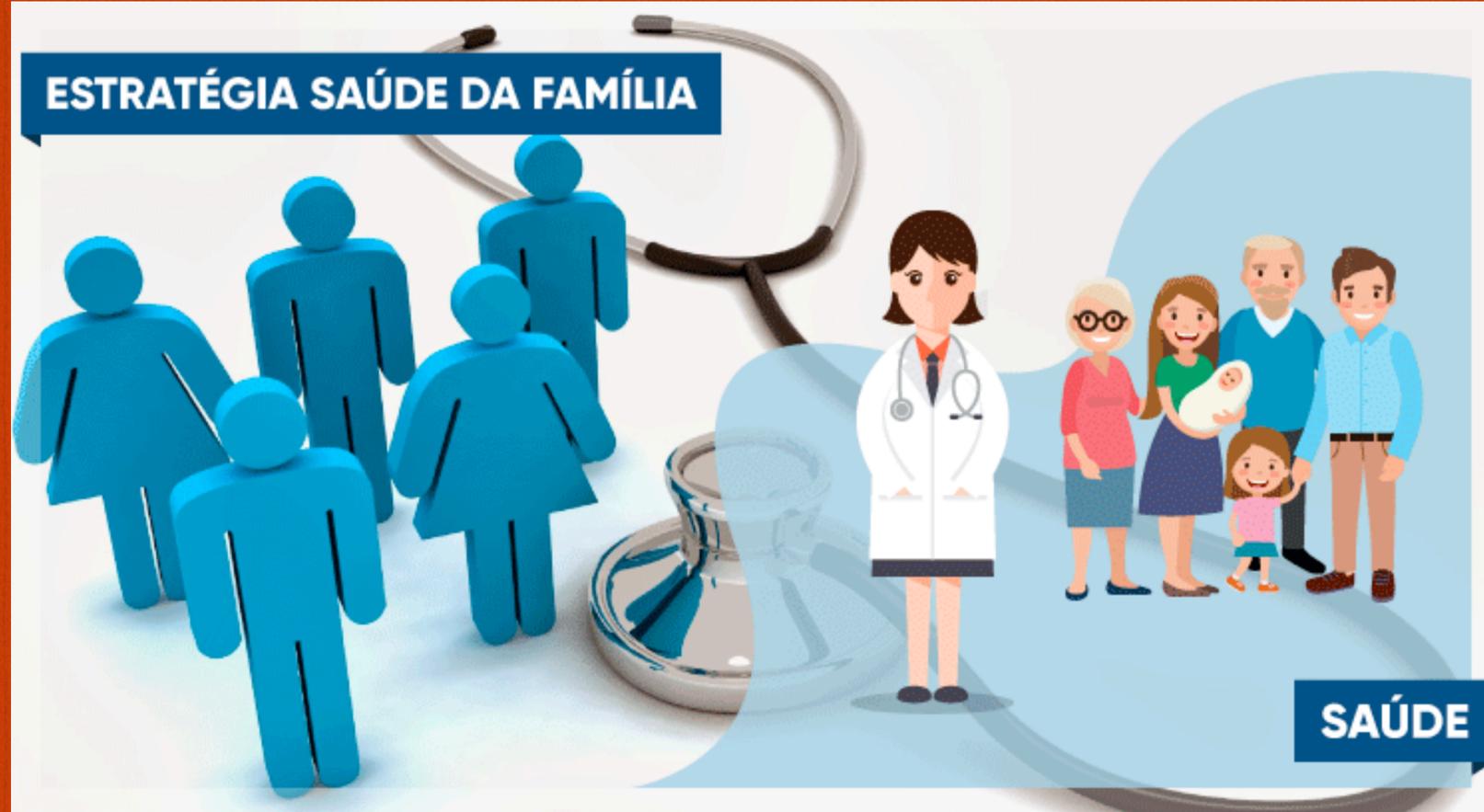


Ms Celso Marcos

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA



Gratidão pelo convite

JORNADA de ATUALIZAÇÃO MÉDICA PALMEIRA DOS INDIOS

Programa de Educação Médica Continuada

Fórum da Comarca de Palmeira dos Índios Des. Nelma Torres Padilha

Rua Otávio Cavalcante, s/n, Centro. Em frente à praça do Skate.

INSCRIÇÕES GRATUITAS:

WWW.CREMAL.ORG.BR

PARA MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA



07/02 Quarta

- 08H00 ABERTURA
- 08H30 FEBRES HEMORRÁGICAS BRASILEIRAS
DR. JOSÉ MARIA CONSTANT
- 09H30 EPILEPSIA
DR. RAFAEL VALERIANO
- 10H20 INTERVALO
- 10H35 DEPRESSÃO / ANSIEDADE
DR. GUILHERME CONSTANT
- 11H30 EXAMES COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DR. CELSO MARCOS
- 14H00 TUBERCULOSE
DR. MÁRCIO HENRIQUE DE CARVALHO LIMA FILHO
- 15H00 O QUE O CLÍNICO DEVE SABER DO UROLOGISTA
DR. HUMBERTO MONTORO
- 16H00 INTERVALO
- 16H15 INFECÇÃO URINÁRIA - MANEJO CLÍNICO
DR. HUMBERTO MONTORO

08/02 Quinta

- 08H00 GESTAÇÃO - RESTRIÇÕES TERAPÊUTICAS
DRA. GILZA BULHÕES
- 09H00 SÍFILIS
DR. ANDRÉ CONSTANT
- 10H00 INTERVALO
- 10H15 DIABETES
DRA. ARIADNE BARBOSA DE BARROS
- 11H15 HIPERTENSÃO ARTERIAL
DR. FRANCISCO COSTA
- 13H30 LEISHMANIOSES
DR. FERNANDO PEDROSA
- 14H30 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
DR. FRANCISCO COSTA
- 15H30 USO EMPÍRICO DE ANTIBIÓTICOS SEGUNDO O LOCAL DA INFECÇÃO
DR. JOSÉ MARIA CONSTANT

Responsável técnico:
Dr. José Maria Constant | Infectologista
CRM: 356-AL | RQE Nº: 972 | RQE Nº: 1984

Realização:  **CREMAL**

Apoio:  **PALMEIRA DOS INDIOS** | SECRETARIA DE **SAÚDE**

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.



NO REINO UNIDO EXISTE UMA MÉDIA DE 30 A 40 EXAMES SOLICITADOS POR 100 ATENDIMENTOS.

NUM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL-ESCOLA FORAM PEDIDOS 245 EXAMES POR 100 ATENDIMENTOS.

Riscos do Exame complementar

- **Custo (iatrogenia social);**
- **Ansiedade (iatrogenia psicológica);**
- **Menosprezo pelo exame clínico;**
- **"Engarrafamento" ;**
- **Atraso no diagnóstico ;**
- **Diagnóstico equivocado.**



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)

Atributos da Atenção Primária saúde

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

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

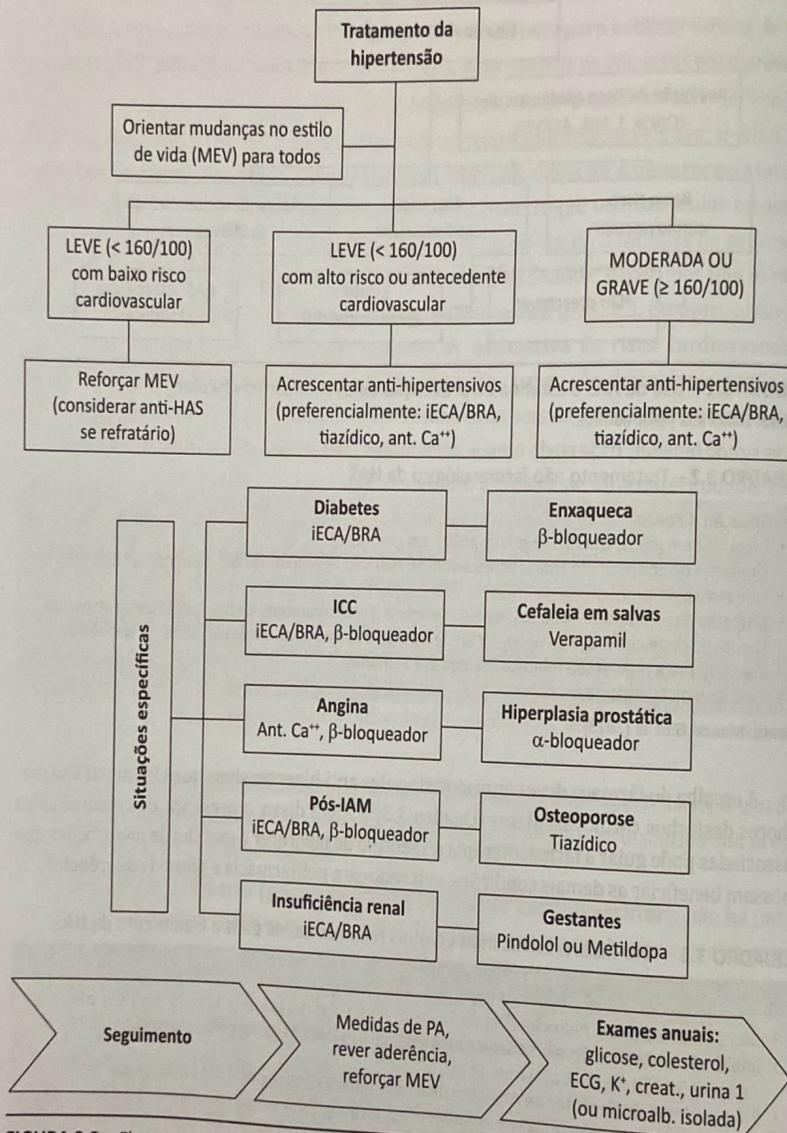


FIGURA 3.2 – Fluxos assistenciais voltados ao tratamento da HAS
 Fonte: Adaptada de Gusso G et al. (2017).

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

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:

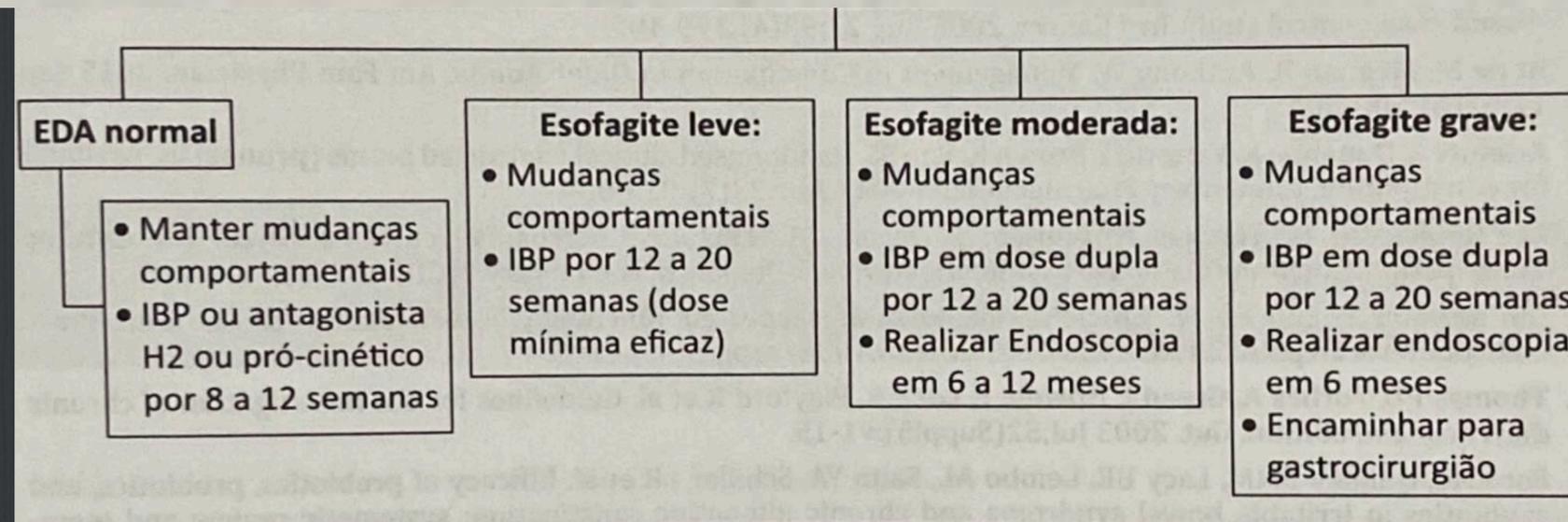
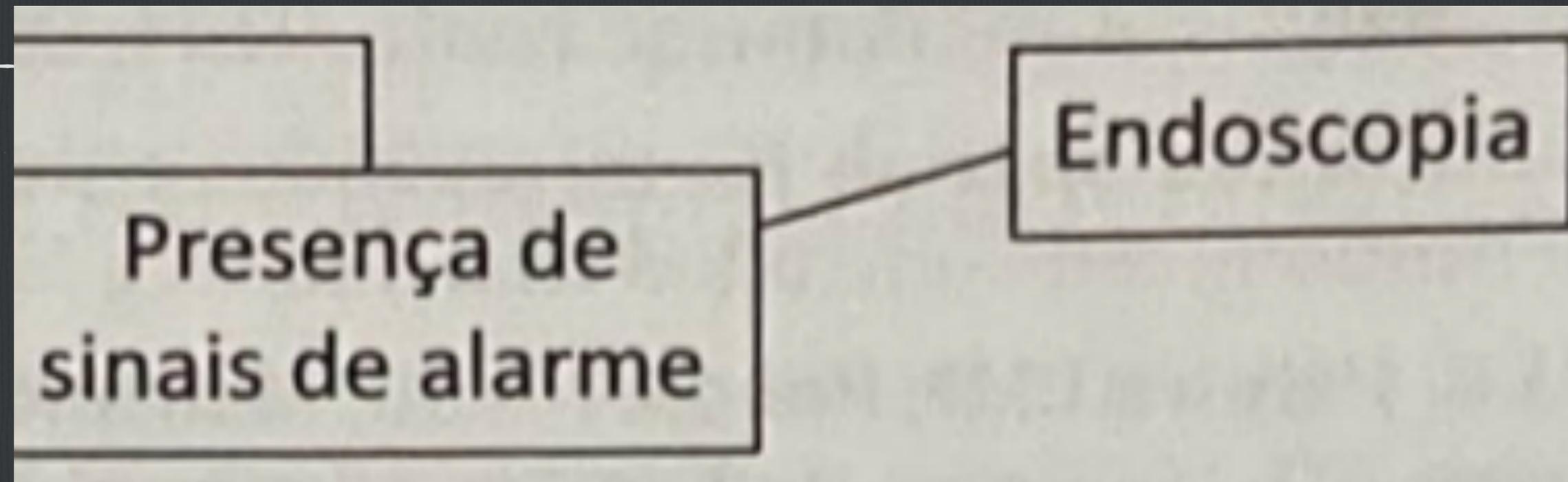
Primeira cefaleia em pessoa > 50 anos,
início súbito de forte intensidade,
alteração importante do padrão de dor
(aumento de frequência ou intensidade),
condições (HIV, câncer) ou sintomas
sistêmicos (febre, emagrecimento),
alteração neurológica, TCE.

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

Antes da terapia:
Teste de *Helicobacter 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

2023/2024

Mordidas e ferroadas

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

- **Mordida de cobra** (mesmo que as marcas da mordida não sejam aparentes)
- Se início súbito de coceira/rash generalizado, edema de face/língua, sibilos, falta de ar, PAS < 90, tontura/desmaio, dor abdominal intensa, vômito persistente, considere **anafilaxia** → 29
- Fraqueza, pálpebras caídas, dificuldade de engolir e falar, visão dupla
- Mordida animal/humana e mais 1: múltiplas mordidas, ferimento grande/profundo, perda tecidual, envolvendo articulações/ossos, temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou pus
- PAS < 90
- Sangramento pulsátil ou excessivo

Maneje e encaminhe com urgência:

- **Se mordida de cobra:**
 - Tranquilize paciente.
 - Remova joias/bijuterias e imobilize o membro mordido. Evite aplicar torniquete ou sugar o veneno.
 - Discuta sobre necessidade de soro antiofídico, ligue para o Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001).
- Se PAS < 90, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 500mL EV em 30 minutos, repita até PAS > 90. Pare se falta de ar piorar ou novas crepitações pulmonares.
- Se sangramento pulsátil ou excessivo, aplique pressão direta e eleve membro. Se sangramento excessivo e persistente, aplique torniquete acima do ferimento.
- Remova pele solta/necrosada e limpe a ferida com água e sabão. Irrigue com pressão usando **cloreto de sódio 0,9%** por 15 minutos. Evite suturar o ferimento.
- Prescreva reforço da **vacina dT** (difteria e tétano) se última dose há > 5 anos. Se < 3 doses na vida/desconhecido, complete doses e discuta/encaminhe para **soro/imunoglobulina antitetânica**.

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

Mordida(s) humana ou animal

- Remova pele solta/necrosada e limpe ferida com água e sabão. Irrigue com pressão usando **cloreto de sódio 0,9%** por 15 minutos.
- Evite suturar o ferimento.
- Considere risco de raiva se mordida/arranhão ou lambadura nos olhos/boca/pele não intacta por cão, gato, animal silvestre¹ ou de produção²
 - Discuta com Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001). Notifique.
 - Lave ferimento com água e sabão.
 - Oriente observar o animal por 10 dias após exposição para sinais de raiva. Se desaparecer/morrer/se tornar raivoso ou animal silvestre¹/de produção²: prescreva 4 doses de **vacina antirrábica** (0, 3, 7 e 14 dias após exposição).
 - Se animal silvestre ou se ferimento em mucosas/mãos/pés/cabeça/extenso/profundo e animal desaparecido/raivoso/de produção²: prescreva também **soro/imunoglobulina antirrábica**.
- Se disfunção imune³ ou mordida é profunda, infectada, envolve mão/cabeça/pescoço/genitais: prescreva **amoxicilina/clavulanato** 500/125mg cada 8 horas por 7-14 dias. Se alergia, dê ao invés **metronidazol** 500mg cada 8 horas e **SMZ/TMP** 800/160mg cada 12 horas por 7-14 dias.
- Se mordida humana com rompimento da pele, também avalie necessidade de PEP para HIV e hepatite B → 104.
- Prescreva **paracetamol** ou **dipirona**⁴ 500-1000mg e/ou **ibuprofeno**⁵ 300-600mg cada 6 horas se necessário por até 5 dias.
- Se mordida infectada e sem resposta ao antibiótico em 48h, ou dor persiste apesar da analgesia, **discuta**.
- Se ferida não cicatrizar completamente após 3 meses ou cicatrizar < 50% após 6 meses de tratamento → 89.

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

- Remova ferrão/tentáculos cuidadosamente. Limpe ferida com água e sabão. Se água-viva, evite aplicar água doce/esfregar e aplique vinagre comum por 30min.
- Aplique gelo/bolsa de gelo para dor/inchaço.
- Se coceira e rash, prescreva **loratadina** 10mg ao dia. Se sem resposta, prescreva **prednisona** 60mg ao dia por 5 dias.
- Se dor, prescreva **ibuprofeno**⁵ 300-600mg cada 6 horas por até 5 dias.
- Se picada de escorpião muito dolorida, injete **lidocaina 2%** 2mL ao redor do local da picada.
- Se picada de aranha ou dúvidas, discuta com Centro de Informações Toxicológicas (0800 643 5252) ou Disque-Intoxicação (0800 722 6001).

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

¹Como morcego, raposa, macaco, outros. ²Como boi, cavalo, cabra, ovelha, porco, outros. ³HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. ⁴Não prescreva se alergia prévia. ⁵Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação. Considere associar **omeprazol** 20mg em jejum se HAS, diabetes, insuficiência cardíaca, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Dor nas costas

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

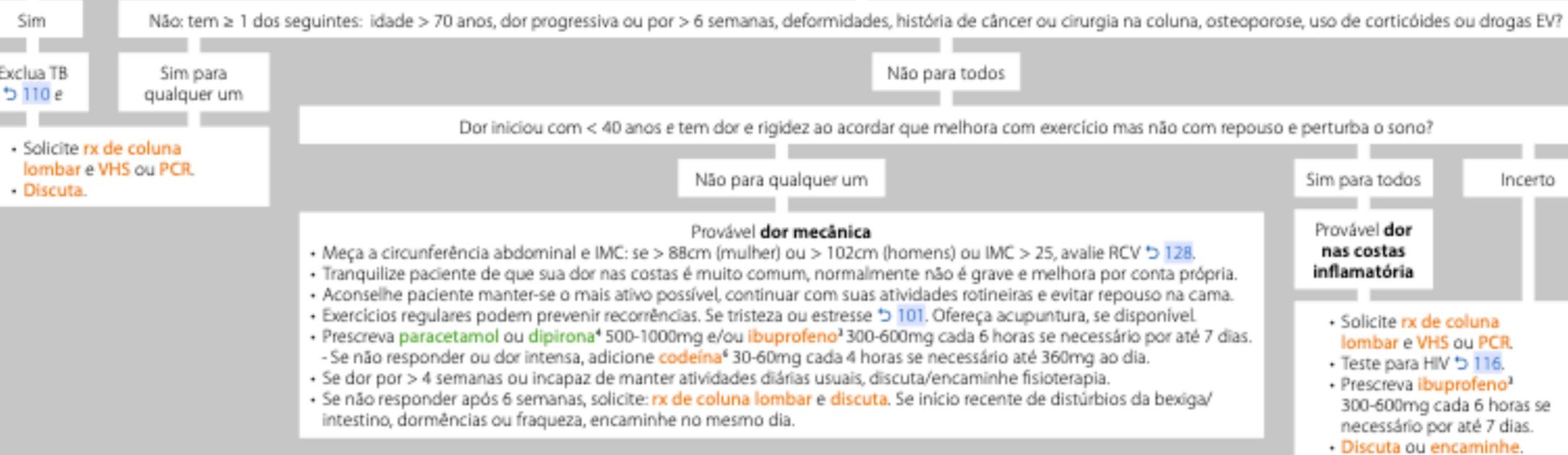
- Distúrbios da bexiga ou do intestino - retenção ou incontinência
- Dormência nas nádegas, perineo ou pernas
- Fraqueza nas pernas ou dificuldade em caminhar
- Trauma importante e recente
- Dor abdominal superior súbita com náusea/vômito: provável pancreatite
- Massa abdominal pulsátil: provável aneurisma da aorta abdominal
- Se dor no flanco súbita, intensa, com irradiação unilateral para virilha ou testículo: provável cálculo renal
- Se dor no flanco/PPL + com sintomas urinários e ≥ 1 : vômitos, PAS < 90, FC ≥ 100 , gestante, febre, disfunção imune¹: provável pielonefrite complicada

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável pancreatite, aplique cloreto de sódio 0,9% 1L EV rápido independente da PA, depois 1L cada 4 horas. Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.
- Se provável aneurisma da aorta abdominal: não aplique fluidos EV mesmo se PAS < 90 (elevar a PA pode piorar a ruptura)
- Se pielonefrite complicada: aplique ceftriaxona 1g IM. Se pielonefrite complicada/cálculo renal e dor intensa, aplique morfina 10mg IM ou morfina diluída 3-10mg EV lento², pare se PAS < 90.
- Se provável cálculo renal e tem febre ou é gestante ou é incapaz de urinar: encaminhe no mesmo dia.
- Se provável cálculo renal e não tem febre e não é gestante e é capaz de urinar: dê ibuprofeno³ 600mg VO ou diclofenaco³ 75mg IM. Se necessário, repita após 30 minutos. Se náusea/vômito, dê metoclopramida 10mg VO ou EV. Se não melhorar após 1 hora: encaminhe no mesmo dia. Se melhorar, solicite PU, C e TSA e dê paracetamol ou dipirona⁴ 500-1000mg e/ou ibuprofeno³ 300-600mg cada 6 horas se necessário até 7 dias. Se náusea/vômito dê metoclopramida 10mg cada 8 horas até 5 dias. Solicite USG, revise resultados de urina e discuta.

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

- Se dor no flanco com sintomas urinários, provável pielonefrite não complicada: solicite PU, C e TSA⁵ e prescreva ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 7 dias e paracetamol ou dipirona (evite se alergia prévia) 500-1000mg cada 6 horas se dor. Reavalie em 2 dias. Se não melhorar: encaminhe no mesmo dia. Revise PU, C e TSA: troque antibiótico ou reavalie diagnóstico, se necessário.
- Paciente tem qualquer um dos seguintes sinais/sintomas: tosse ≥ 3 semanas, perda de peso, sudorese noturna ou febre?



¹HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. ²Dilua 10mg de morfina com 9mL de cloreto de sódio 0,9%. Aplique morfina diluída 3mL EV em 3 min (1mL/min). Se necessário, aplique mais 1mL/min até melhora, até 10mL. Pare se PAS < 90. ³Tomar com alimentação. Não prescreva se úlcera péptica, reação alérgica ou exacerbação de asma com uso, doença renal, gestação. Considere associar omeprazol 20mg em jejum se HAS, diabetes, insuficiência cardíaca, ≥ 65 anos, dispepsia, úlcera péptica prévia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. ⁴Não prescreva se alergia prévia. ⁵Colete antes e inicie antibiótico logo após coleta. ⁶Prescreva menor dose eficaz pelo menor tempo.

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

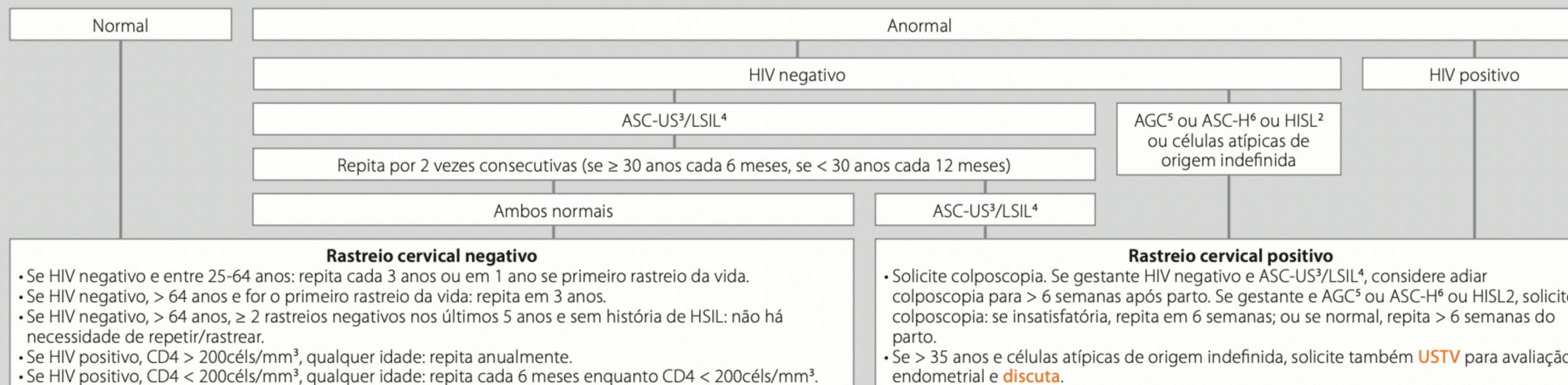
Rastreo do câncer de colo de útero

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

[...] a reflexão ética obriga-nos a escolher. Obriga-nos a procurar, entre as várias soluções possíveis, quais são aquelas que correspondem não só a critérios de eficiência e de eficácia, ao equilíbrio entre custos e benefícios, mas sobretudo a exigências de prioridade, equidade e moralidade [...]

“ A medicina é a ciência da incerteza e a arte da probabilidade. ”

William Osler (há quase um século)