



Jornada de Atualização Médica

04 e 05
de maio
em **Pilar**



Espaço
Cultural
Mestra Bida
Pilar, AL



Foto: Tasso Ramon

Ms Celso Marcos

Gratidão pelo convite

EXAMES LABORATORIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**PROF. MS.CELSO MARCOS DA SILVA
MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA PELA FIOCRUZ
DOCENTE DA UFAL - MEDICINA - CAMPUS ARAPIRACA
PRECEPTOR DE ESTAGIO DO CESMAC - MEDICINA
CONSELHEIRO SUPLENTE DO CREMAL
COORDENADOR MÉDICO SAÚDE DA FAMÍLIA -ARAPIRACA**



CASO 1 :

Paciente JSF 32 anos, sexo masculino, vem a UBS para passar por consulta médica. Refere que teve Covid em janeiro do ano passado 2020 e vem solicitar todos os exames, inclusive , D-dimero, TC de tórax e angiotomografia do tórax. O mesmo não apresenta nenhuma comorbidade e nem história familiar para qualquer patologia que necessite rastreio.

Foi questionado sobre queixas respiratórias e vasculares e o mesmo respondeu que não apresentou nada destes sintomas. Mas como um amigo faleceu por covid foi orientado a procurar o médico e pedir todos os exames.

Melhor pecar por EXCESSO que por falta.

Caso 2:

Paciente MJS, 65 anos, sexo feminino, Hipertensa e diabetica, faz acompanhamento na UBS rotineiramente e vem pedir seus exames de rotina, “Tudo que tenho direito”, faz uso de anti-hipertensivo e hipoglicemiantes oral, com níveis controlados e realizou seus últimos exames há 30 dias. Todos estavam normais.



Definição de Medicina Laboratorial



- Tem como principal objetivo confirmar, estabelecer ou complementar o diagnóstico clínico. Em plano secundário, os resultados podem fornecer elementos para o prognóstico de determinadas doenças, além de estabelecer critérios de normalidade e delinear fatores de risco evolutivos.

(Guia de medicina ambulatorial e hospitalar
UNIFESP, 2005)

Princípios da Atenção Primária

- ACESSO
- LONGITUDINALIDADE
- INTEGRALIDADE
- COORDENAÇÃO DO CUIDADO**

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

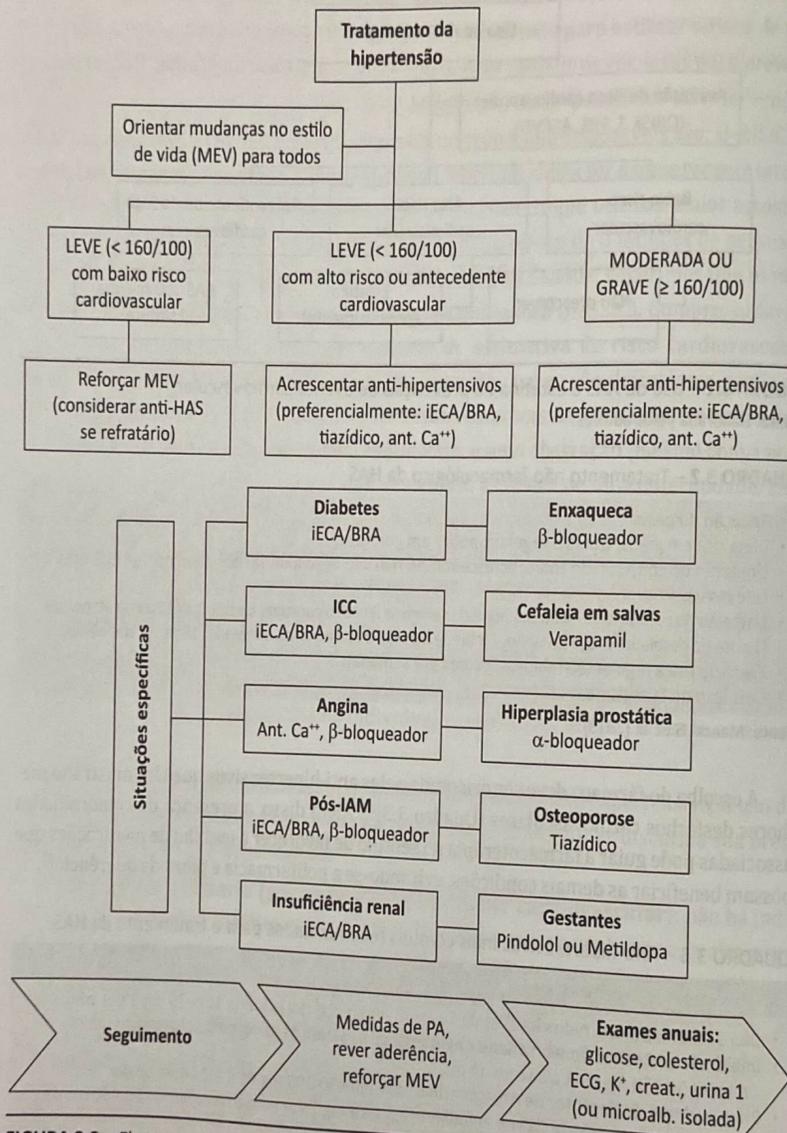


FIGURA 3.2 – Fluxos assistenciais voltados ao tratamento da HAS
 Fonte: Adaptada de Gusso G et al. (2017).

EXAMES ANUAIS:
GLICOSE
COLESTEROL
POTÁSSIO
CREATININA
URINA 1 OU
MICROALBUMINURIA
ECG

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA PATOLOGIA

DIABETES MELLITUS

**A PERIODICIDADE DOS EXAMES
VARIA INDIVIDUALMENTE
DEPENDENDO DO
RISCO CARDIOVASCULAR,
META, COMPLICAÇÕES E CONTROLE**

- GLICEMIA DE JEJUM
- HEMOGLOBINA GLICOSILADA
- TRIGLICERÍDEO
- COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES
- CREATININA SÉRICA
- UREIA
- URINA TIPO 1 OU MICROALBUMINÚRIA
- FUNDOSCOPIA DIRETA
- ECG

MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE
FUNDAMENTOS E PRÁTICA, 2019
HOSPITAL SIRIO LIBANÊS

PRÉ - NATAL BAIXO RISCO

1º TRIMESTRE

- HEMOGRAMA
- TIPAGEM SANGUINEA E FATOR RH
- URINA TIPO 1 E UROCULTURA
- GLICEMIA DE JEJUM
- SOROLOGIAS (TOXOPLASMOSE, HEPATITE B, HIV, VDRL)
- USG - 11 A 14 SEMANAS (IDADE GESTACIONAL)

20 SEMANAS (MORFOLOGICA)

2º TRIMESTRE

- TTGO PARA RASTREAMENTO DE DM GESTACIONAL APÓS 24 SEMANAS
- SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE SE SUSCEPTÍVEL NO 1º TRIMESTRE

3º TRIMESTRE

- HEMOGRAMA
- SOROLOGIAS (SÍFILIS, AIDS, TOXOPLASMOSE, SE SUSCEPTÍVEL)
- EXAME QUALITATIVO DE URINA E UROCULTURA
- PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS GRUPO BETA HEMOLITICO(**CONTROVERSO**)

DENGUE



O **CORONAVÍRUS** É
UMA REALIDADE, MAS
A **DENGUE TAMBÉM É.**

www.saude.ce.gov.br
f /saudeceara

10 MINUTOS
CONTRA O MOSQUITO

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

- DIAGNÓSTICO CLÍNICO
- SITUAÇÕES DE URGÊNCIA: HEMOGRAMA ,
DOSAGEM DE ALBUMINA, TRANSAMINASES,
RX DE TÓRAX (PA, PERFIL E LAURELL) E USG
DE ABDÔMEN

LOMBALGIA

Fluxos assis

Red flags

- Idade >
- Trauma
- História
- Uso crô
- Presenç
- ferimen

Síndrome da cau

- Anestesia em se
- Disfunção esfín
- Déficit neurológ
- rapidamente pr

Encaminhar p
a serviço de
(risco iminer

Fonte: Elaborado pe

Red flags na APS:

- Idade > 64 anos
- Trauma severo
- História de câncer
- Uso crônico de corticoide
- Presença de contusão ou ferimento local

Solicitar exames complementares (imagem, laboratorial)

CEFALÉIA

Sinais de Alarme:

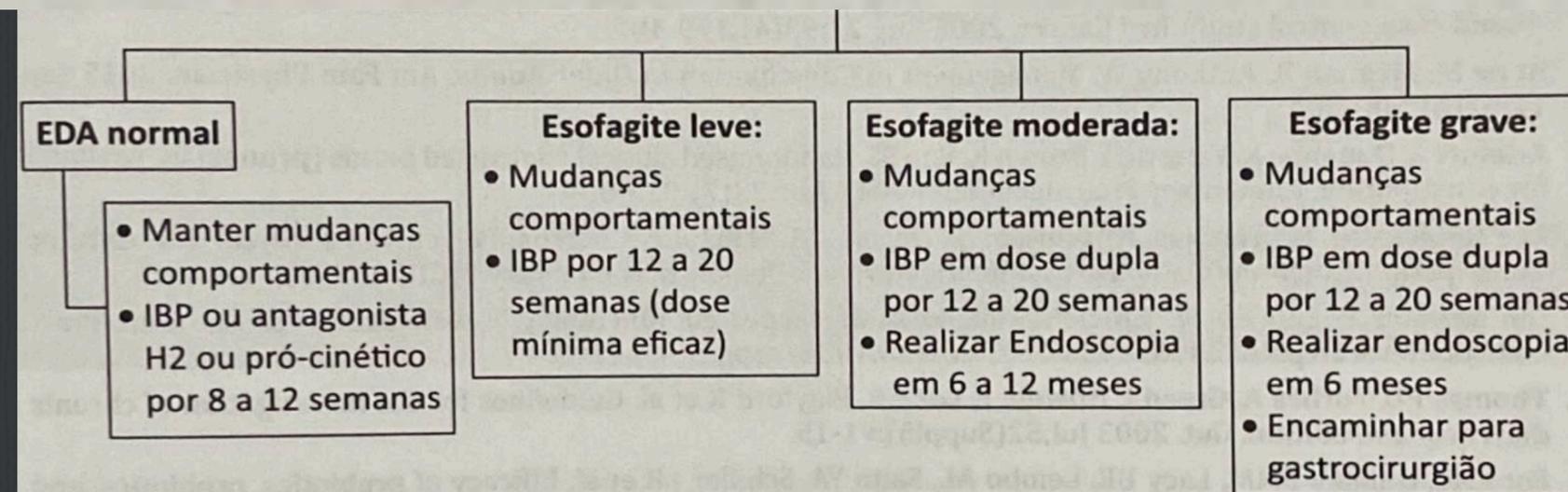
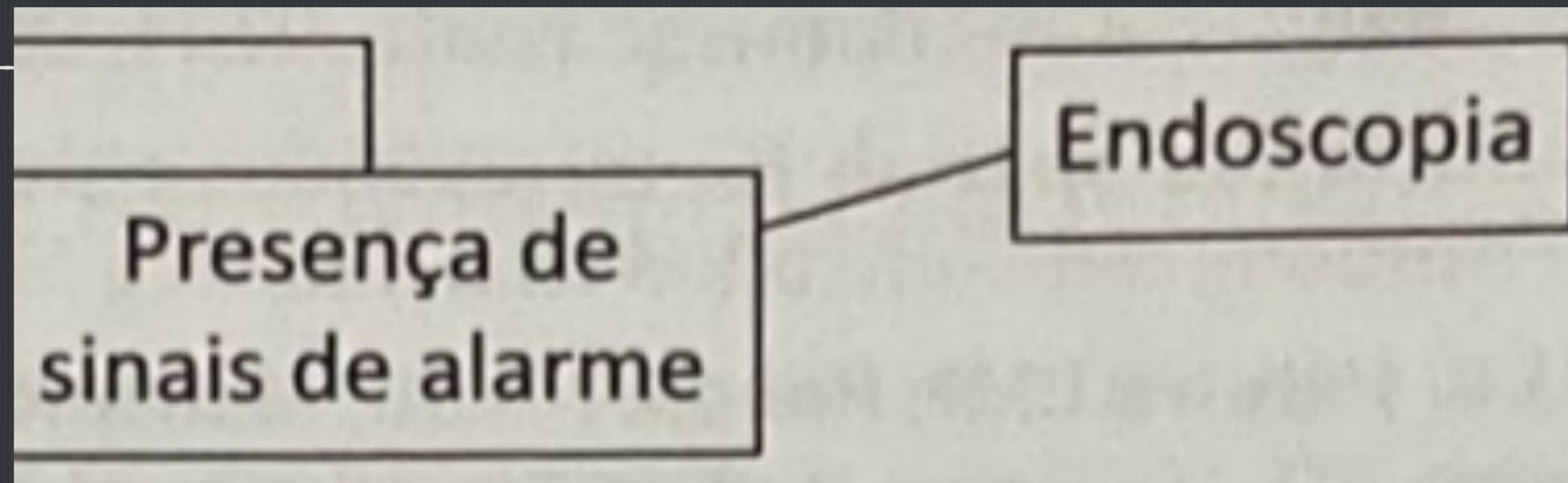
Primeira cefaleia em pessoa > 50 anos,
início súbito de forte intensidade,
alteração importante do padrão de dor
(aumento de frequência ou intensidade),
condições (HIV, câncer) ou sintomas
sistêmicos (febre, emagrecimento),
alteração neurológica, TCE.

outros tricíclicos

anticonvulsivantes,
bloqueadores de
canal de cálcio

* A escolha da medicação profilática na enxaqueca deve ser individualizada e levar em consideração

DRGE



Fonte: Adaptado de Lopes Junior A et al. (2017).

DI

Qualquer sinal de alarme:
sangramento TGI, anemia,
vômitos persistentes, disfagia,
emagrecimento, massas
abdominais

Melhora:
Manter medidas não
farmacológicas para
evitar recorrência

Tratamento:
Eradicação H. pylori com Claritromicina (500 mg) +
Amoxicilina (1 g) + Omeprazol (20 mg),
12/12 horas por 10 a 14 dias

Melhora:
Manter medidas não farmacológicas
para evitar recorrência

Sem resposta

Endoscopia

DIARREIA

Investigação inicial:

HMG, VHS, PCR, Ca^{2+} , ureia, creatinina, vitamina B_{12} , folato, perfil de ferro, TSH, função hepática, proteínas totais e frações, anticorpo antiendomísio, sorologia HIV, exames de fezes (parasitológico, coprocultura)

CONSTIPAÇÃO

≥ dois dos seguintes sintomas por pelo menos três meses:

- Esforço para evacuar ≥ 25% das vezes
- Sensação de esvaziamento incompleto ≥ 25% das vezes
- ≤ 2 evacuações por semana

- Osmóticos: polietileno glicol (1-2 sachês/dia), lactulose (15-30 ml/dia)
- Estimulantes: bisacodil (10-20 mg/dia), senna (1 a 2 comprimidos/dia), picossulfato de sódio (10 a 20 gotas ao dia), tamarine (fitoterápico)

Realizar atividade física regular, não permanecer imóvel ou sem evacuar

Consumo de ameixas secas (50 g 2 vezes ao dia), aumento da ingestão de frutas, verduras e água (ao menos 2 L/dia)

• Sangramento do TGI
• Emagrecimento

• Exame retal
• Endoscopia digestiva alta
• Colonoscopia

Se refratariedade e constipação severa:

- Prescrever uso de supositório (glicerina, bisacodil).
- Considerar encaminhamento para Pronto-Socorro para realização de enema e investigações adicionais em ambiente hospitalar.

RECOMENDAÇÕES

- SOLICITAR EXAMES E SEGUIR CONDUTAS BASEADOS EM EVIDÊNCIAS;
- RESPEITAR A EPIDEMIOLOGIA LOCAL E FAMILIAR;
- NEGOCIAR COM USUÁRIOS PLANOS DE ACOMPANHAMENTO;
- NÃO GENERALIZAR CONDUTAS;
- NÃO USAR O “MELHOR PECAR POR EXCESSO” ;
- RESPEITE O SEU PACIENTE E O ERÁRIO PÚBLICO.

SUS - SAÚDE DA FAMÍLIA



PACK Brasil Adulto

Practical Approach to Care Kit
Kit de Cuidados em Atenção Primária

Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde

2020

Prescreva racionalmente

Avalie o paciente que necessita de prescrição

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

Aconselhe o paciente que necessita de prescrição

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

Trate o paciente que necessita de prescrição

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

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

Nome genérico do medicamento e quantidade do medicamento

Dosagem por unidade, frequência, via, instruções e alertas

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

Data

PRESCRIÇÃO

Centro de Saúde Vida
 Nome: Sr Marcos Dias
 Endereço: Ruas das Acácias, 12
 Data de nascimento: 22/01/1950

Tratamento:

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


 Carimbo e assinatura

Dr João Nunes
 CRM/SC 11.111
 Centro de Saúde Vida, Florianópolis/SC
 Tel: 3235.5545
 E-mail: equipe1@email.com

Data: 30/10/2015

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Encaminhe adequadamente

Avalie o paciente que necessita de encaminhamento

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

Aconselhe o paciente que necessita de encaminhamento

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

Trate o paciente que necessita de encaminhamento

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

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MULSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

Convulsões

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

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

Abordagem do paciente que não está mais convulsionando

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

Sim

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

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

Não

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

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

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

Provável **desmaio comum** →21.

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

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

O paciente tem diagnóstico de epilepsia?

Sim

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

Não

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

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

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

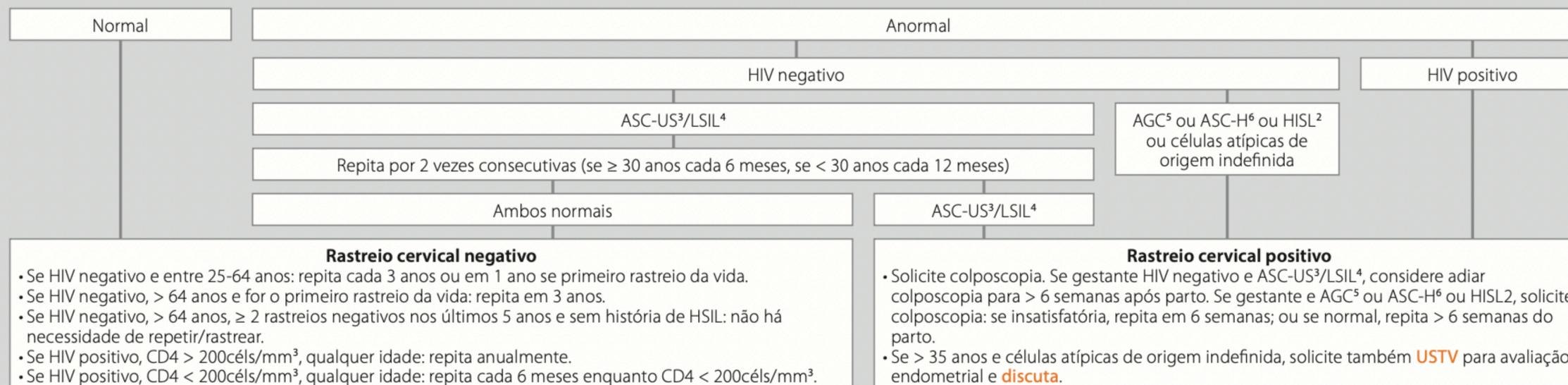
Rastreo do câncer de colo de útero

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

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

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

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



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

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

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

Derrame (AVC): diagnóstico e cuidados de rotina

Início súbito de qualquer um dos seguintes sugere um derrame (AVC) ou um acidente isquêmico transitório (AIT):

- Fraqueza ou dormência da face, braços ou pernas, especialmente se unilateral
- Dificuldade em falar ou entender o que é dito
- Visão borrada ou diminuída em um ou em ambos os olhos ou visão dupla
- Dificuldade em caminhar, tontura, perda de equilíbrio ou de coordenação

Confirme o diagnóstico de derrame (AVC) e maneje como abaixo se < 7 dias do início dos sintomas. **Discuta** se > 7 dias do início dos sintomas.

Atenda com urgência o paciente com derrame/AIT se < 7 dias do início dos sintomas:

- Se SaO₂ < 95% ou oxímetro não disponível, aplique oxigênio via cânula nasal (1-2L/min).
 - Verifique a glicemia: se < 70mg/dL aplique **glicose 50%** 25mL EV em 1-3 minutos. Verifique novamente em 15 minutos. Se ainda < 70mg/dL repita glicose 50% 25mL EV em 1-3 minutos.
 - Mantenha o paciente sem nada pela boca até que a capacidade de deglutir seja formalmente avaliada.
 - Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1L EV a cada 4-6 horas. Não prescreva fluidos contendo glicose/dextrose pois a glicose plasmática elevada pode piorar o derrame (AVC).
 - Se PA ≥ 220/120, discuta com especialista sobre necessidade de tratamento pré-encaminhamento. Se PA elevada for < 220/120, evite tratamento pois pode piorar o derrame.
- Encaminhe com urgência para considerar trombólise (para unidade especializada em derrame, se disponível).**

Avalie o paciente com derrame/AIT

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Pergunte sobre sintomas de outro derrame/AIT, dor no peito ↪ 30 ou dor na perna ↪ 53. Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.
Depressão	Toda consulta	No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um ↪ 109.
Necessidades de reabilitação	Toda consulta	• Encaminhe para a fisioterapia se problemas de mobilidade. • Encaminhe para fonoaudiologia se problemas de deglutição, fala, tosse pós-alimentar, produção excessiva de saliva.
PA	Toda consulta	Se HAS conhecida ↪ 99. Se não, verifique PA: se ≥ 140/90 ↪ 98. Se diagnóstico de HAS recente, evite iniciar tratamento até > 48 horas após AVC.
Pulso	No diagnóstico	Se irregular, solicite ECG (veja abaixo).
Auscultação cardíaca e carotídea	Toda consulta	• Se sopro diastólico/sistólico acentuado/holossistólico ou frêmito sistólico, solicite ecocardiograma . Se dúvidas, discuta . • Se sopro carotídeo, solicite USG e discuta .
Glicose	No diagnóstico, então anual	Verifique glicose ↪ 95. Se diabetes conhecida ↪ 96.
Colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TGC)	• No diagnóstico e anual • 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada ¹	• Se CT > 300mg/dL, repita/ confirme . Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta . Se TGC ≥ 500mg/dL, repita/ confirme , avalie fatores modificáveis e discuta . • Se usa sinvastatina para DCV confirmada ¹ , almeje reduzir não-HDLc ² > 40%. Se ≤ 40%, repita/ confirme , avalie adesão, fatores modificáveis e discuta .
HIV	No diagnóstico ou se status desconhecido	Teste para HIV ↪ 81.

Aconselhe o paciente com derrame/AIT

- Aconselhe o paciente a procurar atendimento médico imediato se os sintomas recorrerem. O tratamento rápido de um derrame/AIT pequeno pode reduzir o risco de um derrame (AVC) maior.
- Ajude paciente a manejar seu RCV ↪ 94. Eduque sobre a importância da adesão. Se fuma tabaco ↪ 108. Apoie para mudança ↪ 133. Encaminhe para grupos de apoio.
- Se o paciente tem < 55 anos (homem) ou < 65 anos (mulher), recomende avaliação do RCV dos parentes de primeiro grau ↪ 93.
- Não preceva contraceptivos orais que contenham estrogênio. Aconselhe sobre outros métodos como DIU, contraceptivos injetáveis ou orais contendo somente progestágenos ↪ 119.

Trate o paciente com derrame/AIT

- Prescreva **AAS**³ 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva ao invés **clopidogrel**³ 75mg ao dia.
- Prescreva **sinvastatina**⁴ 40mg se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e **discuta** à noite, uso contínuo, independente dos valores de colesterol.

¹História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ²Colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL. ³Não preceva se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos ou uso de AINEs, corticoide, varfarina. ⁴Não preceva sinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere ao invés **atorvastatina** ou **pravastatina**.

CONTEÚDOS:
SINTOMAS

CONTEÚDOS:
CONDIÇÕES
CRÔNICAS

TB

HIV

HEPATITE

DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS

DOENÇAS CRÔNICAS
DO ESTILO DE VIDA

SAÚDE MENTAL

EPILEPSIA

DESORDENS
MUSCULO-
ESQUELÉTICAS

SAÚDE DA MULHER

CUIDADOS
PALIATIVOS

“.HÁ UMA GRANDE DIFERENÇA ENTRE UM BOM E UM MAU MÉDICO, MAS A DIFERENÇA É MUITO PEQUENA ENTRE UM BOM MÉDICO E NENHUM MÉDICO ”

–ARTHUR YOUNG, 1789.