo de tratamento;

4. Investigar possível violência psicológica, física ou sexual, garantindo um ambiente de privacidade e confiança;
5. Investigar outras comorbidades em saúde mental presentes no paciente;
6. Psicoeducação: fornecer ao paciente informações sobre a patologia, podendo usar o tempo da própria consulta ou materiais informativos;
7. Orientação para o automanejo do ataque de pânico:
  - a) Reforçar o caráter passageiro da crise;
  - b) Ensinar ao paciente a questionar os pensamentos que surgem durante a crise, o estimulando a pensar que já passou por isso outras vezes e que o ataque sempre desapareceu espontaneamente;
  - c) Instruir a respirar pelo nariz e utilizar a respiração diafragmática.

#### Tratamento específico

1. Psicoterapia: É de difícil oferta na atenção primária em decorrência da escassez de profissionais habilitados, mas pode ser oferecida para pacientes com condições de arcar com o tratamento.
2. Tratamento farmacológico
  - Dar preferência ao uso de Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) como primeira linha de tratamento. Iniciar com doses baixas e agendar a primeira reavaliação após 2 semanas, com possibilidade de aumento gradual da dose até atingir resposta satisfatória.
    - Esclarecer que o período para ação plena do ansiolítico é de 2 a 4 semanas;
    - Esclarecer que nos primeiros dias de uso pode ocorrer uma piora dos sintomas ou surgir outros efeitos adversos, os quais devem ser apenas monitorados se forem leves e aceitáveis para o paciente;
    - Esclarecer que os ansiolíticos não provocam dependência;
  - O uso de benzodiazepínicos pode ser prescrito no início do tratamento em caso de ataques de pânico frequentes. Preferencialmente, essa estratégia deve durar no máximo 2 semanas;
  - Agendar novas reavaliações a cada 4 semanas nos primeiros 3 meses, com possibilidade de espaçamento se a resposta ao tratamento for boa;
  - Se os sintomas persistirem mesmo em uso de ISRS em dose máxima tolerada após 12 semanas, associar um antidepressivo tricíclico;
  - A duração do tratamento deve ser mantida por pelo menos 6 meses após a remissão dos sintomas, para diminuir o risco de recorrência.

Tabela 2 - Medicações para o tratamento da ansiedade disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS

Classe	Denominação	Concentração	Dose usual	Dose máxima	Tomadas ao dia
ISRS	Fluoxetina	20 mg	20 - 60 mg	80 mg	1
Benzodiazepínicos	Clonazepam	0,5 mg	0,5 - 4 mg	6 mg	1 - 3
	Clonazepam	2 mg	0,5 - 4 mg	6 mg	1 - 3
	Diazepam	5 mg	5 - 10 mg	60 mg	1 - 3
Tricíclicos	Amitríptilina	25 mg	25 - 75 mg	300 mg	1
	Imipramina	25 mg	25 - 100 mg	200 mg	1 - 3
	Nortríptilina	25 mg	25 mg	150 mg	1 - 3

Fonte: Adaptado do *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*, 2019.

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Pacientes com sintomas psicóticos agudos;
- Pacientes com risco de suicídio, sem suporte social e familiar capaz de conter o risco;
- Pacientes com risco de auto ou heteroagressão, sem suporte social e familiar capaz de conter o risco.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria (CAPS):

- Pacientes com ansiedade refratária a tratamento farmacológico, com tentativa de duas estratégias terapêuticas diferentes (psicoterapia e/ou fármacos) com uso por pelo menos 8 semanas;
- Pacientes com ansiedade associada à tentativa de suicídio, ideação suicida persistente ou hospitalização psiquiátrica prévia.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Evolução e características dos sintomas psiquiátricos, com idade de início, frequência de episódios ansiosos, comorbidades em saúde mental e internações psiquiátricas anteriores;
- Presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado, com descrição;
- Presença de ideação suicida ou tentativas de suicídio atuais ou no passado, com descrição;
- Prejuízo funcional associado à condição, com descrição;
- Tratamentos em uso ou já realizados, com tipo, duração, dose e posologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Farmacopeia Brasileira. **Formulário de Fitoterápicos**: farmacopeia brasileira - 2. ed. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2021.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Saúde Mental. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY. Community herbal monograph on *Passiflora incarnata* L., herba. **European Medicines Agency**. Londres: Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC), 2014.

FLORIANOPOLIS. **Protocolos de Acesso** - Psiquiatria. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

GUSSO GG, CERATTI JM, DIAS LC. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. - Porto Alegre : Artmed, 2019.

RIO DE JANEIRO. **Coleção Guia de Referência Rápida**: Ansiedade generalizada e transtorno de pânico em adultos. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Superintendência de Atenção Primária - Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2016.

SADOCK BJ, VIRGINIA A, SADOCK PR. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria. 11. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTA MARIA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais**: REMUME 2021. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Protocolo de Encaminhamento para Psiquiatria Adulto**. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS - Porto Alegre: UFRGS, 2016.

# DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

## APRESENTAÇÃO

O uso de álcool e outras drogas muitas vezes se associa a graves problemas de saúde, prejuízos profissionais, financeiros, legais e no relacionamento familiar. Muitas pessoas que fazem uso problemático dessas substâncias têm contato com os serviços da Atenção Primária à Saúde muito tempo antes que esses problemas apareçam ou se agravem. Os serviços de Atenção Primária à Saúde têm uma posição estratégica para a abordagem precoce do uso problemático de álcool e outras drogas e um enorme alcance podendo contribuir para a mudança da relação de indivíduos e seus familiares com o uso dessas substâncias.

Os profissionais de saúde devem prestar cuidados de forma isenta de julgamento moral. O manejo terapêutico deve levar em consideração as necessidades individuais e as preferências das pessoas sob seu cuidado. Uma boa comunicação é essencial para permitir que as pessoas tomem decisões a respeito de sua saúde, apoiadas por informações baseadas em evidências. Se a pessoa estiver de acordo, sua família e cuidadores devem ter a oportunidade de se envolver nas decisões sobre o projeto terapêutico, junto ao seu

familiar. Deve-se sempre respeitar o sigilo do paciente para evitar o estigma que, infelizmente, ainda recai sobre a pessoa com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Na avaliação do consumo de drogas ilícitas, é importante não deixar transparecer juízo de valor. É possível indagar com naturalidade sobre o seu uso depois de perguntar sobre cigarros, álcool e qualquer outra droga que seja relevante. Além disso, entender o padrão e a quantidade consumida, além de comportamentos de risco relacionados ao uso das substâncias, tais como via de administração, atividades durante a intoxicação, implicações financeiras, situações de violência, podem ajudar a construir um plano de cuidado centrado na pessoa.

Evidências indicam que muitas pessoas não deixarão de consumir drogas e que a atitude mais racional e eficaz para minimizar as consequências adversas do seu uso – drogas lícitas ou ilícitas – está no desenvolvimento de políticas de saúde pública que possibilitem que esse consumo se faça em condições que ocasionem o mínimo possível de danos ao indivíduo consumidor e à sociedade. Ao respeitar as escolhas dos indivíduos, somos tolerantes com as escolhas e comportamentos das pessoas mesmo que diferentes do que consideramos ideal, evitando preconceitos e desconstruindo o estigma do usuário de drogas.

## **Diagnóstico de dependência em relação a uma substância**

Avaliar os critérios diagnósticos para transtorno por uso de substâncias de acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-5)*:

- Uso da substância causando comprometimento e sofrimento clinicamente significativos, com pelo menos 2 dos seguintes critérios durante 12 meses:
  - Uso recorrente causando prejuízo nas atividades do trabalho, da escola ou em casa;
  - Uso recorrente em situações que causem risco para a integridade física (por exemplo, enquanto dirige);
  - Uso continuado mesmo com problemas sociais e interpessoais causados pelo uso (por exemplo, discussões ou agressão contra o cônjuge);

- Desenvolvimento de tolerância, com necessidade de usar quantidades cada vez maiores para atingir os mesmos efeitos desejados;
- Abstinência, com síndrome de abstinência ou necessidade de consumir a substância para aliviar os sintomas de abstinência;
- Uso frequentemente em maior quantidade ou por mais tempo do que o pretendido;
- Desejo malsucedido de reduzir ou controlar o uso;
- Muito tempo gasto em atividades para obter, utilizar ou se recuperar do uso da substância;
- Uso recorrente mesmo sabendo de problemas físicos ou psicológicos que são causados pelo uso;
- Sintomas de fissura ou forte desejo em usar uma substância específica.

## Abordagem geral

- Abordagem familiar, identificando possíveis conflitos e pessoas próximas que possam servir como rede de apoio no tratamento. O uso de Genogramas e Ecomapas pode ser útil. Deve-se garantir o envolvimento da família no processo de tratamento;
- Investigar outras comorbidades em saúde mental presentes no paciente;
- Psicoeducação: fornecer ao paciente informações sobre a patologia, podendo usar o tempo da própria consulta ou materiais informativos;
- Grupos terapêuticos;
- Intervenção breve, com 1 a 4 encontros para induzir a reflexão sobre as consequências do uso das substâncias, identificar fatores de risco para o consumo e responsabilizar o paciente pela busca de mudanças e estabelecimento de metas. Deve-se evitar confrontar o paciente, respeitando a disponibilidade dele para continuar a discutir o assunto em outros momentos;
- Entrevista motivacional: técnica para ajudar o paciente a reconhecer e modificar a situação de seus problemas. Ela atua na motivação do sujeito, com abordagens diferentes de acordo com o estágio de motivação:

Tabela 1 – As características da entrevista motivacional, para orientação médica no manejo do paciente com transtorno por uso de substância

<b>Estágio motivacional</b>	<b>Definição</b>	<b>Conduta</b>	<b>Periodicidade das consultas</b>
Pré-contemplação	O paciente não reconhece o problema	Fornecer informações para que o paciente comece a perceber o problema	Todas as consultas
Contemplação	O paciente reconhece o problema, mas não deseja mudar agora	Incentivar a falar sobre as vantagens e as desvantagens do uso, e usar as desvantagens como razão para reduzir o uso;  Sugerir estratégias.	No máximo a cada 3 meses
Preparação	O paciente quer mudar e tem um plano	Ajudar a desenvolver um plano que permita uma mudança concreta em breve.	No máximo a cada 2 semanas
Ação	O paciente coloca em prática o plano	Envolver a família para fortalecer a motivação;  Considerar ajuda farmacológica no tratamento; Valorizar as pequenas mudanças e sucessos; Essa fase exige um forte vínculo da equipe, pois o paciente vai duvidar da sua capacidade em mudar.	Toda semana
Manutenção	O paciente mudou, e precisa se manter assim para evitar recaídas	Reavaliar a farmacoterapia; Elogiar o sucesso da mudança, encorajando-o a se manter assim; Considerar encaminhamento para grupos terapêuticos.	Todo mês

Fonte: Adaptado da *Coleção Guia de Referência Rápida: Álcool e outras drogas*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2016.

## Transtornos ligados ao consumo de álcool

1. Rastrear o consumo de álcool em pacientes com suspeita de consumo abusivo, pelo questionário CAGE:

Tabela 2 – Questionário CAGE para rastreamento de consumo abusivo de álcool

Conceito	Pergunta sugerida
Cut down	Você já pensou em largar a bebida?
Annoyed	Você já ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber?
Guilty	Você já se sentiu mal ou culpado pelo fato de beber?

Fonte: Adaptado da *Coleção Guia de Referência Rápida: Álcool e outras drogas*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2016.

2. Identificar Síndrome da Abstinência do Álcool (SAA):
  - Pelo menos 3 dos seguintes sinais, surgindo nas primeiras 24 horas após a última dose:
    - Tremores;
    - Sudorese;
    - Náusea e/ou vômitos;
    - Taquicardia ou hipertensão;
    - Agitação psicomotora;
    - Cefaleia;
    - Insônia;
    - Mal-estar ou fraqueza;
    - Alucinações visuais, auditivas ou táteis;
    - Convulsões.
  - No caso de sintomas leves/moderados, que não indiquem encaminhamento à emergência:
    - Prescrever tiamina 300 mg/dia via intramuscular por 7 dias, e após 300 mg via oral por mais 15 dias;

- Prescrever diazepam 20 a 40 mg/dia via oral, com retirada gradual após 7 dias. Em caso de hepatopatas, preferir o uso de lorazepam 4 a 8 mg/dia.
- 3. Iniciar tratamento de manutenção (escolher uma das medicações abaixo), conforme disponibilidade da medicação e das possibilidades do paciente, visto que não se encontram na REMUME:**
- Dissulfiram 500mg/dia por 15 dias, e após manter 250 mg/dia
    - Indicado quando se deseja atingir a abstinência;
    - Apenas iniciar o tratamento quando o paciente tiver suspenso a ingestão de álcool por pelo menos 12 horas;
    - Informar ao paciente os efeitos adversos associados ao uso do álcool em concomitância ao da medicação, como palpitações, rubor, náuseas e vômito.
  - Naltrexona 50 a 100 mg/dia por 3 meses, podendo ser estendido
    - Indicado quando não se deseja necessariamente atingir a abstinência;
- 4. Manejo da intoxicação alcoólica aguda**
1. Posicionar o paciente em decúbito lateral (para evitar vômito e broncoaspiração) em ambiente seguro e livre de estímulo;
  2. Se comportamento heteroagressivo, fazer contenção física no leito e prescrever haloperidol 5 mg IM de 30 em 30 minutos;
  3. Se desidratação e hipoglicemia, prescrever soro fisiológico e glicose hipertônica. No caso de indicação de glicose hipertônica, aplicar tiamina 300 mg IM 30 minutos antes, para profilaxia da encefalopatia de Wernicke;
  4. Evitar uso de benzodiazepínicos e anti-histamínicos, pelo risco de efeito cruzado em associação ao álcool.

## Transtornos ligados ao uso de drogas ilícitas

Tabela 3 – Características do transtorno por uso de substâncias

Substância	Riscos	Sintomas	Conduta
Maconha	Dependência Acidentes Danos respiratórios Déficit cognitivo para usuários crônicos Piora da esquizofrenia	Taquicardia Midríase e hiperemia de conjuntivas Xerostomia Aumento do apetite Retardo psicomotor Redução da capacidade em executar atividades motoras complexas	Intervenção breve Tratar os sintomas da síndrome de abstinência Atentar para sintomas depressivos e ansiosos no período de retirada Atentar para piora de comorbidades psiquiátricas
Cocaína e crack	Dependência Acidentes Ataques de pânico Transtorno depressivo	Taquicardia e taquipneia Midríase Hipertermia Tremor de extremidades Espasmos musculares Dor torácica (em jovens)	
Anfetaminas	Síndrome de abstinência Psicose crônica	Taquicardia Midríase Irritabilidade e ansiedade Verborragia Redução da fadiga	
Solventes (cola, lança-perfume, "loló")	Atrofia cerebelar, com ataxia e distúrbios cognitivos crônicos Neuropatias Insuficiência renal e hepática	Euforia e desinibição Fala pastosa Ataxia Zumbido	
Benzodiazepínicos	Dependência Suicídio Piora da memória Quedas Acidentes	Sonolência diurna Piora da memória Letargia	

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4 - Manejo da intoxicação aguda pelo uso de drogas

Tipo	Sintomas	Conduta
Overdose de estimulante (cocaína, crack, anfetaminas)	Excitação, pensamento acelerado e desorganizado Agressividade Midríase Pressão arterial elevada	Diazepam 10 mg VO, repetir dose até que o paciente se acalme (máximo 6 comprimidos/dia); Se refratário, haloperidol 5 mg IM; Monitorar pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória; Em caso de sinais de instabilidade, encaminhar à emergência.
Overdose de sedativo (maconha, benzodiazepínicos)	Bradipneia Letargia	Monitorar sinais vitais; Se frequência respiratória < 10 irpm ou saturação de oxigênio < 92%, encaminhar à emergência.

Fonte: Adaptado da *Coleção Guia de Referência Rápida: Álcool e outras drogas*.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2016.

Tabela 5 - Medicações para o tratamento do transtorno por uso de álcool e outras drogas disponíveis na REMUME em Santa Maria/RS

Classe	Denominação	Concentração	Dose usual	Dose máxima	Tomadas ao dia
Benzodiazepínicos	Clonazepam	0,5 mg	0,5 - 4 mg	6 mg	1 - 3
	Clonazepam	2 mg	0,5 - 4 mg	6 mg	1 - 3
	Diazepam	5 mg	5 - 10 mg	60 mg	1 - 3
Antipsicóticos	Haloperidol injejetável	5 mg/ml	5 mg	150 mg	Manejo de urgência

Fonte: Adaptado da *Relação Municipal de Medicamentos*

*Essenciais de Santa Maria*, 2021.

## Indicações de encaminhamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Pacientes com intoxicação aguda grave e sinais de instabilidade clínica;
- Pacientes com intoxicação aguda grave e sintomas psicóticos agudos com risco de auto ou heteroagressão;
- Paciente com síndrome de abstinência grave.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria (CAPS ad):

- Pacientes com transtorno por uso de substância, com desejo de realizar tratamento, refratário ao manejo na atenção primária em saúde;
- Pacientes com transtornos mentais graves associados ao uso de álcool e outras drogas com necessidade de intensificação de cuidados ou situação de intensa vulnerabilidade social;
- Pacientes com ideação suicida persistente.

Conteúdo descritivo recomendado para o encaminhamento:

- Evolução e características do quadro psiquiátrico, com descrição do histórico de uso de substâncias, com tipo, quantidade e tempo de uso, idade de início de uso, comorbidades em saúde mental e internações psiquiátricas anteriores;
- Presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado, com descrição;
- Presença de ideação suicida ou tentativas de suicídio atuais ou no passado, com descrição;
- Prejuízo funcional associado à condição, com descrição;
- Tratamentos em uso ou já realizados, com tipo, duração, dose e posologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Farmacopeia Brasileira. **Formulário de Fitoterápicos**: farmacopeia brasileira - 2. ed. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2021.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Saúde Mental. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY. Community herbal monograph on *Passiflora incarnata* L., herba. **European Medicines Agency**. Londres: Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC), 2014.

FLORIANOPOLIS. **Protocolos de Acesso** - Psiquiatria. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

GUSSO GG, CERATTI JM, DIAS LC. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. - Porto Alegre : Artmed, 2019.

RIO DE JANEIRO. **Coleção Guia de Referência Rápida**: Álcool e outras drogas. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Superintendência de Atenção Primária - Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2016.

SADOCK BJ, VIRGINIA A, SADOCK PR. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria. 11. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTA MARIA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais**: REMUME 2021. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Protocolo de Encaminhamento para Psiquiatria Adulto**. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS - Porto Alegre: UFRGS, 2016.

# ABORDAGEM DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

## APRESENTAÇÃO

A violência contra as mulheres é um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo uma causa importante de morbimortalidade feminina. A violência pode acontecer com mulheres de diferentes idades, classes sociais, estados civis, escolaridade, raça/etnias e religiões.

Os profissionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde devem se colocar como parte do esforço de toda a sociedade para prevenção e enfrentamento das situações de violência.

A mulher que se torna uma vítima fatal (feminicídio), muitas vezes, já foi vítima de uma série de outros tipos de violência de gênero, geralmente em investidas progressivas, como, por exemplo, violência psicológica, patrimonial, física ou sexual.

As equipes devem ficar atentas a sinais e sintomas associados a violência como transtornos crônicos vagos e repetitivos; dor pélvica crônica; transtornos da sexualidade; entrada tardia no pré-natal e intercorrências em gestações anteriores; depressão e ansiedade; história de tentativa de suicídio; lesões físicas inexplicáveis,

Escutar a história e evitar julgar, mapear conjuntamente a rede de suporte social e os potenciais riscos que ela pode correr, respeitar as opiniões e os limites nas buscas por solução expressas pela mulher, e, havendo situação de risco, fornecer informações sobre como estabelecer um plano de segurança, são ações importantes dos profissionais nos serviços.

Cada município conta com algumas iniciativas como Centros Especializados de Atendimento à Mulher, Núcleos de Direitos Humanos, Casas-Abrigo, Delegacias da Mulher ou mesmo as Delegacias Comuns. É fundamental que se verifique a rede existente e o fluxo de atendimento em cada cidade.

## ABORDAGEM INICIAL

### Acolhimento da mulher na UBS

O primeiro passo importante é realizar atendimento em local privado e proporcionar ambiente acolhedor, com atitude de escuta que possibilite à mulher sentir-se apoiada, procurando estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional.

O acesso deve ser uma preocupação importante. Neste caso, lembrar que o acolhimento com classificação de risco na APS deve levar em consideração além das questões biomédicas, aspectos psicossociais dos pacientes que procuram a UBS.

Durante o acolhimento ficar atento a possível relato de violência ou então a sinais que não são relatados diretamente pela mulher.

### MULHERES SEM RELATO DE VIOLÊNCIA

Verificar sinais de alerta:

- Sinais de alerta físicos agudos: queimaduras, contusões, hematomas e fraturas, lesões provocadas por armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento e sacudidas;
- Sinais de alerta de violência sexual: lesões nas mucosas como inflamação, irritação, arranhões, edema, perfuração ou ruptura; DSTs, HIV, infecções urinárias e/ou vaginais e gravidez; Manifestações tardias: dor em baixo ventre, infecções uterinas, hipertensão arterial, transtornos digestivos, cefaleia, dores musculares generalizadas;
- Sinais de alerta psicossociais: insônia, pesadelos, falta de concentração, irritabilidade, crise de pânico, ansiedade, medo, confusão, fobias, autorreprovação, sentimento de fracasso, insegurança e culpa, baixa autoestima, comportamento autodestrutivo, abuso de álcool e drogas, depressão, desordens alimentares, disfunções sexuais (vaginismo).

## Entrevista Inicial

Tabela 1 - Lista de possíveis perguntas para abordagem de mulheres sem relato inicial de violência

<b>Sugestões de perguntas que podem ser feitas:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sabe-se que mulheres com problemas de saúde ou queixas similares às que você apresenta, muitas vezes, têm problemas de outra ordem em casa. Por isso, temos abordado este assunto no serviço. Está tudo bem em sua casa, com seu(sua) parceiro(a)?</li><li>• Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde ou seus cuidados corporais?</li><li>• Você está com problemas no relacionamento familiar?</li><li>• Já sentiu ou sente medo de alguém?</li><li>• Você se sente humilhada?</li><li>• Você já sofreu críticas em casa por sua aparência, roupas ou acessórios que usa?</li><li>• Você e o(a) parceiro(a) (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito?</li></ul>
---	---

Fonte: Brasil, 2016.

## IDENTIFICAR OS TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

Tabela 2 - Tipos de Violência contra mulher

<b>VIOLÊNCIA FÍSICA</b>	Qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal.
<b>VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA</b>	Qualquer conduta que cause dano emocional, diminuição da autoestima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher ou vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
<b>VIOLÊNCIA SEXUAL</b>	Qualquer conduta que a constranja a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou que anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
<b>VIOLÊNCIA PATRIMONIAL</b>	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.
<b>VIOLÊNCIA MORAL</b>	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Trabalhamos a violência moral juntamente com a psicológica.

Fonte: Brasil, 2016.

## CONDUTA A SER ADOTADA

Tabela 3 – Ações a serem realizadas pelas equipes de APS

<p><b>Escuta qualificada</b></p>	<p>Assegurar compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento (acolhimento com escuta qualificada, avaliação global e estabelecimento de plano de cuidados) e a importância das condutas multiprofissionais na rede intra e intersetorial de proteção às mulheres em situação de violência, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento. Orientar as mulheres sobre a importância de registrar a ocorrência para sua proteção e da família, respeitando, todavia, sua opinião e desejo. Vale lembrar que o atendimento por parte do profissional de saúde deve ser realizado independentemente da realização de boletim de ocorrência.</p>
<p><b>Notificação da violência</b></p>	<p>Preencher a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada a partir da suspeita ou da confirmação da situação de violência. A ficha de notificação apresenta os seguintes blocos: dados gerais, notificação individual, dados de residência, dados da pessoa atendida, dados da ocorrência, violência, violência sexual, dados do(a) provável autor(a) da violência. Casos de violência sexual se enquadram na notificação imediata (em até 24h). Importante compreender que notificar é um ato relacionado à ação de vigilância em saúde que é totalmente diferente de denunciar o caso para Delegacia. Neste sentido é importante esclarecer a vítima sobre essa diferença.</p>
<p><b>Exame físico e avaliação do risco</b></p>	<p>Atentar para recusa ou dificuldade no exame ginecológico de rotina. Observar se há presença de ferimentos que não condizem com a explicação de como ocorreram. Tendo a concordância da mulher, realizar inspeção detalhada de partes do corpo que podem revelar sinais de violência: troncos, membros (inclusive parte interna das coxas), nádegas, cabeça e pescoço, não se esquecendo das mucosas (inclusive genitais), orelhas, mãos e pés. Verificar existência de lesões graves com risco de morte, lacerações e hemorragias (corpo, face, boca e dentes), queimaduras de maior gravidade, traumas cranianos ou fraturas que necessitem de redução cirúrgica, traumas faciais e dentários, suspeita de lesão de órgãos internos, estado de choque emocional. Encaminhamento para o pronto atendimento, quando necessário.</p>
<p><b>Situações de violência sexual</b></p>	<p>Lei do minuto seguinte (lei 12845/2013): garantia de atendimento médico sem necessidade de apresentação prévia de Boletim de ocorrência ou laudo de IML.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulheres e pessoas com útero maiores de 14 anos, 11 meses e 29 dias: encaminhar ao centro obstétrico do HUSM;</li> <li>• Mulheres e pessoas com útero menores de 14 anos, 11 meses e 29 dias: notificar obrigatoriamente o conselho tutelar em nome do órgão de saúde que acolheu a paciente e encaminhar ao ps pediatríco do HUSM (fazer contato direto com este serviço via telefone informando o caso).</li> </ul> <p>Após o atendimento, realizar boletim de ocorrência é obrigatório; para evitar a revitimização e a perda do vínculo com a mulher, é recomendável que a APS identifique a situação de violência sexual, administre a Anticoncepção Hormonal de Emergência (AHE) e acompanhe-a até um serviço especializado para receber todas as profilaxias e tratamentos indicados.</p>

<p><b>Suporte em saúde mental</b></p>	<p>Buscar apoio das equipes de matriciamento (eMulti/NASF) e do CAPS quando necessário.</p> <p>Paciente de Santa Maria: Encaminhamento para o Centro de Referência da Mulher (serviço Porta Aberta) na Rua Doutor Pantaleão, número 200, bairro Centro.</p> <p>Horários de funcionamento: segunda-feira a sexta-feira, das 8 às 12h e 13h às 17h.</p> <p>Pacientes de outros municípios: Identificar a Rede de Apoio à Mulher vítima de violência.</p>
<p><b>Plano de segurança para mulheres com risco de vida</b></p>	<p>Construir, junto com a mulher em situação de violência, plano de segurança baseado em quatro passos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identificar um ou mais vizinhos para o(s) qual(is) a mulher pode contar sobre a violência, para que ele(s) a ajude(m) se ouvir(em) brigas em sua casa, fazendo acordos com algum(a) vizinho(a) em quem possa confiar para combinar um código de comunicação para situações de emergência, como: “Quando eu colocar o pano de prato para fora da janela, chame ajuda”.</li> <li>2) Se a briga for inevitável, sugerir que a mulher se certifique de estar em um lugar onde possa fugir e tente não discutir na cozinha ou em locais em que haja possíveis armas ou facas.</li> <li>3) Orientar que a mulher cogite planejar como fugir de casa em segurança, e o local para onde ela poderia ir nesse caso.</li> <li>4) Orientar que a mulher se preocupe em escolher um lugar seguro para manter um pacote com cópias dos documentos (seus e de seus filhos), dinheiro, roupas e cópia da chave de casa, para o caso de ter de fugir rapidamente.</li> </ol>
<p><b>Atenção humanizada na situação de interrupção legal da gestação</b></p>	<p>Orientar que o aborto praticado por médico é legal quando é necessário (se não há outro meio de salvar a gestante), em caso de gestação de anencéfalos ou em caso de gravidez resultante de estupro.</p> <p>Orientar que, no serviço de referência, será preenchido o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez, e que não é obrigatória a apresentação de boletim de ocorrência ou autorização judicial no âmbito do SUS.</p> <p>Encaminhar para os serviços de referência para interrupção legal de gestação nos casos previstos em lei.</p> <p>Monitorar e acompanhar a mulher pós-abortamento, levando em consideração os riscos de intercorrências imediatas (sangramentos, febre, dor pélvica) e intercorrências tardias (infertilidade, sofrimento psíquicos).</p>
<p><b>Abordagem de adolescentes</b></p>	<p>Respeitar o sigilo profissional inerente à abordagem ética em saúde.</p> <p>Abordar as necessidades de adolescentes sem que haja a obrigação do acompanhamento de pais ou responsáveis legais, exceto em casos de incapacidade daqueles.</p> <p>Vale lembrar que os códigos de ética dos profissionais de saúde que trabalham na Atenção Básica, bem como o artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, legitimam o direito ao acesso à saúde sem a necessidade de acompanhamento de pais ou responsáveis legais.</p>

<p><b>Educação em saúde</b></p>	<p>Estimular a participação da mulher em grupos de mulheres oferecidos na UBS. Orientar individualmente ou coletivamente acerca dos direitos das mulheres, em prol do fortalecimento da cidadania e de uma cultura de valorização da paz. Orientar sobre os aspectos biopsicossociais relacionados ao livre exercício da sexualidade e do prazer. Informar a mulher sobre a Central de Atendimento à Mulher - LIGUE 180. o serviço funciona todos os dias, 24h por dia e em âmbito nacional. Este telefone também pode ser utilizado em caso de dúvidas dos profissionais sobre as providências a serem tomadas no atendimento às vítimas.</p>
<p><b>Coordenação do cuidado e monitoramento da situação de violência</b></p>	<p>Mapear e acionar os serviços de referência disponíveis na rede de atendimento às mulheres em situação de violência, que extrapolem a competência da Atenção Básica, sempre que necessário. Acompanhar o itinerário terapêutico das usuárias (caminhos trilhados na busca por saúde) em situação de violência identificadas na área de abrangência atendidas pelos serviços da Atenção Básica. Monitorar todos os casos identificados pela equipe ou por notificação levada à unidade por meio da vigilância em saúde (entrada em outros pontos da rede de assistência) e referidos ou não à rede de atendimento às mulheres em situação de violência, a partir da realização de visitas domiciliares ou outras formas de acompanhamento das usuárias.</p>

Fonte: Adaptado de *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres* (BRASIL, 2016).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

CORTÊS, Laura Ferreira. **Articulação do atendimento em rede para mulheres em situação de violência**. 2017. 225 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS, 2017.

DUNCAN B, et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. 2 v.

FERNANDES CLC, MAZZONCINI LC, CURRA LCD. **Violência na atenção primária à saúde**. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; AUGUSTO DK, UMPIERRE RN, organizadores. PROMEF Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade: Ciclo 13. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018.



**UFSM**  
Pró-Reitoria de  
Extensão

ISBN 978-65-88636-14-5

[VOLTAR AO INÍCIO](#) | [IR PARA O SUMÁRIO](#)