# PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná

**www.pmfi.pr.gov.br**

Foz do Iguaçu, 29 de julho de 2022.

Oficio nº 943/22 – GAB - GABINETE DO PREFEITO

Assunto: **RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 897/2022.**

Senhor Presidente,

Em atenção ao Requerimento nº 897/2022, de autoria do Nobre Vereador Jairo Cardoso, encaminhado pelo Ofício nº 1099/2022-GP, de 12 de julho de 2022, dessa Casa de Leis, sobre o atendimento prestado nas Unidades Básicas de Saúde – UBS – do Município, informamos de acordo com a Secretaria Municipal da Saúde, conforme segue:

**1. Qual o protocolo de atendimento para consultas de rotina nas UBS? Se existir manual ou protocolo de atendimento, favor anexar**.

Os atendimentos nas Unidades de Saúde contemplam consultas programadas e atendimento a demanda espontânea conforme descrito em Portaria nº 2.436/2017 (PNAB, 2017) e Caderno de Atenção Básica nº 28. Situações que necessitem de atendimento de urgência e emergência são encaminhados via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – para o serviço correspondente.

Cabe destacar que o acolhimento é o instrumento utilizado para resolutividade das demandas apresentadas nas Unidades de Saúde, resultando em consultas programadas ou atendimento de demanda espontânea.

Sobre o acolhimento, temos como referência a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, ANEXO, 5 – DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA:

> "VI – O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, [...].
> a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também **contemplando a agenda programada e a demanda espontânea**, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.
> [...]
> Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como:
> 1. consulta ou procedimento imediato;
> 2. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;
> 3. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;
> 4. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;
> 5. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS (Rede de Atenção à Saúde), mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e
> 6. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Foz do Iguaçu, 29 de julho de 2022.

Oficio nº 943/22 – GAB - GABINETE DO PREFEITO

Assunto: **RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 897/2022.**

saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.”

**2. Qual o protocolo de atendimento para consultas de urgência nas UBS? Se existir manual ou protocolo de atendimento, favor anexar**.

Situações que necessitem de atendimento de urgência e emergência são encaminhados via SAMU para o serviço correspondente, conforme descrito em Portaria nº 2.436/2017 (PNAB, 2017) e Caderno de Atenção Básica nº 28.

**3. Qual o procedimento quando das férias dos médicos lotados nas UBS? Se existir manual ou protocolo de atendimento, favor anexar**.

As férias dos profissionais são programadas por meio de escala considerando disponibilidade de médicos dentro da Unidade de Saúde e dentro do Distrito Sanitário, de modo que, quando o médico está ausente, o enfermeiro possa realizar os programas da Atenção Básica, assim como o contrário quando ocorrem as férias de enfermeiro. Também havendo a necessidade de atendimento médico quando profissional esteja de férias e este atendimento não pode ser programado, o paciente pode ser atendido tanto por outro médico da própria Unidade de Saúde, quanto em outra Unidade dentro do Distrito Sanitário.

**4. Qual a equipe padrão e mínima de servidores das UBS? Se existir manual ou protocolo de atendimento, favor anexar.**

Equipe prevista na PNAB (2017), não especificando quantitativo mínimo de profissional por categoria: Médico; Enfermeiro, Auxiliar/Técnico de Enfermagem; e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Segue link para acesso a PNAB (2017): https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

**5. Qual a carga horária de médicos e dentistas nas UBS? Existe quantidade mínima de atendimento?**

Existem 4 perfis médicos atualmente prestando atendimento na APS:

- **Estatutário:** Determinado em concurso 40 horas semanais, sendo previsto em Decreto Municipal nº 28.405/2020 readequação de carga horária, sendo 30 horas em regime presencial, e 10 horas para atividades conforme previsto em Decreto citado;

**- Credenciado:** A depender da carga horária contratada junto ao Município, sendo o mais frequente: 40 horas semanais ou 30 horas semanais;

**- Mais Médicos:** Possuem contrato com o Ministério da Saúde de 40 horas semanais, onde 32 horas em

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Foz do Iguaçu, 29 de julho de 2022.

Oficio nº 943/22 – GAB - GABINETE DO PREFEITO

Assunto: **RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 897/2022.**

regime presencial e 8 horas para curso;

**- Médicos pelo Brasil:** Novo programa do Ministério da Saúde, para substituição gradual ao "Programa Mais Médicos" conforme término das contratações do programa anterior. Possuem contrato com o Ministério da Saúde de 40 horas semanais em regime presencial.

Quanto a dentistas, estes são contratados via concurso, com carga horária prevista de 20 horas semanais ou 40 horas semanais.

Não existe atualmente normativa legal que determine quantitativo máximo de consultas/dia, bem como não há para determinar tempo máximo e mínimo de tempo de consulta. A expectativa da legislação vigente (PNAB, 2017) é que o profissional possua flexibilidade de tempo, para corresponder a demanda apresentada conforme a especificidade do perfil de atendimento dos pacientes que residem em território de atendimento da UBS.

**6. Qual protocolo relativo às receitas de medicamentos contínuos?**

Medicamentos de uso contínuo podem ser de dois tipos:

- Para tratamento de condição crônica (diabetes, hipertensão, etc);

- Para tratamento com psicotrópicos (condições psiquiátricas, doenças que envolvem convulsão, etc).

Para medicamentos de condições crônicas, a renovação ocorre a cada 6 meses. Para medicamentos psicotrópicos a renovação é a cada 2 meses.

**7. Quando da ausência de médicos, enfermeiros podem fazer atendimento? E receitar remédios?**

Destacamos que as consultas programadas na Unidade de Saúde, e os programas previstos nos Cadernos de Atenção Básica (instrumentos que norteiam as atividades a serem desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde) acontecem de forma compartilhada entre os profissionais médico e enfermeiro. Na ausência do médico, a depender da disponibilidade de vagas, o enfermeiro pode estar realizando este atendimento, ou ainda programando nova consulta para o paciente com o profissional médico.

Enfermeiros, conforme as normativas que regem a profissão, somente podem prescrever medicamentos que estejam previstos em protocolos e fluxos. Atualmente o Município já conta com o Protocolo da Criança, possibilitando a prescrição de medicamentos previstos no documento. Outros protocolos estão em processo de desenvolvimento.

**8. Quando da ausência do médico de referência, outro médico pode fazer o atendimento?**

Havendo a necessidade de atendimento médico quando profissional esteja de férias e este atendimento não

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Foz do Iguaçu, 29 de julho de 2022.

Oficio nº 943/22 – GAB - GABINETE DO PREFEITO

Assunto: **RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 897/2022.**

pode ser programado, o paciente pode ser atendido tanto por outro médico da própria Unidade de Saúde, quanto em outra Unidade dentro do Distrito Sanitário.

**9. Existe recomendação quanto ao atendimento ao usuário, desde a recepção até o atendimento médico? Se existir manual ou protocolo de atendimento, favor anexar.**

Todo paciente inicia o atendimento na recepção, onde são disponibilizadas as orientações iniciais. A seguir, passa por acolhimento com profissional de saúde, onde será definido o desfecho, conforme previsto na PNAB (2017).

Cabe destacar que estão em desenvolvimento protocolos de atendimento visando sistematizar o processo de trabalho conforme a realidade do Município de Foz do Iguaçu.

**10. Quando do descumprimento de algum protocolo, qual o canal adequado de denúncia?**

O paciente pode apresentar elogios, sugestões, reclamações e denúncia através da Ouvidoria da Saúde, fomentando assim informações para identificação de locais com maior número de reclamações, tipo de reclamação com maior incidência, etc.

As demandas de ouvidoria são direcionadas aos gestores de cada serviço para providências e respostas.

O Município de Foz do Iguaçu conta com o serviço 156, onde os usuários podem apresentar suas demandas, e estas serão direcionadas à Ouvidoria da Saúde, sendo o serviço 156 uma das formas de acesso do usuário.

**11. Qual o tempo médio de espera nas Unidades Básicas de Saúde?**

A resposta para este questionamento vai depender de alguns fatores, como:

- Tipo de demanda que motivou a busca ao serviço de saúde;

- Se o paciente tem consulta agendada ou é busca de demanda espontânea;

- Dia de semana para busca de atendimento (segundas apresentam maior busca por atendimento, havendo redução durante a semana);

- Horário de busca de atendimento (07 horas até 09 horas há pico de busca manhã, e das 14 horas às 16 horas novamente há pico de busca de atendimento);

- Unidade de Saúde onde se realizou a busca de atendimento, usando como exemplo UBS Curitibano possui alta busca de atendimento de demanda espontânea pela proximidade da UPA João Samek, e UBS Vila Yolanda que, por ter sido Núcleo de Saúde, culturalmente possui alta busca por atendimento;

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná

**www.pmfi.pr.gov.br**

Foz do Iguaçu, 29 de julho de 2022.

Oficio nº 943/22 – GAB - GABINETE DO PREFEITO

Assunto: **RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 897/2022.**

- Possibilidade de adoecimentos dos profissionais que prestam serviço;

- Aumento de busca de atendimento devido a doença de importância epidemiológica (tendo como exemplo o impacto da COVID-19).

Enfim, não é possível afirmar de forma categórica tempo médio de espera conforme solicitado, tendo em vista os vários fatores que podem influenciar na resposta a ser apresentada.

Entretanto é possível esclarecer que toda a Rede de Atenção à Saúde – RAS –, faz uso de Sistema de Classificação de Risco (Manchester), onde é estipulado tempo máximo de espera para o atendimento, conforme segue:

- Emergência (vermelho): Risco imediato de perder a vida = atendimento imediato;

- Muito Urgente (laranja): Ameaça a funções vitais = atendimento instantâneo (literaturas variam de 10 a 15 minutos de espera);

- Urgência (amarelo): Condição que pode agravar sem atendimento = atendimento em até 60 minutos;

- Pouco urgente (verde): Baixo risco de agravo imediato à saúde = atendimento em até 120 minutos;

- Não urgente (azul): Sem risco imediato de agravo à saúde = atendimento em até 240 minutos.

Pacientes classificados como verde ou azul podem ser atendidos nas Unidades de Saúde, tendo como tempo de espera previsto máximo de 240 minutos, a depender das condições apresentadas. Pacientes classificados de vermelho a amarelo devem ser atendidos em ambiente de Pronto Atendimento (UPA).

Atenciosamente,

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Nilton Aparecido Bobato – **Secretário Municipal da Administração**

Francisco Lacerda Brasileiro - **Prefeito Municipal**

D E S P A C H O

1 – Leitura no expediente

2 – À disposição no SAPL

Em 05/08/2022

NEY PATRÍCIO
Presidente

Ao Senhor
**NEY PATRÍCIO DA COSTA**
Presidente da Câmara Municipal
**FOZ DO IGUAÇU – PR**

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 6/359

ISBN 978-85-334-1843-1

Acolhimento à demanda espontânea

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

28

DISQUE SAÚDE 136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

ID.: 7/360

## Acolhimento à demanda espontânea

**Volume I**



1ª edição
1ª reimpressão

Brasília – DF
2013

28

VENDA PROIBIDA

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 7/359

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

# ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I

1ª edição
1ª reimpressão

Brasília – DF
2013




Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

© 2011 Ministério da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra e de responsabilidade da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição; 1ª reimpressão – 2013 – 2.000 exemplares

**Elaboração, distribuição e informações:**
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, Blocos E/F
Edifício Premium, Torre II, Auditório (subsolo).
CEP: 70.070-600 - Brasília/DF
*Site*: http://www.saude.gov.br/dab

**Supervisão Geral:**
Heider Aurélio Pinto

**Coordenação Geral:**
Eduardo Alves Melo

**Organização e Elaboração Técnica:**
Eduardo Alves Melo
Luciano Bezerra Gomes

**Colaboração Técnica:**
Adriana Almeida
Adriano de Oliveira
Aristides Vitorino de Oliveira Neto
Arthur Mendes
Carolina Pereira Lobato
Dagoberto Machado
Felipe Proenço
Graziela Tavares
Juliana Dias Santos
Juliana Oliveira Soares
Maria do Carmo Cabral Carpintero
Núlvio Lermen Junior
Patrícia Sampaio Chueiri
Túlio Batista Franco
Waleska Holst Antunes

**Revisão Técnica:**
Patrícia Sampaio Chueiri

**Revisão Geral:**
Alexandre de Souza Ramos
Patricia Sampaio Chueiri

**Coordenação Editorial:**
Antônio Sergio de Freitas Ferreira
Marco Aurélio Santana da Silva
Renata Ribeiro Sampaio

**Diagramação:**
Roosevelt Ribeiro Teixeira

**Projeto Gráfico:**
Artmix

**Revisão:**
Ana Paula Reis

**Normalização:**
Amanda Soares Moreira – CGDI/Editora MS
Marjorie Fernandes Gonçalves – MS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

ISBN 978-85-334-1843-1

1. Atenção básica. 2. Promoção da saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0202

**Títulos para indexação:**
Em inglês: Humanized reception of patients without an appointment
Em espanhol: Acogida a la demanda espontánea

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# Sumário

**APRESENTAÇÃO** ..... **5**

**VOLUME I** ..... **9**

**1. INTRODUÇÃO: O SUS, AS REDES DE ATENÇÃO E A ATENÇÃO BÁSICA** ..... **11**

**2. ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA** ..... **17**

2.1 Mas, afinal, o que é acolhimento? ..... 19

2.2 Por que acolher a demanda espontânea na atenção básica? ..... 20

2.3 Dimensões constitutivas do acolhimento ..... 21

2.3.1 O acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso ..... 21

2.3.2 O acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado ..... 22

2.3.3 O acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe ..... 22

**3. A REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E O ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA** ..... **23**

3.1 Fluxos dos usuários na unidade ..... 26

3.2 Modelagens de acolhimento ..... 29

3.3 Avaliação de risco e vulnerabilidade ..... 32

3.4 Gestão das agendas de atendimento individual ..... 35

3.5 O acolhimento em diferentes realidades e modalidades de atenção básica ..... 37

3.6 Ofertas de cuidado e desmedicalização ..... 39

**4. PARA VIABILIZAR A IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA** ..... **41**

4.1 Novos personagens na produção do acolhimento ..... 43

4.2 O acolhimento à demanda espontânea e a Rede de Atenção às Urgências ..... 44

4.3 Apoio dos gestores às equipes de saúde ..... 45

4.4 Diálogo com os usuários ..... 47

**REFERÊNCIAS** ..... **49**

ANEXO A: Estrutura física, ambiência e insumos necessários à realização do acolhimento à demanda espontânea na atenção básica ..... 53

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

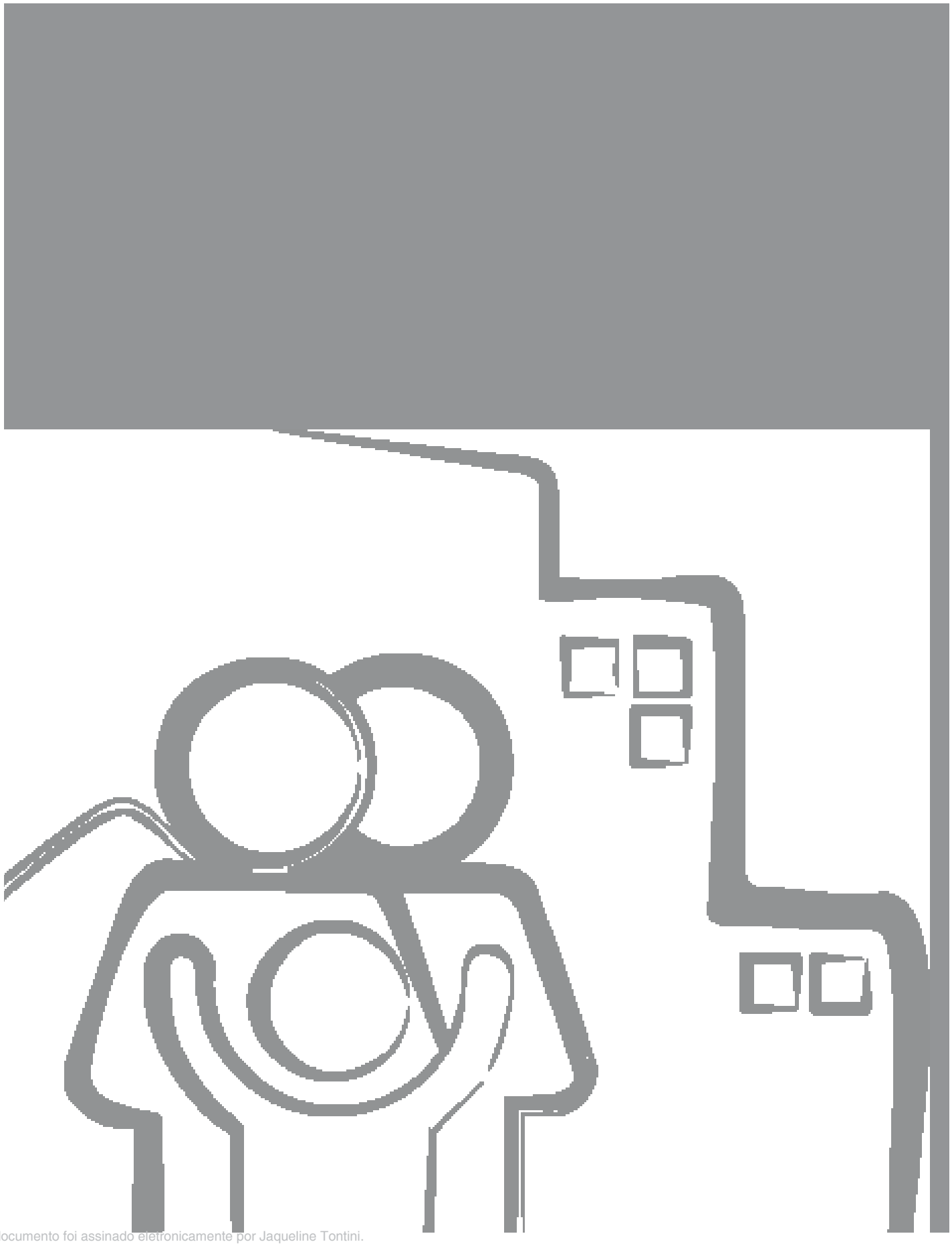
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# APRESENTAÇÃO

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 13/359





A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS, vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social.

Em ano de Conferência Nacional de Saúde, a coincidência do enfoque deste Caderno com o tema desse evento democrático do sistema de saúde brasileiro é mais uma oportunidade histórica de o abordarmos com a profundidade e visibilidade que o tema requer, pois diz respeito, de maneira aguda, a um posicionamento concreto de defesa da vida das pessoas.

O volume I deste Caderno trata do acolhimento contextualizado na gestão do processo de trabalho em saúde na atenção básica, tocando em aspectos centrais à sua implementação no cotidiano dos serviços. O volume II, como desdobramento do primeiro, apresenta ofertas de abordagem de situações comuns no acolhimento à demanda espontânea, utilizando-se do saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, por meio do olhar para riscos e vulnerabilidades.

Esperamos que essa organização do material contemple gestores e trabalhadores nas suas necessidades específicas e, sobretudo, naquilo que é (ou os deve ser) comum, superando as divisões rígidas entre cuidado e gestão, dado que o cuidado em saúde requer gestão e a gestão em saúde objetiva o cuidado.

Nesse sentido, este Caderno deve ser encarado como oferta ativa do DAB/SAS/MS, como ferramenta potencialmente útil, não substituindo (mas auxiliando) a construção partilhada e cotidiana de modos de cuidar e gerir. A potência e o valor de uso deste Caderno serão maiores se ele estiver vinculado a experimentações concretas e à problematização dos efeitos, desafios e práticas reais pelas próprias equipes, com apoio intensivo da gestão, nos próprios serviços, tomando o processo de trabalho real como objeto de análise e intervenção.

Por fim, esperamos que, com essa iniciativa e em articulação com outras ações desenvolvidas pelo DAB/SAS/MS, possamos contribuir efetivamente para o fortalecimento da atenção básica, no seu papel protagonista de produção e gestão do cuidado integral em rede, impactando positivamente na vida das pessoas e coletivos.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

## VOLUME I

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# 1 INTRODUÇÃO: O SUS, AS REDES DE ATENÇÃO E A ATENÇÃO BÁSICA

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 19/359





O SUS, sem dúvida, é atualmente um dos maiores exemplos de política pública no Brasil. Esse sistema, fruto de debates e lutas democráticas na sociedade civil e nos espaços institucionais do Estado brasileiro, sobretudo do movimento da reforma sanitária (um "movimento de movimentos"), foi afirmado na Constituição de 1988, alicerçado na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado e em princípios e diretrizes como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. O SUS vem se desenvolvendo ao longo dos últimos 20 anos de modo paradoxal, pois tem implantado um conjunto de políticas de saúde includentes, apesar de sofrer de problemas crônicos, entre os quais o financiamento insuficiente e desigual (CAMPOS, 2006). Isso demonstra, por um lado, a força do ideário e do conjunto de atores e instituições construtores do SUS, tornando-o um verdadeiro patrimônio público, que, como tal, deve ser bem cuidado. Por outro lado, o SUS precisa ser "protegido" e "cultivado" não apenas para evitar retrocessos ao grande pacto social do qual é resultado, mas também porque ainda há muito que fazer para consolidar esse sistema e, assim, possibilitar que todo brasileiro se sinta cuidado diante das suas demandas e necessidades de saúde[1].

Nesse sentido, há inúmeros desafios a enfrentar e, entre eles, destacam-se aqueles relativos ao financiamento, à força de trabalho e aos modelos de gestão e de atenção. Esses últimos (os modelos de atenção), que se referem a modos de pensar e organizar os sistemas e serviços de saúde a partir de opções técnico-políticas, devem ser objeto de atenção especial, na medida em que influenciam fortemente o modo como os indivíduos e coletivos serão concretamente cuidados no cotidiano. Sendo assim, é fundamental existirem não somente serviços de saúde em quantidades adequadas, mas também que esses serviços sejam articulados de maneira complementar e não competitiva, na perspectiva de redes de atenção, que sejam capazes de responder às necessidades de todos e de cada um, de maneira singular, integral, equânime e compartilhada.

Nessa perspectiva, destacamos o caráter estruturante e estratégico que a ATENÇÃO BÁSICA (ou Atenção Primária à Saúde[2]) pode e deve ter na constituição das redes de atenção à saúde, na medida em que (a atenção básica) se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da

[1] Entendemos que as demandas e necessidades de saúde são construídas socialmente, ou seja, não têm uma essência imutável e não devem ser naturalizadas. Dessa forma, é restritivo falar em "reais necessidades de saúde da população", pois isso parte da premissa de que é possível definir as verdadeiras necessidades de saúde, quando, de fato, estas são construções produzidas na dinâmica social (LUZ, 2006; CAMARGO JR., 2005; CECÍLIO, 2001). Por isso é recomendável considerar que diferentes sujeitos e atores sociais produzem, com interesses e formas variados, o que são demandas e necessidades de saúde, e que esses diferentes entendimentos sejam explicitados e colocados em diálogo.

[2] Considera-se, neste material, atenção básica e atenção primária (nas concepções atuais) como equivalentes, associando esses termos às noções de vinculação e responsabilização de equipes de saúde pelo cuidado continuado de pessoas em seus territórios de vida, acessibilidade, atenção abrangente e integral (não focalizada e não seletiva), alta resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 20/359





vida das pessoas e coletivos em seus territórios[3], pois as unidades básicas são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade. As equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co) gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral.

É importante destacar que, a despeito de a atenção básica não ser capaz de oferecer atenção integral, isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias[4], desde que tenha (ou construa) disposição e capacidade de identificar/compreender as variadas demandas/problemas/necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente. Consequentemente, a atenção básica, para ser resolutiva, reconhecida e ter legitimidade, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo (embora sejam ações altamente necessárias), nem tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos (por mais que se constituam como ações obrigatórias e essenciais). As dicotomias e rivalidades entre individual e coletivo, clínica e saúde pública, prevenção e cura, doença e saúde, demanda espontânea e agenda programada, efetivamente, não contribuem para a melhoria da vida real das pessoas e, às vezes, até ajudam a piorar. Além disso, a procura exacerbada por serviços de urgência e especializados (com todas as consequências daí advindas), apesar de ser explicada pelo imaginário social e pelas influências do complexo médico-industrial, é também modulada pelas ofertas e pela capacidade de cuidado da atenção básica. Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a atenção básica tem que se constituir numa "porta aberta" capaz de dar respostas "positivas" aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços.

---

[3] Compreende-se a noção de território em suas várias dimensões, tais como o "território físico" (material, visível e delimitado), o "território como espaço-processo" (construído cultural e socialmente, de forma dinâmica) e o "território existencial" (referido às conexões produzidas pelos indivíduos e grupos na busca de sentidos para a vida). Na prática, é importante perceber como essas diferentes perspectivas coexistem, se interpenetram e, às vezes, se tensionam. Um exemplo é o que ocorre nas chamadas "cidades-dormitório", e outro é o dos territórios escolhidos/inventados pelas pessoas em situação de rua.

[4] Adota-se, aqui, a ideia de que as tecnologias utilizadas em saúde não se restringem a equipamentos e máquinas (tecnologias duras), mas que fazem parte da composição do trabalho em saúde, também, as "tecnologias leve-duras" (conhecimentos estruturados, como a clínica, a epidemiologia, a psicanálise) e as "tecnologias leves" (tecnologias relacionais, que se configuram no trabalho vivo em ato, nos "encontros" entre trabalhadores e usuários, modulando, inclusive, a utilização de tecnologias leve-duras e duras) (MERHY; CHAKOUR, 2006). É importante dizer que todos os tipos de serviços de saúde (inclusive os da atenção básica) utilizam os três tipos de tecnologias acima, ainda que alguns se dediquem ou se caracterizem mais pela utilização de um ou outro tipo.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 21/359





As equipes de saúde[5] da atenção básica, seus trabalhadores, têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono. Faz muito sentido, dessa forma, que as equipes de Saúde da Família (eSF) possam, por exemplo: realizar uma ação de promoção à saúde para combater o lixo acumulado inapropriadamente (que oferece riscos à saúde); inserir pessoas com baixa renda em programas sociais; fazer a notificação de um acidente de trabalho; utilizar uma medicação ou realizar um procedimento que cure uma doença ou diminua uma dor; cuidar de alguém (que tem hipertensão arterial, diabetes) considerando seus detalhes (sua singularidade); pedir ajuda ao CAPS ou NASF para abordar casos relacionados à saúde mental, inclusive os mais graves, como um caso de cárcere privado; conversar com gestantes, em grupos e individualmente, sobre a gestação, mas também sobre as questões gerais relacionadas à sua vida, como a sua sexualidade; descobrir/acionar a rede social significativa de uma pessoa (não necessariamente as redes sociais formais); participar da coordenação do projeto terapêutico de um usuário que foi encaminhado para um especialista de outro serviço de saúde; dar suporte a alguém (e a seus familiares) que está em estado terminal de vida para conduzir uma "boa morte"; oferecer escuta a quem chega ansioso ou nervoso querendo atendimento imediato sem estar agendado; realizar hidratação intravenosa num usuário com suspeita de dengue que disso necessite; tratar e observar um paciente com crise hipertensiva.

Em resumo, os exemplos anteriores evidenciam que a atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. Neste contexto, o "acolhimento" é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade.

Sendo assim, esperamos que este Caderno seja utilizado por trabalhadores das unidades de atenção básica, por equipes dos NASFs, apoiadores institucionais e gestores. Para tanto, foi elaborado de modo a ser útil para trabalhadores no processo de reflexão sobre o acolhimento que ocorre em sua unidade, para atendimento individual diante de situações mais comuns que se apresentam no acolhimento à demanda espontânea, para auxiliar o trabalho dos apoiadores e gestores no suporte aos profissionais das unidades de saúde para qualificação do acolhimento, bem como para ser um material de apoio para cursos e momentos de educação permanente para as equipes de Saúde da Família promovidos pelas gestões dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal e/ou pelas universidades.

[5] Equipes de saúde da atenção básica, neste material, é uma denominação que engloba tanto as equipes de Saúde da Família quanto as equipes de atenção básica com outros formatos/composições, que atuam em geral nas unidades básicas e/ou centros de saúde (também chamadas de "unidades tradicionais"). A exemplo das unidades de Saúde da Família, é fundamental que o trabalho dos profissionais nas unidades tradicionais também seja organizado em equipes multiprofissionais, com adscrição de clientela e responsabilização sanitária.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

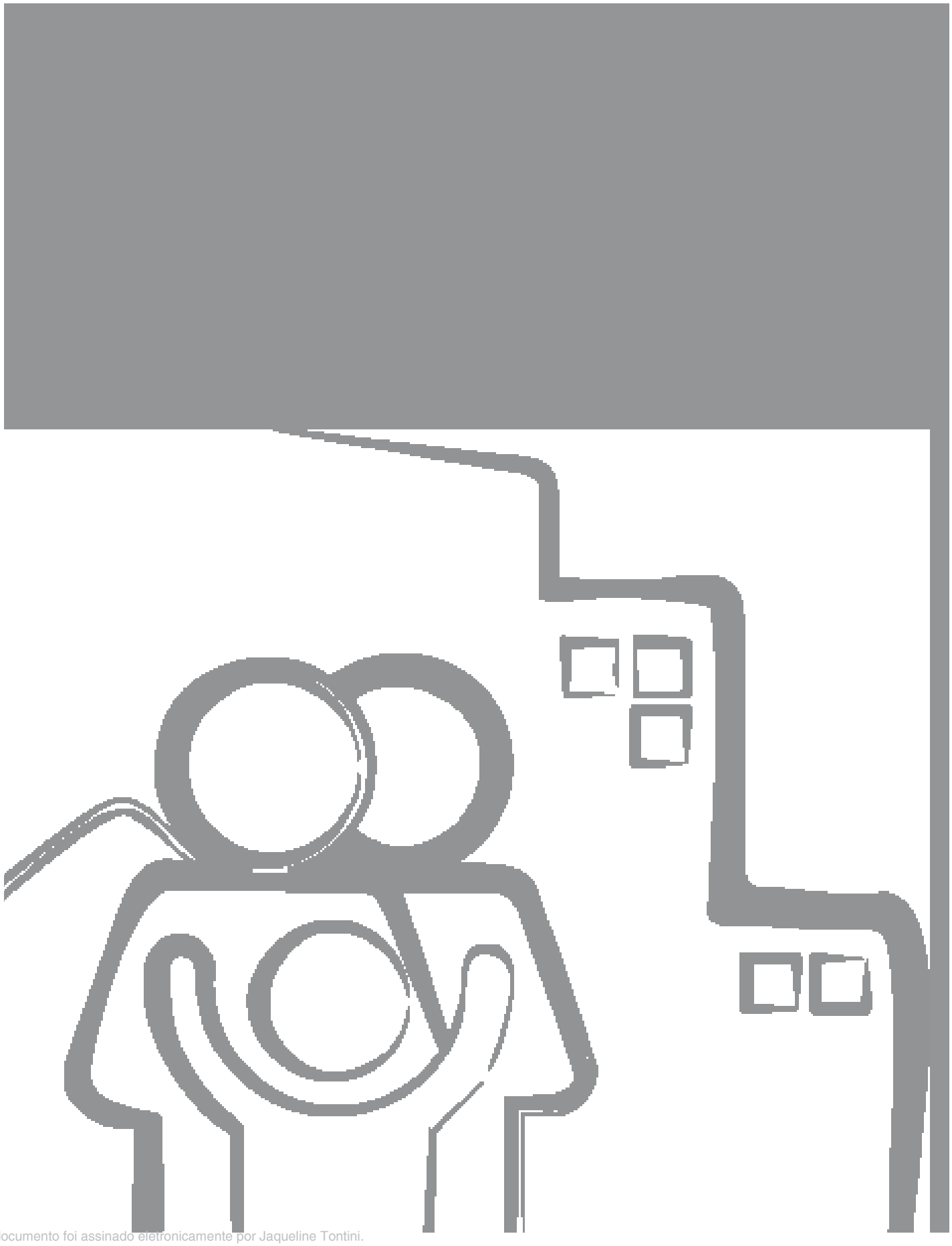
Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

# 2

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Conforme vimos anteriormente, a atenção básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de suas equipes. Tal complexidade se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade. Além disso, as equipes da atenção básica estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave. **Neste Caderno, o foco principal será dado ao acolhimento à demanda espontânea nas unidades de atenção básica[6] , mas é importante lembrar que o acolhimento não se restringe a essas situações.**

## 2.1 Mas, afinal, o que é o acolhimento?

"Cristina, que trabalha como diarista, passou a noite anterior em claro, pois Vítor, seu filho de dois anos, teve febre e estava tossindo muito. Antes de ir ao trabalho do dia, Cristina levou Vítor a um pronto-atendimento (PA), demorando 25 minutos para chegar (de ônibus). Ao chegar lá, foi avisada que não havia pediatra e orientada a procurar o posto de saúde mais próximo de sua casa. Ela achava que o posto não ia atender, pois já eram 10h da manhã e Vítor não tinha consulta marcada. Ao chegar à unidade de Saúde da Família, informando que o PA a encaminhou com o filho, disseram a ela **que o acolhimento era das 7h às 9h**. Raivosa, Cristina resolveu levar o filho a um pronto-socorro mais distante, perdeu o dia de trabalho, mas conseguiu atendimento".

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, **o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades.** Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que **o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas ("há acolhimentos e acolhimentos").** Em outras palavras, ele não é, *a priori*, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, **em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas.** Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica.

[6] Unidades básicas de saúde, neste material, é uma denominação genérica que inclui todos os tipos de unidades que realizam ações de atenção básica (unidades de Saúde da Família, postos de saúde, centros de saúde, clínicas da família e equivalentes).

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## 2.2 Por que acolher a demanda espontânea na atenção básica?

Por algumas razões. A primeira delas é porque, a despeito da existência de formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queiramos ou não, **o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele**, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços.

A segunda razão é que os vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na atenção básica, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. Vejamos alguns exemplos de situações não programadas que podem ser acolhidas na atenção básica: usuário com cefaleia ou tontura; pessoa com ardência ou dor ao urinar; alguém que está com insônia há uma semana; criança com febre; mulher com sangramento genital, entre outros. Essas situações revelam que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-atendimento), também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Como um usuário poderia decidir o dia e hora em que ficaria gripado ou teria dor de cabeça? Seria possível prevenir todos os casos de ansiedade e dor muscular? É evidente que não. O que não quer dizer que, diante desses casos, o modo de atuar seja somente do tipo queixa-conduta. Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços.

Outra razão é que, muitas vezes, esses momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. São momentos em que se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de atenção básica quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam. O fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema (evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis), como também o seu acompanhamento.

Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Perde-se legitimidade perante eles uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização. Constrói-se a imagem na sociedade de que "a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver **saudável**; se estiver **doente**, tem é que ir a um pronto-atendimento

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 27/359





ou hospital". Dessa concepção até se pensar na UBS como um serviço de menor relevância e de qualidade inferior é "um pulo".

Além disso, ao atender à demanda espontânea, as equipes podem se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou com situações novas que requerem invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço. Por exemplo, como lidar com o usuário que só procura a unidade quando está se sentindo muito mal? O que fazer com a senhora "poliqueixosa" que aparece todo dia na unidade? Diante de algum usuário que apresenta vários problemas de saúde, por onde começar? Como atender à demanda espontânea adequadamente e, ao mesmo tempo, não prejudicar o atendimento programado e não sobrecarregar os profissionais?

Para essas questões, não há receitas ou fórmulas suficientes. O que se recomenda é que essas situações sejam objeto de conversa, decisão, experimentação e análise pelos trabalhadores das equipes, aproveitando as ferramentas e experiências já existentes.

## 2.3 Dimensões constitutivas do acolhimento

Apresentamos, a seguir, a situação vivenciada por uma usuária, na recepção de uma unidade de atenção básica:

*" - Joana: Bom dia, eu queria marcar uma consulta com o Dr. Antônio.*
*- Vilma: O dia de marcação pro médico é a sexta-feira, tem que chegar cedo porque são distribuídas 20 senhas.*
*- Joana: Mas a minha irmã acabou de marcar uma consulta pra próxima semana.*
*- Vilma: É porque ela é hipertensa e faz parte de um programa.*
*- Joana: Mas eu não tô me sentindo muito bem desde ontem.*
*- Vilma: Aqui é PSF, não é urgência. Você tem que ir ao PA.*
*- Joana: O problema é que o PA é longe, eu tô sem dinheiro, e o Dr. Antônio é muito bom. Não dá pra fazer um encaixe não?*
*- Vilma: Já falei, ou você vai ao PA ou volta na sexta-feira logo cedo. Quem é o próximo?"*

Infelizmente, o caso de Joana não é só uma ficção. Muitas pessoas já viveram e vivem, na pele, situações como a do diálogo acima, em que o trabalhador não consegue se colocar no lugar do outro que sofre, e o trata de forma burocrática. Este é talvez um dos principais problemas vividos no SUS, a banalização do sofrimento alheio. Isso nos permite perceber que, em processos de implantação ou reestruturação das práticas de acolhimento da demanda espontânea, é recomendável considerar diferentes sentidos relacionados ao acolhimento, entre os quais destacamos alguns:

### 2.3.1 O acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso

O acolhimento aparece, aqui, como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. Sendo assim, podem ser cuidados na atenção básica, por exemplo, tanto um portador de hipertensão arterial como alguém com gastrite. Além disso, a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos.

### 2.3.2 O acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado

Nesse aspecto, o acolhimento aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras. Além disso, o acolhimento pode facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas. Como exemplo, podemos pensar na atitude da equipe quando uma mulher que não leva o filho às consultas programadas de puericultura resolve levá-lo com diarreia ao serviço, num dia não previsto.

### 2.3.3 O acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe

Nesse caso, a implantação de acolhimento da demanda espontânea "pede" e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico **(o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico)**. Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# A REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E O ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

# 3

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas. Além disso, apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades, não basta ter uma "sala de acolhimento", por exemplo, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Também é insuficiente fazer a escuta da demanda espontânea no início do turno de atendimento e retomar um conjunto de barreiras para um usuário que, eventualmente, chegue "fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento". Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado.

Com efeito, múltiplos aspectos técnicos e político-institucionais precisam ser mobilizados para obtermos êxito na implementação do acolhimento. Quaisquer que sejam as ações, é fundamental termos arranjos organizacionais que se adaptem à demanda real de cada situação. Serão apresentadas, a seguir, algumas estratégias possíveis, mas desde já vale frisar que não se trata de uma proposta operacional para ser assim aplicada em todos os lugares (independentemente da realidade local), tampouco de uma receita. Trata-se de alguns aspectos frequentemente vistos como cruciais em experiências de implantação de acolhimento, e que servem como exemplos, referências, fonte de diálogos, podendo ser mais ou menos pertinentes de acordo com a dinâmica de cada realidade. Vejamos:

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 32/359





## 3.1 Fluxos dos usuários na UBS

O fluxograma a seguir busca representar um padrão de fluxo dos usuários nas UNIDADES BÁSICAS de SAÚDE (UBS), partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato e de que, havendo situações imprevistas cuja avaliação e definição de oferta(s) precisa(s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções. Em boa parte dos serviços, esse espaço é uma sala de acolhimento (lugar especificamente tomado com essa função, mas que deve ser visto como um dos momentos e espaços de acolhimento, sem exclusividade, pois há – ou pode haver – acolhimento antes e depois, com ou sem uma sala específica).

Como todo padrão, este, ainda que se aplique a grande numero de situações, não pode ser tomado em caráter absoluto, sob pena de gerar problemas decorrentes da falta de mediação e ajuste entre um padrão recomendado e uma realidade com características singulares. O mais importante, nesse desenho, não é a definição da ordem e do local onde cada ação deve ser realizada, mas a lógica dele, que, sinteticamente, supõe:

1) Que usuários com atividades agendadas (consultas, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina, por exemplo) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção;
2) Que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, tanto para compreendê-las quanto para intervir sobre elas;
3) Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.

É importante lembrar, ainda, que alguns fatores podem exigir ajustes no fluxograma. Por exemplo, o número de equipes de atenção básica da unidade que, quando pequeno (uma ou duas equipes), provavelmente fará com que algum membro da própria equipe de referência do usuário realize a escuta e, possivelmente, algumas intervenções, abreviando o fluxo do usuário na unidade. Isso pode ocorrer em UBS com maior número de equipes que se organizam por meio da modelagem "acolhimento pela equipe de referência do usuário" (descrita em item adiante neste Caderno). Porém a estrutura física da UBS também pode interferir no fluxo.

Outro aspecto importante que merece ser destacado é que, em algumas situações, a própria pessoa que realiza a escuta pode ser a responsável por realizar intervenções (em maior ou menor grau). Por exemplo, se um usuário apresenta dispneia moderada, a acomodação dele e a colocação de uma máscara de oxigênio podem ser feita até que o médico o avalie. Se uma usuária refere atraso menstrual ou tosse (sem sinais de gravidade) há seis semanas e se a escuta e avaliação está sendo realizada por um enfermeiro, já se pode avaliar a possibilidade de solicitação de teste

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

de gravidez e exame de escarro, respectivamente, considerando os protocolos locais ou aqueles recomendados pelo Ministério da Saúde. Ou, ainda, se uma criança de quatro anos apresenta diarreia leve sem qualquer sinal de risco, o enfermeiro, imediatamente após a escuta, pode oferecer sais para reidratação oral e orientar os pais sobre cuidados e sinais de risco, inclusive solicitando o agente comunitário de saúde a visitar a família, se necessário (a depender da avaliação de vulnerabilidade psicossocial).

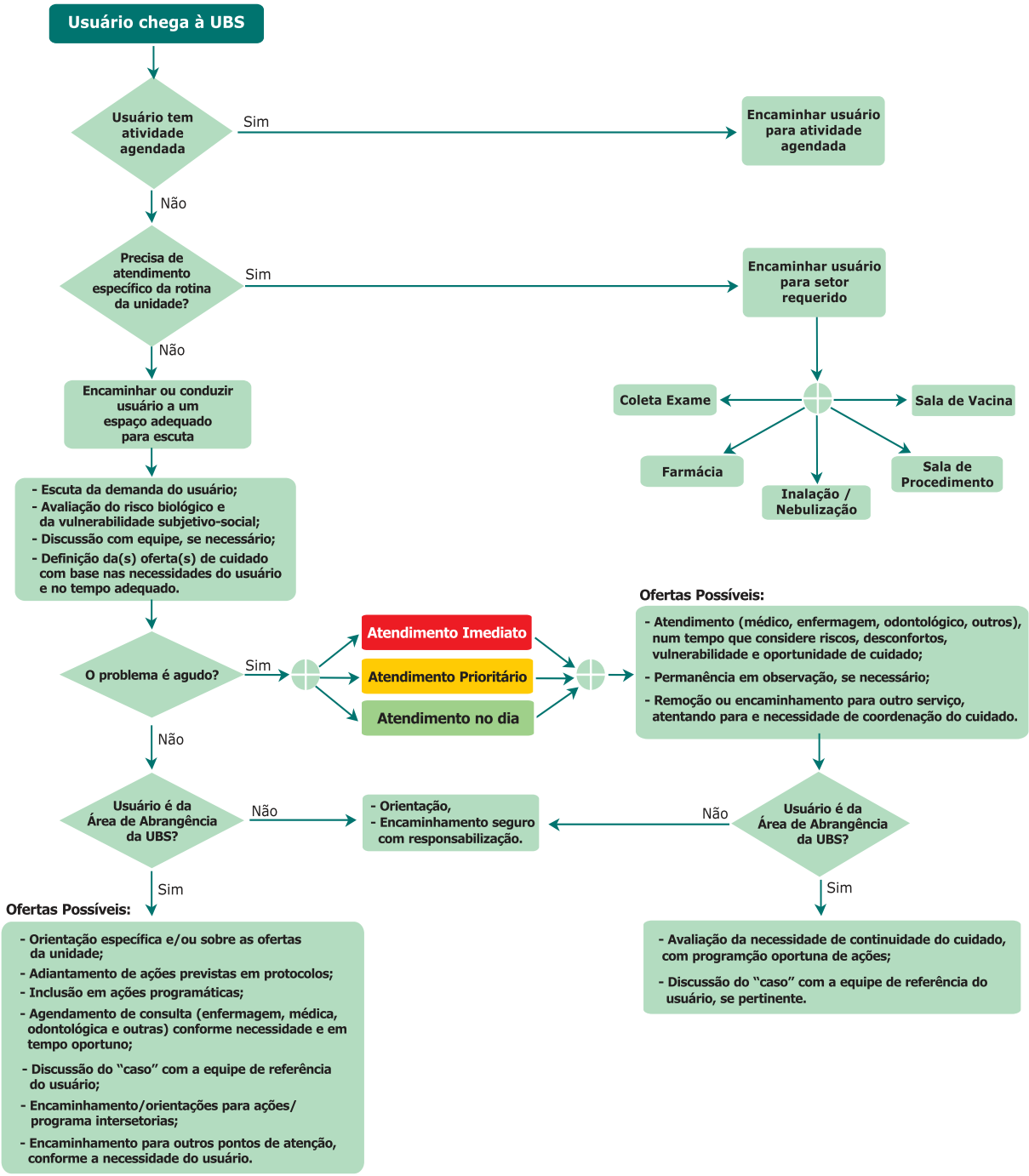
Em todos esses casos, fica evidente a preocupação de não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. Lembrando que, na atenção básica, os usuários geralmente são conhecidos ou estão próximos (por morarem perto ou serem adstritos à UBS) e que o efetivo trabalho em equipe (multi e transdisciplinar) produz relações solidárias e complementares entre os profissionais (enriquecendo-os individualmente e ao conjunto da equipe), gerando, assim, mais segurança e proteção para os usuários.

No que se refere à definição de intervenções segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) em "não agudo" (intervenções programadas) e "agudo" (atendimento imediato, prioritário ou no dia), o que se pretende é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, materializando, aqui, o princípio da equidade. Mais uma vez, o fluxograma proposto deve ser contextualizado, pois, se há um usuário cuja necessidade requer agendamento de consulta em até uma semana e se há disponibilidade no dia (pelo número de faltosos, por exemplo), pode-se aproveitar para atendê-lo (facilitando a vida dele, otimizando as ofertas existentes e fortalecendo potencialmente o seu vínculo com a equipe). No item que trata da "avaliação de risco e vulnerabilidade", bem como no volume 2 deste Caderno, esse tema será abordado de forma mais detalhada.

Em síntese, este fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.




Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## 3.2 Modelagens de acolhimento

Quando falamos do acolhimento como atitude e tecnologia de cuidado, como mecanismo de ampliação do acesso e como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho das equipes, imprimimos sentidos e perspectivas a ele que são fundamentais aos sujeitos em ação que pretendem constituir novos modos de receber e escutar os usuários na atenção básica. No entanto, sobretudo quando estamos falando do acolhimento à demanda espontânea, é fundamental traduzir tais sentidos e perspectivas em arranjos e práticas concretas, mesmo que provisoriamente. Também é importante colocar essa tradução concreta em análise (identificando alcances e limites, problemas e potencialidades) e fazer os ajustes necessários, pois isso **faz parte do dia a dia do trabalho.**

Nesse sentido, apesar de ser frequente o êxito do "Acolhimento pela equipe de referência do usuário", principalmente em termos de vinculação e responsabilização, cabe dizer que não existe uma única e melhor forma de acolher a demanda espontânea para todos os contextos, *a priori.* Há, antes, diferentes possibilidades de modelagens, cuja experimentação propicia tanto o ajuste à realidade de cada unidade como o protagonismo dos trabalhadores na implementação do acolhimento, de forma dialogada e compartilhada. A participação dos trabalhadores na análise e decisão sobre os modos de acolher a demanda espontânea é fundamental, também, para a sustentabilidade desse tipo de iniciativa, na medida em que aumenta as chances de autoria e pertencimento coletivos.

Como exemplos, listamos algumas modelagens de acolhimento utilizadas em diferentes lugares, a saber:

**1) Acolhimento pela equipe de referência do usuário:** a principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de suas equipe de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. Há diversas maneiras de desenvolver esta modelagem; apenas para citar algumas: **a) o enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados; nestas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados; b) mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições; c) em algumas equipes, o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda.** A principal vantagem dessa modelagem é a potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adscrita, e uma das dificuldades é a conciliação com atividades da equipe fora da unidade (visita domiciliar, por exemplo), bem como com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta.

**2) Equipe de acolhimento do dia:** em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

da equipe do **acolhimento do dia** fica na retaguarda do acolhimento. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão "escalados", não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do **acolhimento do dia**. A principal vantagem dessa modelagem é que as equipes que não estão "escaladas" podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita (quando comparado com o acolhimento por equipe) e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia, sobretudo em dias de maior demanda.

**3) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia):** em unidades com mais de uma equipe, estipula-se determinada quantidade de usuários ou horário até onde o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea da sua área, bem como uma quantidade de casos agudos encaminhados pelo acolhimento que o médico irá atender de pacientes de sua área durante o turno. Um dos enfermeiros fica a cada dia sem atendimentos agendados, para atender à demanda espontânea de todas as áreas a partir do momento que ultrapasse a quantidade ou horário previamente estipulados para acolhimento das equipes; um dos médicos também sem atendimentos agendados para, independentemente da área, atender aos casos agudos encaminhados pelo acolhimento que excederem a quantidade predeterminada a que cada um dos outros médicos atenderiam. Essa modelagem se apresenta como intermediária entre o acolhimento por equipe e o acolhimento do dia, mas requer comunicação mais intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a gestão das agendas.

**4) Acolhimento coletivo:** no primeiro momento do funcionamento da unidade, toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, fazem-se escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório). Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar à população o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das equipes, bem como se realizam atividades de educação em saúde. Para todos os profissionais da equipe poderem estar no acolhimento coletivo e atenderem aos casos agudos identificados, é necessário que o agendamento seja feito por hora marcada, não sendo agendados pacientes para o início do turno. Após o momento de acolhimento coletivo realizado pela equipe, para garantir acesso a usuários que cheguem durante o turno, segue-se o trabalho com outra modelagem de acolhimento associada. O acolhimento coletivo permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar usuários com risco e sofrimento mais evidentes e pode contribuir para o aumento da capacidade de autoavaliação dos riscos pelos usuários, mas apresenta como principal inconveniente o constrangimento das pessoas, que podem se sentir expostas na sua intimidade e privacidade, além de não oportunizar uma adequada avaliação dos riscos não evidentes e da vulnerabilidade, devendo, por isso, ser necessariamente articulada à escuta individualizada (GOMES; MELO; PINTO, 2005).

Em alguns casos, pode ser interessante misturar elementos de diferentes modelagens. Por exemplo, sinais evidentes de maior risco ou sofrimento podem ser identificados/percebidos também pelos trabalhadores da recepção, que devem ter a possibilidade de contato direto com as pessoas que estão realizando a primeira escuta do acolhimento, facilitando a priorização desses casos. Em outras situações, os agentes comunitários de saúde, além de perceberem o risco,

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

podem ter contribuição muito valiosa na avaliação da vulnerabilidade. Ainda, as necessidades de saúde bucal também precisam ser apreciadas no acolhimento, podendo os profissionais que atuam no cuidado à saúde bucal também ser inseridos no processo de escuta qualificada, bem como os outros profissionais que realizam a primeira escuta precisam estar atentos para eventuais queixas que podem ter relação com a saúde bucal e necessitariam de uma avaliação específica, tal como uma cefaleia recorrente, que inicialmente se acreditou de origem tensional, mas que está sendo causada por causa dentária. Em síntese, queremos aqui salientar que a realização da escuta qualificada não é prerrogativa exclusiva de nenhum profissional, devendo ser prática corrente de toda a equipe.

Mais uma vez, é importante lembrar que há múltiplos formatos de acolhimento da demanda espontânea possíveis, e que vale a pena apoiar a invenção e experimentação de diferentes modelagens pelas equipes, desde que essas tentativas sejam pactuadas e analisadas em seus efeitos, tanto pelos trabalhadores quanto pelos usuários.

Este processo, entretanto, precisa se desenvolver de forma solidária por parte de todos os profissionais. Por exemplo, quando um profissional que atende alguém analisado como prioritário por parte de quem está na escuta discordar da sua classificação, ao invés de desencadear uma crítica, pode tomar isto como necessidade para desenvolver processos de educação permanente. Os momentos de implantação ou de mudança na modelagem do acolhimento, certamente, são os que promovem maior tensão em relação ao modo como se organiza o acesso dos usuários à unidade, mas mesmo quando já estamos adaptados a certo modus operandi, ainda assim há diversas tensões que ocorrem no cotidiano e que precisam ser trabalhadas com muita delicadeza e parceria por parte de todos. É necessário também que haja solidariedade entre trabalhadores e usuários: que os trabalhadores compreendam as angústias e os diferentes critérios de urgência construídos legitimamente por parte dos usuários; que os usuários compreendam o esforço dos trabalhadores em organizar o acesso de modo a garantir a melhor qualidade no cuidado a todos. Esta relação solidária com usuários e entre trabalhadores, entretanto, está condicionada à maneira como todos estão participando da gestão da unidade, sendo o modo como se dá o acesso apenas mais uma das dimensões desta relação maior (estes e outros elementos serão ainda abordados no capítulo 4 deste Caderno).

Por fim, vale salientar que a maioria das modelagens tem limites e potencialidades, a depender de fatores como o número de equipes da unidade, os profissionais que participam do acolhimento, as particularidades de cada população adscrita, a estrutura física e ambiência da unidade, entre outros. Um critério de avaliação da modelagem mais adequada pode ser, por exemplo, o atendimento satisfatório às necessidades dos usuários que gera menos sofrimento/sobrecarga para as equipes e que não sacrifica a atenção programada. Talvez esta seja uma equação a ser considerada em cada lugar. Para definir modelagens e realizar avaliações ao longo do tempo, propomos algumas questões norteadoras para serem consideradas em cada realidade:

- Como realizamos o acolhimento em nossa unidade?
- Que profissionais estão na "linha de frente" do acolhimento? Eles mudam em diferentes horários?
- O que ofertamos no acolhimento?
- Qual a distribuição das ofertas da UBS ao longo do dia e no decorrer da semana?

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

- Qual o perfil da demanda espontânea?
- O que as pessoas que estão cedo na UBS estão demandando?
- Quantas são com cada grupo de demandas?
- Essa distribuição varia ao longo do dia ou certos padrões de demandas se concentram em determinados horários?
- São demandas passíveis de serem negociadas para outros horários de menor movimento?



## 3.3 Avaliação de risco e vulnerabilidade

A fila e a cota de "consultas do dia" (senhas limitadas), além de submeterem as pessoas à espera em situação desconfortável e sem garantia de acesso, são muitas vezes o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada.

Dessa forma, o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas.

Como fazer isso no cotidiano dos serviços, onde muitas vezes chegam, ao mesmo tempo, várias pessoas com necessidades distintas? Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas priorizações. Para isso, o trabalho em equipe é fundamental. Já na recepção da unidade, uma atendente, um porteiro ou um segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso. Por exemplo, uma criança com febre alta, um adulto com cólica renal, um usuário agitado, uma pessoa com dificuldade de respirar, um idoso com dor no peito. O reconhecimento desses e de outros sinais de risco pelos trabalhadores que comumente circulam ou permanecem nas áreas de recepção/esperas pode e deve ser apoiado. Além disso, é recomendável que os demais profissionais façam ativamente esse tipo de observação, sobretudo nos horários em que a unidade de saúde estiver mais cheia. As atividades de "sala de espera", por exemplo, são também oportunidades de identificação de riscos mais evidentes.

Mas é importante garantir espaços mais reservados para escuta e identificação de riscos, como o atendimento individual de enfermagem. Tanto porque o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas (nem sempre o risco é facilmente reconhecível), quanto porque há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) intimida ou desrespeita os usuários. Por exemplo, um jovem com corrimento uretral, uma mulher com amenorreia, uma pessoa mais tímida ou retraída provavelmente reagirão de forma diferente na sala de espera e no consultório.

A estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na atenção básica, diferentemente

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico (após acolhimento inicial), a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção médica imediata se faz necessária (junto com os outros membros da equipe). Porém, em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoa em sofrimento, por tempo prolongado. E a estratificação de risco pode ser bastante útil nesse sentido.

No entanto, não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado. Como uma criança desnutrida que não é levada às consultas de puericultura há oito meses, um homem de 50 anos que vai a um serviço de saúde pela primeira vez depois de muitos anos, uma mulher em idade fértil (sem realizar Papanicolau há quatro anos) que trabalha como diarista (sem carteira assinada) e cuida sozinha de três filhos menores de idade. Se eles procuram a unidade com um problema clinicamente simples e de baixo risco, esse momento é oportuno também para ofertar ou programar outras possibilidades de cuidado.

Em alguns casos, o tato, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar os casos atendidos, considerando o risco e a vulnerabilidade. No entanto, pode haver dificuldades na estratificação, seja de cunho técnico, seja em termos da aceitação/suporte pelos colegas de trabalho. Por isso é importante que as equipes discutam, que haja troca de conhecimentos, que sejam pactuados critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento da vulnerabilidade (que, muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado).

Tem sido cada vez mais comum, principalmente nos serviços de urgência/emergência, a adoção de protocolos de estratificação de risco. A utilização de tais protocolos e suas respectivas escalas têm impacto importante na qualidade do acesso desses serviços. Esses protocolos podem ser referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata da atenção básica. A natureza da atenção básica, na qual as noções de vinculação, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais, exige, de forma bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades. Por várias razões, entre as quais destacamos algumas:

- A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos) pode requerer intervenções no mesmo dia (médicas ou não), agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo;

- As classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário, estando na unidade ou após ter saído dela;

- Pode haver necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção(ões). Por exemplo, uma criança com febre de 38,5 graus e dispneia leve pode receber um antitérmico ou compressa fria (pelo enfermeiro) antes de ser avaliada pelo médico (combinando previamente).

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Além disso, escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia. Em outras palavras, a avaliação de risco e vulnerabilidade devem ser, preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Isso contribui para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários. Obviamente, se um paciente estiver inconsciente, com dispneia grave ou com uma dor precordial forte, é importante agir imediatamente e dialogar de acordo com a possibilidade do outro.

Ainda, há situações não previstas, como um eventual dia em que a quantidade de atendimentos está abaixo do esperado e os profissionais podem preferir atender pessoas que, em outros momentos de maior demanda, seriam agendadas para atendimento posterior. Isso otimiza a agenda, responde mais rapidamente a necessidades e pode aumentar a vinculação.

**No fluxograma anteriormente exposto no item "Fluxo dos usuários na UBS", apresentamos um modo de classificação sintético que correlaciona a avaliação de risco e vulnerabilidade aos modos de intervenção necessários. Nesse caso, adotamos a seguinte classificação:**

1) Situação não aguda – condutas possíveis:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez);
- Agendamento/programação de Intervenções.

2) Situação aguda – condutas possíveis:

- Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Exs.: PCR, dificuldade respiratória grave, convulsão, RNC, dor severa;
- Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Exs.: crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa;
- Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais. Exs.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

A situação não aguda e os três tipos de atendimento da situação aguda podem, para fins de visualização e comunicação, ser representados por cores, a exemplo do que é feito nos protocolos de classificação de risco utilizados nos serviços de urgência. É oportuno lembrar ainda que, em qualquer situação, a vulnerabilidade deve ser considerada, com o cuidado de perceber se isso deve ser enfocado de imediato ou num momento posterior (se há alto risco de vida, a prioridade é a preservação da vida, obviamente).

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

No volume 2 deste Caderno, a avaliação e classificação de risco, bem como a avaliação de vulnerabilidade, serão abordadas com maior detalhamento e profundidade, a partir de situações concretas (exs.: falta de ar, sangramento, cefaleia, ansiedade etc.).

Anteciparemos, no entanto, algumas perguntas que auxiliam na avaliação da vulnerabilidade. Vejamos:

Perguntas para avaliação da experiência/vivência do problema de saúde e vulnerabilidade:

1) O que você acha que está acontecendo?
2) Por que essa situação incomoda você?
3) Como essa situação interfere na sua vida?
4) Como você percebe que a equipe pode ajudar hoje?

Ao atentar para a vulnerabilidade, é importante também considerar se é um momento oportuno de intervenção (exs.: percepção de situações de violência ou negligência, baixa adesão etc.), problema de magnitude no território, situação importante para criar ou reforçar o vínculo etc. Em outras palavras, o grau de vulnerabilidade pode ser verbalizado ou não, e a sua identificação pode requerer, portanto, escuta ativa e percepção ampliadas.

## 3.4 Gestão das agendas de atendimento individual

O acolhimento demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do "atendimento de casos agudos do dia". Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações. Apresentamos, abaixo, algumas possibilidades:

- Agenda programada para grupos específicos: abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem "disputar" as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem (sai do consultório do médico já com a marcação do retorno para a enfermeira garantido, e vice-versa);
- Agenda de atendimentos agudos: identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não já inseridos em acompanhamento programado, os usuários deveriam ser atendidos, de preferência, de acordo com a estratificação de risco, trabalhada no tópico anterior e aprofundada no volume II do "Caderno de Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Básica";
- Agenda de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programáti-

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

cas: reserva de consultas para pessoas identificadas a partir do acolhimento e que não se incluem nas categorias anteriores, mas que demandam atenção, como o adulto que utiliza benzodiazepínico sem avaliação médica há sete meses. Reserva de parte dos atendimentos de cada profissional para ele marcar os retornos de pessoas que precisam vir, por exemplo, para avaliar a eficácia de um tratamento prescrito e reavaliar quanto à evolução do quadro clínico, como no caso de uma criança em tratamento ambulatorial de pneumonia, que é preciso reavaliar em até 48 horas.

Mais uma vez, trata-se de uma oferta, e não de um formato de agenda que certamente dá certo em qualquer contexto. Além disso, é importante que esse tipo de agenda seja construído com base em critérios (por exemplo, é possível estimar o número de consultas programadas para gestantes por semana, na agenda do médico e do enfermeiro). Da mesma forma, é possível, com o tempo, ir ajustando o número de consultas médicas que devem ser reservadas para a retaguarda do acolhimento. Não é aconselhável manter uma programação estanque de consultas segundo categorias ou grupos, pois estas podem variar a depender das outras ofertas de cuidado e de mudanças na situação epidemiológica. Reservar consultas para gestantes não necessariamente significa que, em determinado dia ou turno, apenas elas serão atendidas, independentemente da possibilidade de ida das gestantes no horário e da existência de vagas não preenchidas (isso pode burocratizar o serviço, além de diminuir o acesso). O planejamento e organização da agenda são importantes, assim como também é necessário o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados (agravando o acesso).

Sempre que possível, realizar o agendamento por hora marcada, nos diferentes formatos possíveis, é uma estratégia que possibilita, por um lado, a atenção em tempo oportuno à maior parte dos "casos agudos" que apresentam maior risco ou sofrimento e, por outro lado, auxilia na melhor distribuição do número de usuários na unidade ao longo do dia, evitando superlotação, desconforto e tensões.

Por fim, é importante considerar a necessidade de as equipes definirem indicadores que serão utilizados nos processos de autoavaliação e de educação permanente, a fim de redefinir o modo como as agendas estão organizadas. Ao longo deste Caderno, outras questões serão encontradas para ajudar a realizar esses momentos. Mais diretamente relacionadas à gestão das agendas das equipes, seguem algumas sugestões de indicadores:

- Tempo médio de espera para agendamento/realização de consulta;
- Proporção entre as diferentes ofertas da agenda (% de pessoas de ações programáticas ou de agudos atendidos);
- Proporção de dias/turnos em que a quantidade de vagas para agudos é insuficiente e em que "estoura" a agenda da equipe;
- Proporção de faltosos às consultas agendadas não programáticas;

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 43/359



- Proporção de faltosos às consultas programáticas;
- Proporção de usuários que chegam atrasados às consultas com hora marcada.

Além dos indicadores, é também importante estar atento ao que chamamos de "analisadores", definidos como situações ou acontecimentos que revelam coisas, e que podem aparecer espontaneamente ou ser produzidos ativamente. Seja como for, o que importa é que os analisadores indicam tensões e possibilidades de análise e intervenção, altamente necessárias a quem coloca para si o desafio da mudança do que está instituído.



## 3.5 O acolhimento em diferentes realidades e modalidades de atenção básica

É importante reforçar que a maneira como se organizará a agenda e a modalidade adequada para se desenvolver o acolhimento em uma unidade precisa variar, de acordo com determinadas características locais, o que nos leva sempre a chamar a atenção para a necessidade de não encarar as proposições deste Caderno como prescritivas, e sim como ofertas para reflexão e experimentação.

Entre os aspectos mais fortemente relacionados com a capacidade de uma equipe decidir sobre o modo de estruturar o acolhimento, encontra-se a quantidade de pessoas e a situação social da população adscrita à sua equipe. Isso se dá porque áreas que têm uma população que vive em situações de piores condições econômicas, com pouca oferta de serviços públicos e de restritas áreas sociais de convivência, tendem a apresentar maior quantidade de doentes. Soma-se a isso os efeitos da intensa medicalização que tem levado a perdas de capacidade de autocuidado que as pessoas foram, durante gerações, desenvolvendo. Essas características levam a que a demanda espontânea nessas áreas seja, proporcionalmente, muito maior do que naquelas de melhores condições sociais e econômicas, onde, mesmo submetidas aos mesmos processos de medicalização da vida, as pessoas têm menos exposição a fatores agressores (alimentação inadequada, falta de saneamento básico, excesso de umidade nas residências etc.) e parte delas recorre a serviços e planos privados de saúde.

Sendo assim, boa alternativa é que os municípios desenvolvam estudos sobre o perfil de sua população, considerando dados de mortalidade, morbidade, condições sociais, violência, saneamento, redes de serviços públicos e privados, entre outros, para determinar estratificações entre as diferentes regiões. Esse estudo orientaria processos de cadastramento de população ou de remapeamento das unidades, a fim de que as equipes que estão acompanhando populações mais vulneráveis fiquem responsáveis por uma quantidade menor de pessoas do que equipes que atuam em situações mais bem avaliadas. Também, como a fixação de profissionais em áreas de maior risco tende a ser mais difícil, uma estratégia que pode ter bons resultados é ofertar benefícios para os profissionais que atuem nessas áreas, tais como gratificação financeira diferenciada, entre outros.

Além da quantidade e perfil da população, um elemento fundamental para se definir o modo como deve funcionar o acolhimento é a quantidade de equipes que atuam numa mesma unidade.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 44/359





Entre as modelagens propostas para reflexão em seção anterior, há algumas delas que somente são possíveis em unidades em que há mais de uma equipe atuando, de preferência número entre três e quatro. Já outras modalidades são possíveis e permitem maior qualificação quando utilizadas em unidades de apenas uma equipe.

Além desses aspectos, devemos considerar, entretanto, que o debate sobre o acolhimento deve abranger todo o universo de serviços que constituem a atenção básica, e não apenas os que se estruturaram de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Há anos, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo a ESF como modalidade prioritária para a reorganização dos serviços de atenção básica em todo o Brasil. Entretanto, não obstante a necessidade de continuarmos a investir nessa proposta organizacional, não podemos desconsiderar que ainda há um grande contingente de serviços, distribuídos diferentemente em todo o território nacional, que não aderiu, ou que o fez parcialmente, ao desenho de equipe e de modo de funcionamento proposto pela Estratégia Saúde da Família.

Essas unidades, muitas vezes, permaneceram como unidades tradicionais, por já apresentarem profissionais concursados para atuar em jornadas de trabalho incompatíveis com o mínimo exigido nas equipes de Saúde da Família (eSF). Ou, mesmo, porque o município e sua população avaliaram que a maneira como os serviços tradicionalmente se organizaram é adequada para a sua realidade local. Em certas ocasiões, mesmo o município querendo implementar uma eSF, não foi possível em determinadas localidades por problemas relacionados à falta de recursos ou de trabalhadores interessados.

O fato é que, mesmo nessas unidades que não integram as milhares de equipes de Saúde da Família existentes, é fundamental que se reflita sobre a maneira como se dá o acolhimento e como se organiza a atenção à demanda espontânea.

Mesmo antes do desenvolvimento da ESF, há registros de que já existiam unidades básicas tradicionais que trabalhavam na lógica do vínculo, da adscrição de clientela, da responsabilização e, também, do acolhimento. Sendo assim, não ter se tornado unidade de Saúde da Família não implica, necessariamente, que a unidade deve realizar atendimento de menor qualidade ou ser mero serviço com precárias condições de infraestrutura que opera na lógica de queixa-conduta. Por exemplo, o registro dos atendimentos realizados em prontuário individual/familiar para permitir o melhor acompanhamento e a longitudinalidade do cuidado é não apenas factível, mas necessário, em qualquer Unidade Básica de Saúde, independentemente da modalidade de equipe que nela esteja implantada.

É preciso que os profissionais que atuam nesses serviços e seus gestores destinem a estes a mesma energia que direcionam para as unidades de Saúde da Família, no que se refere à promoção da reflexão sobre o seu processo de trabalho e à construção de estratégias coletivas de desenvolvimento da gestão do cuidado.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 45/359





## 3.6 Ofertas de cuidado e desmedicalização

Com alguma frequência, vê-se o acolhimento da demanda espontânea na atenção básica se reduzir a uma triagem para o atendimento médico. E, quando a consulta médica é a principal (ou única) oferta de cuidado de uma unidade, esse risco transforma-se praticamente numa certeza. Sendo assim, se um dos efeitos e condições do acolhimento da demanda espontânea é a ampliação da capacidade clínica e de cuidado da equipe, isso tem que ser objeto de traduções concretas no cotidiano da unidade de saúde. A ampliação da capacidade clínica da equipe deve ser perseguida não apenas para estratificar os riscos (o que é fundamental) ou para realizar intervenções imediatas, ou seja, não deve se limitar ao momento do acolhimento inicial nem a respostas do tipo queixa-conduta. É crucial passar da lógica procedimento-centrada à lógica usuário-centrada.

Por quê? Todos sabemos que, nos dias de hoje, o fenômeno da medicalização da vida aumenta. Medicalização que se caracteriza pela transformação reducionista e interessada de problemas da vida social em problemas tipicamente médicos, muitas vezes com intervenções que se antecipam aos problemas – intervenções que inventam problemas para si (CAMARGO JR., 2005). Uso exagerado de medicamentos, hiperdiagnósticos, utilização maciça de exames e procedimentos, cirurgias de efetividade duvidosa, obsessão pelo controle de riscos e pela definição de estilos de vida saudáveis. A medicalização é fortemente influenciada por interesses da indústria de medicamentos, de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, de alimentos, pelas instituições formadoras e pelas corporações profissionais. E, embora o médico possa ser um importante agente de medicalização, os outros profissionais de saúde também podem atuar, em algum grau, nesse processo, ampliando o exercício profissional para dimensões da vida até então relativamente livres desse tipo de intervenção. Como imaginar um grupo de caminhada depender da presença incondicional de um educador físico para acontecer, por exemplo?

E o que tem a ver acolhimento com medicalização? Ele pode ser uma forma de ampliação da medicalização via ampliação do acesso (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Mas esse risco pode ser diminuído se o conjunto das práticas da unidade (mesmo as tipicamente curativas) estiver articulado e comprometido com a construção de maiores graus de autonomia dos usuários. Por isso é importante que a unidade tenha um "cardápio" diversificado de ofertas de cuidado, e que seja capaz de apoiar e acionar redes sociais significativas e redes de cuidado comunitárias. Grupos variados, oficinas, práticas corporais e de autocuidado, atividades lúdicas e laborais etc. Não para ignorar a necessidade de conhecimentos científicos, medicações, exames, dieta, atividade física (isso seria ingênuo e até irresponsável). Esses recursos são fundamentais, porém insuficientes. Em suma, é preciso aumentar a resolutividade clínica e a capacidade de cuidado da atenção básica, tendo como norte a diminuição do sofrimento e da dependência dos usuários, a (re)construção de graus progressivos de autonomia, a capacidade dos usuários de gerir a própria vida (com apoio e suporte dos profissionais de saúde e das redes sociais). Não de forma abrupta e indiscriminada, mas considerando as singularidades dos sujeitos e coletivos. As ofertas de cuidado

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

de uma unidade influenciam a demanda (FRANCO; BUENO; MERHY, 2004), "para o bem e para o mal". E o perfil da demanda também pode indicar, com o tempo e até certo ponto, as limitações e potencialidades dos modos por meio dos quais as equipes produzem cuidado.

Conforme vimos no capítulo anterior, para se realizar o acolhimento, é fundamental que as equipes de saúde reflitam sobre um conjunto de elementos que vão desde os saberes que subsidiam o atendimento individual em saúde até a maneira como interagem na organização do processo de trabalho em equipe.

Entretanto, o desafio de organizar adequadamente o acolhimento em uma unidade de saúde exige a agregação de novos sujeitos capazes de se envolver com a gestão do cuidado. No trabalho em saúde, a produção e o desenvolvimento da gestão do cuidado são aspectos indissociáveis e que demandam a integração de mais atores do que apenas os membros das equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família.

Por exemplo, é dado que os profissionais de saúde bucal deverão ser envolvidos no acolhimento à demanda espontânea e às urgências odontológicas. Entretanto, para que o acolhimento às situações de saúde bucal possa ocorrer adequadamente, é fundamental que atuem, em conjunto, todos os profissionais da unidade, bem como os apoiadores e gestores, os trabalhadores que atuam na regulação e em outros serviços de saúde. Isso fica evidente quando, por exemplo, as necessidades que se apresentam na unidade de Saúde da Família demandam o encaminhamento a um serviço de referência odontológica (como Centros de Especialidades Odontológicas – CEO etc.).

Em outra perspectiva, não apenas trabalhadores de saúde, mas os próprios usuários precisam compreender o que significa o acolhimento e se envolver com ele, seja para promover sua qualificação, ou mesmo para que se evitem eventuais desentendimentos no cotidiano do serviço.

Os tópicos seguintes tentam desenvolver um pouco melhor alguns desses aspectos.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

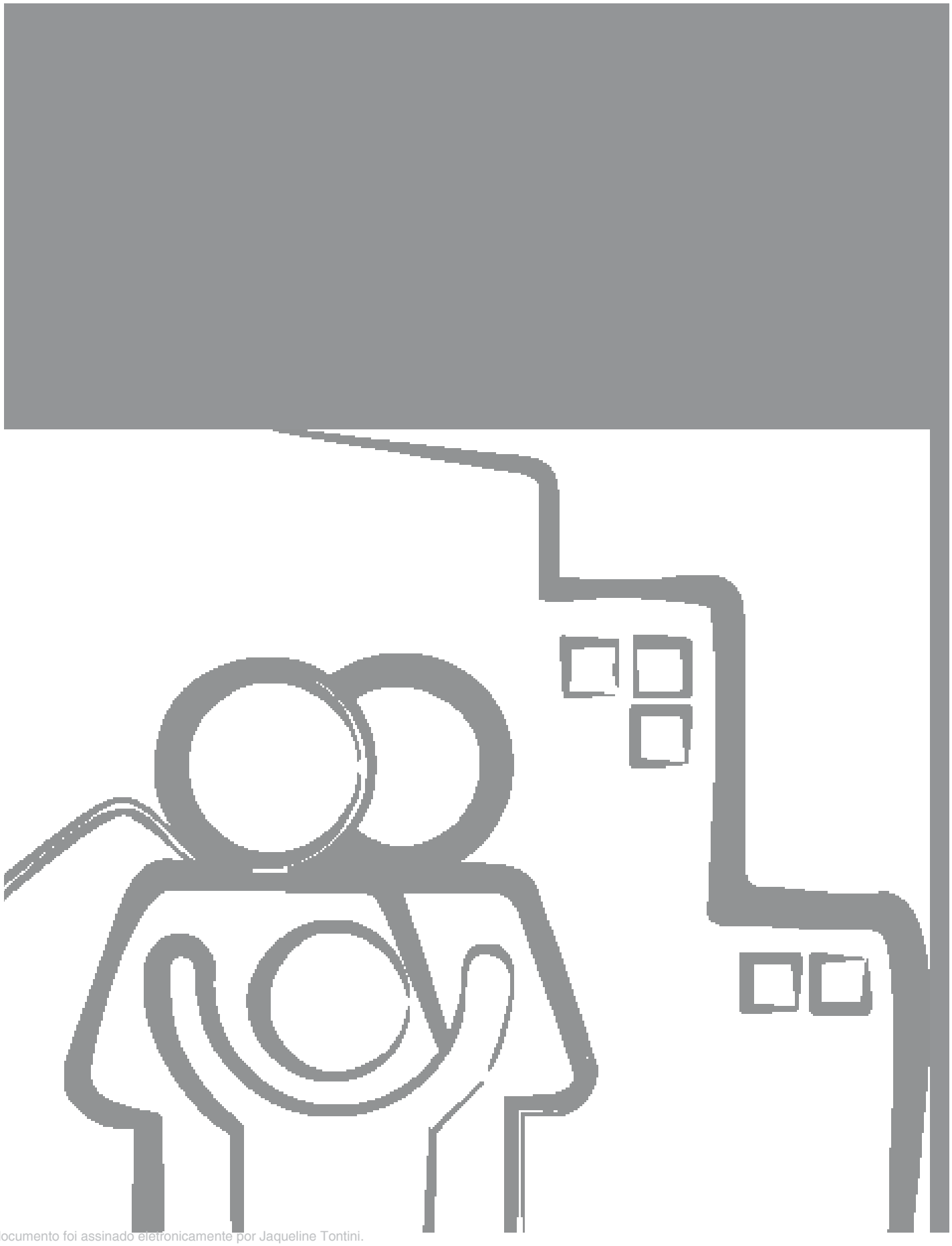
Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# PARA VIABILIZAR A IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

# 4

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

### 4.1 Novos personagens na produção do acolhimento

Conforme afirmamos anteriormente, é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer outro isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Entretanto, também é limitado discutir a sua implementação apenas com os profissionais que constituem a equipe mínima da Saúde da Família, excluindo aqueles que, porventura, atuem na unidade de saúde.

Uma ação bem desenvolvida pela enfermeira pode ser prejudicada, caso o segurança que fica na porta não compreenda a maneira com que a unidade desenvolve o acolhimento. Do mesmo modo, uma pessoa que atua na higienização e limpeza da unidade pode, em determinadas situações, produzir intervenções potentes e inesperadas na sala de espera, capazes, inclusive, de facilitar o trabalho dos profissionais que se envolvem diretamente no atendimento individual. Embora exemplos pudessem ser citados com quaisquer profissionais que atuam na unidade, é fundamental desenvolvermos um pouco mais o papel central dos trabalhadores da recepção das unidades de saúde.

Na quase totalidade das situações, o primeiro contato dos usuários que procuram a unidade de Saúde da Família se dá com profissionais que não tiveram formação específica para atuar na área da saúde. Isso pode levar as equipes de Saúde da Família (eSF) e os gestores, por vezes, a excluírem essas pessoas de momentos de reflexão sobre o acolhimento.

Já foram indicadas situações em que os profissionais da recepção podem identificar casos de maior risco e vulnerabilidade e facilitar o acesso dos usuários a uma avaliação mais rápida por parte de um profissional de saúde. Para isso, esses trabalhadores deveriam ser envolvidos em reuniões sistemáticas das unidades, que tivessem como foco a organização da recepção e escuta às pessoas, bem como os fluxos dos usuários na unidade e na rede.

Não há uma única maneira de se inserirem os profissionais da recepção no acolhimento. Compartilhamos, entretanto, algumas questões que podem ajudar nesse sentido:

- Quem atua na recepção da unidade? Qual o vínculo, formação, número de profissionais em cada hora, carga horária que possuem?
- O que faz a recepção? Quais são as funções e fluxos que coordena? Existem pessoas com o papel de organizar o fluxo dos usuários na unidade?
- Quais são as dúvidas, questões e necessidades que os usuários mais dirigem a eles ao longo do dia?
- Quais os problemas e conflitos enfrentados pelos profissionais da recepção?
- Quais são as tentativas de solução desses problemas? Quais estratégias e ações vêm desenvolvendo? Estão dando certo? Por quê?
- Como se dá participação dos trabalhadores da recepção nas reuniões da equipe ou de colegiado da UBS?

Há outros atores que podem contribuir com o acolhimento. Os trabalhadores do NASF, por

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 50/359





exemplo, podem (e devem) atuar para ampliar a resolutividade/capacidade de cuidado das eSF, inclusive diante de situações que se apresentam por demanda espontânea, tanto do ponto de vista clínico como por meio da participação em conversas e atividades relativas ao fluxo dos usuários.

Um conjunto de sujeitos que pode agregar outras perspectivas para a gestão do cuidado pode ser os professores e estudantes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. Os movimentos de reforma curricular que foram desencadeados nos últimos anos têm levado as instituições de ensino, cada vez mais, a verem a rede básica como campo de prática fundamental para a formação em saúde. Isso tem feito com que professores mudem seus ambientes de trabalho – acontecimento, muitas vezes, produtor de novidades e de angústias nos docentes – e procurem estabelecer novas relações com os profissionais da atenção básica/Estratégia Saúde da Família. Além das atividades de graduação, são muitos os grupos de pesquisa, extensão ou mesmo grupos tutoriais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) que estão se inserindo de variadas formas nos serviços.

As contribuições dessas instituições de ensino podem ser as mais diversas. Elas podem se inserir diretamente na realização do acolhimento, compartilhando a realização de escuta qualificada e tomando-a como objeto de aprofundamento e reflexão teórica. Pesquisas podem ser desenvolvidas para avaliar e propor modificações na maneira de se organizar o acolhimento. As situações de maior dificuldade podem ser discutidas em momentos de educação permanente, com o apoio de professores e estudantes. Os médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade e outros trabalhadores que realizam residência multiprofissional em Saúde da Família podem desenvolver parte de suas atividades com ênfase no acolhimento à demanda espontânea.

### 4.2 O acolhimento à demanda espontânea e a Rede de Atenção às Urgências

É fundamental que as unidades de atenção básica estejam inseridas e produzam concretas relações com o conjunto dos serviços que constituem a Rede de Atenção às Urgências no seu município ou em determinada região.

Entre os desafios e necessidades da atenção às urgências, destacam-se a estratificação de riscos (produzindo equidade), a garantia de acesso aos serviços de acordo com a situação, bem como a integração entre unidades assistenciais de diferentes perfis, como as unidades de Saúde da Família, as unidades de pronto-atendimento (UPA), o SAMU e os hospitais de emergência e trauma.

A atenção básica deve se constituir como grande articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBS, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. Nas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento. Tais atribuições estão definidas na Política Nacional

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 51/359





de Atenção Básica (2011), bem como na Política Nacional de Atenção às Urgências (2011) e na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010).

Entretanto, é fundamental que as unidades básicas possuam adequada retaguarda pactuada para o referenciamento dos pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados, necessitem de cuidados de outros serviços. Assim, mediados pelas "Centrais de Regulação de Urgências" e pela comunicação entre profissionais e gestores de diferentes serviços, devem ser pactuados e definidos os fluxos e mecanismos de transferência/encaminhamento dos usuários que necessitarem de outros recursos assistenciais, de forma a garantir o acesso, em tempo oportuno, ao tipo de tecnologia necessária. Voltaremos a esse ponto no item seguinte, buscando apontar modos de atuação dos gestores que contribuam para a efetiva participação da atenção básica na atenção às urgências.

### 4.3 Apoio dos gestores às equipes de saúde

Se a implementação de novas lógicas de acolhimento à demanda espontânea não pode acontecer por meio de ações puramente normativas, dificilmente ocorre espontaneamente, a não ser quando a força dos usuários é grande a esse ponto ou quando há muita sensibilidade e iniciativa nas equipes. O mais comum é haver a necessidade de provocação, de "convite" por parte dos gestores formais às equipes. Mas, além de provocar, de pautar o tema do acolhimento, frequentemente as equipes precisam de apoio externo, pois o acolhimento à demanda espontânea costuma desestabilizar a unidade, produzindo tensões entre os profissionais e destes com os usuários e outros serviços, gerando a necessidade de arranjos e dispositivos para dar conta da nova situação. É muito importante, para as equipes, ter pessoas externas de referência que atuam como apoiadores, facilitando a análise do processo de trabalho e a construção de novos modos de lidar com os problemas vividos, dando suporte aos trabalhadores para que estes possam cuidar melhor dos usuários e se constituir enquanto equipe. Vejamos algumas situações comuns nas quais o apoio da gestão (e/ou externo) pode facilitar esse processo:

- É importante pensar em modos de disparar, de provocar a implementação do acolhimento da demanda espontânea. Algumas ferramentas e estratégias podem ser úteis, como a discussão de um caso fictício na equipe (como o de Joana ou o do pequeno Vítor e sua mãe), a discussão de uma situação real (problemática) de acolhimento na unidade, a leitura de um texto, a exibição e discussão de um vídeo, entre outras. Quando a equipe (ou pelo menos parte dela) está ativada, mobilizada, quando faz sentido, fica mais fácil de se engajar nesse tipo de processo. É fundamental que o acolhimento faça diferença (no bom sentido) não só para os gestores, mas, sobretudo, para os usuários e trabalhadores. Obviamente, esse tipo de processo tende a produzir desconfortos, e é necessário tomar os incômodos e tensões como matéria-prima da gestão (sem sufocá-los ou negá-los), buscando fazer com que sejam conflitos produtivos (CECÍLIO, 2006);

- O acolhimento, principalmente nos momentos iniciais, tende a sobrecarregar os profissionais, até pelo fato de abrir as portas diante de uma demanda reprimida e de novas expectativas criadas. Conforme abordado anteriormente, um dos aportes necessários, nesse caso,

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 52/359





é a incorporação da avaliação de risco e vulnerabilidade pela equipe, bem como a diversificação das ofertas, facilitando a garantia do acesso com equidade. Também é importante, nesse momento inicial, planejamento dinâmico e flexível das agendas;

- O incentivo à experimentação de diferentes modelagens (conforme abordado anteriormente) também é algo a ser considerado. Além disso, é fundamental que as equipes tenham momentos para discussão dos problemas e dificuldades, para redefinição de ações e responsabilidades, ou seja, espaços de gestão colegiada e educação permanente nos quais os problemas do processo de trabalho possam ser pautados e abordados em tempos e com abordagens coerentes com a complexidade desse tipo de tema. Faz parte do trabalho (é essencial) ter tempo e espaço adequado para pensar sobre o que se faz e para construir e pactuar novas ações, novos arranjos. A gestão do processo de trabalho também é feita pela equipe, não apenas pelo gerente ou coordenador local;

- Se a população adstrita às equipes é muito maior do que a capacidade delas (por exemplo, 10 mil pessoas para duas equipes de Saúde da Família, numa área de alto risco e vulnerabilidade e com poucos equipamentos sociais), isso provavelmente vai dificultar a conciliação do acolhimento à demanda espontânea com as demais atividades (consultas programadas, grupos, visitas domiciliares, reuniões de equipe etc.). Nesses casos, são muito relevantes esforços como a redistribuição da clientela adstrita com outras equipes, implantação de novas equipes ou ampliação do número de profissionais delas, dimensionamento do número de famílias por equipe conforme grau de risco da área adstrita, entre outros;

- Para o acolhimento dos casos agudos, a existência de retaguarda médica é fundamental. No entanto, não é raro que os profissionais de enfermagem tenham que pedir para que os médicos atendam aos casos agudos. Mas há situações em que os médicos discordam da avaliação de que certos casos são agudos e de que requerem intervenção médica no dia. Isso coloca a necessidade de discutir/construir/pactuar critérios de risco, bem como de organizar a agenda dos profissionais de modo a contemplar agenda programada e casos agudos, por exemplo;

- Sobretudo, é fundamental construir diálogos, pactos e fluxos com os serviços de retaguarda, sobretudo o SAMU e as unidades de pronto-atendimento e pronto-socorro. A cooperação e suporte entre gestores e trabalhadores dessas unidades facilitam a execução do papel que a atenção básica tem na atenção às urgências, seja assumindo integralmente as "pequenas urgências", seja prestando atendimento inicial até a remoção dos pacientes. Problemas como grandes atrasos de ambulâncias (extrapolando com frequência o horário de trabalho dos profissionais da unidade básica), envio de pacientes sem referência ou resumo de alta, por exemplo, devem ser objeto de discussão e pactuação entre trabalhadores e gestores. Em algumas realidades, a possibilidade de os profissionais da atenção básica atuarem, também, nos serviços de urgência facilita a cooperação e o fluxo dos usuários entre os serviços. Outra estratégia é a constituição de espaços de reunião regulares, envolvendo trabalhadores e gestores da atenção básica e dos serviços de urgência típicos, nos quais sejam discutidos casos reais (para além da queixa ou denúncia) e pactuados fluxos e responsabilidades entre serviços.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 53/359





Para essas e outras situações, a existência de "apoiadores institucionais" que deem suporte aos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde é essencial, na medida em que isso possibilita a identificação e expressão de demandas e dificuldades/problemas das equipes, bem como a construção conjunta de soluções ou o oferecimento de saídas, de alternativas aos desafios enfrentados. A presença de um ator com esse papel (de apoiador) aumenta as chances de os trabalhadores colocarem o seu próprio trabalho em análise, qualificando-o no sentido da defesa da vida dos usuários.

### 4.4 Diálogo com os usuários

Se o sentido do acolhimento da demanda espontânea é fortemente marcado pela perspectiva de incorporação de novas formas de escutar e receber os usuários, não basta conduzir esse processo entre os trabalhadores e gestores. Eis algumas razões:

- Se os usuários compreenderem os objetivos do acolhimento e, nas situações concretas, se sentirem de fato acolhidos, escutados, cuidados, isso pode facilitar o entendimento de outros e diminuir algumas tensões;

- É comum que usuários agendados fiquem irritados com o fato de alguns pacientes de demanda espontânea serem priorizados, assim como acontece de aqueles com risco baixo exigirem atendimento médico imediato. Essas situações evidenciam a necessidade de haver conversas entre trabalhadores e usuários sobre o modo de funcionamento da unidade, em diferentes ocasiões, tais como: nas consultas, na sala de espera, durante as visitas domiciliares, nas atividades coletivas comunitárias, nas reuniões dos conselhos locais de saúde, nos grupos. Acolher a irritação e ansiedade dos usuários, nesses casos (em vez de reagir), escutar o conteúdo expresso nesses ruídos e problematizá-los (sem deslegitimar a manifestação deles) são atitudes que podem facilitar a construção de consensos e entendimentos a esse respeito;

- As conversas com os usuários e, sobretudo, as experiências de acolhimento vividas por eles podem facilitar a construção de vínculos com os trabalhadores, bem como ampliar a capacidade de autocuidado, na medida em que se veem capazes de reconhecer sua situação (fatores e sinais de risco e de proteção) e seguros quanto à possibilidade de serem acolhidos na unidade de saúde;

- Não podemos esquecer que, mesmo quando o acesso se dá de forma burocratizada, é relativamente comum a existência de fluxos "paralelos" e "privilégios" de acesso, por diferentes motivos. Os usuários que tinham acesso facilitado poderão sentir que estão menos "empoderados" ou que perderam espaço, apresentando resistência ao acolhimento. Devemos dialogar com todos os profissionais que atuam na unidade de saúde e com o conjunto dos usuários sobre as resistências ao acolhimento, seja para agregar pessoas inicialmente reticentes, para reconhecer limites no modo de implementar o acolhimento ou para se fortalecer a proposta diante da maioria que passa a ter um acesso mais democratizado e justo ao serviço.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 54/359





Para operar nessa perspectiva, além de espaços formais de participação popular, tais como a implantação e constante interação com o conselho local de saúde, é muito importante que as equipes estejam atentas a outras maneiras não institucionalizadas de expressão popular, tais como as redes de apoio social, os movimentos reivindicatórios, as ouvidorias coletivas, as rádios comunitárias, entre outras (VALLA, 1999; LACERDA e cols., 2006).

Cabe lembrar, uma vez mais, que as experiências de acolhimento de fato vividas, sentidas ou percebidas pelos usuários são mais efetivas do que o discurso ou a argumentação racional, ainda que isso seja necessário. Se a existência do acolhimento for produtora de cuidado e inclusão para os usuários, com o tempo, provavelmente, eles irão defender mais esse dispositivo, aumentando suas chances de sustentabilidade e, consequentemente, a legitimidade da atenção básica.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# REFERÊNCIAS

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 57/359



## BIBLIOGRAFIA



BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55

CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil. *In*: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Editora FGV, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). *In*: O TRABALHO em saúde: olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004.

GOMES, L. B.; MELO, E. A.; PINTO, H. A. **Análise das modelagens do acolhimento em Aracaju-SE** (Mimeo.), 2005.

LACERDA, A. et al. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 445-458.

LUZ, M. T. Demanda em Saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MALTA et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. *In*: REIS, Afonso Teixeira dos et al. (Orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. 390 p.

MERHY, E. E.; CHAKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 58/359



SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. 320 p.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, suplemento 3, 2010.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. de Saúde Pública.** v. 15, sup. 2, p. 7-14, 1999.



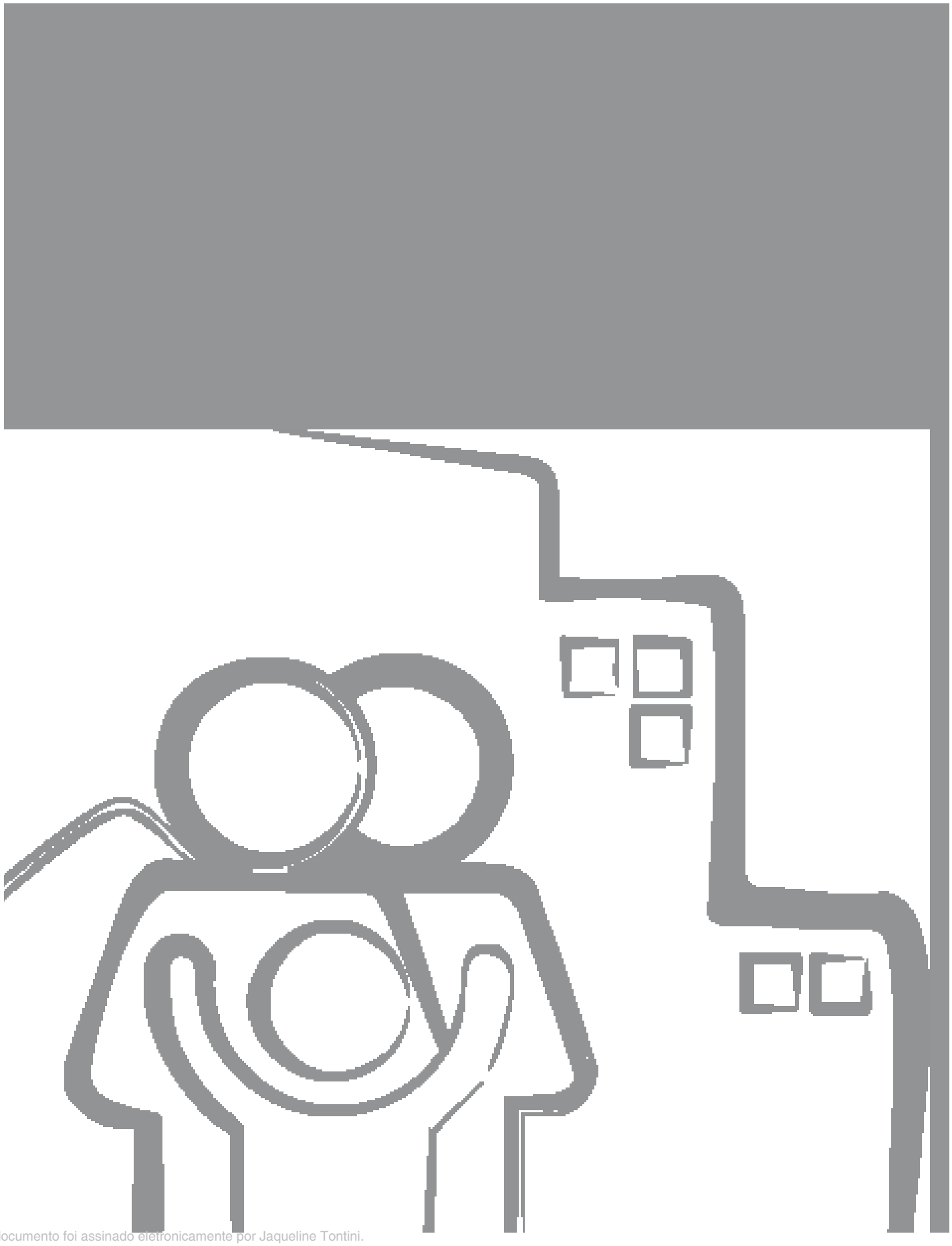
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# ANEXO A

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Estrutura física, ambiência e insumos necessários à realização do acolhimento à demanda espontânea na atenção básica

Para acolher a demanda espontânea, é importante que as unidades de atenção básica tenham estrutura física e ambiência adequadas, como sala de espera (para que os usuários possam aguardar confortavelmente, atenuando seus sofrimentos), sala de acolhimento multiprofissional (para realização do acolhimento individual da demanda espontânea, por meio da escuta qualificada), consultórios (para qualificar as condições de escuta e respeitar a intimidade dos pacientes) e sala de observação (para permitir o adequado manejo de algumas situações mais críticas ou que requerem período maior de intervenção ou acompanhamento).

Além disso, para viabilizar adequada atenção à demanda espontânea, sugerimos que as unidades de atenção básica sejam equipadas com os seguintes materiais e medicamentos:

### 1. Materiais para atendimento às urgências:

- Torpedo de oxigênio de 1 $m^3$, com válvula, fluxômetro, umidificador de 250 ml e 2 m de tubo de intermediário de silicone;
- Maleta tipo de ferramentas de 16” com alça para carregar;
- Caixa organizadora com pelo menos oito divisórias;
- Pacotes de gazes estéreis;
- Ampolas de água destilada de 10 ml;
- Seringas de 5 ml sem agulha;
- Seringas de 10 ml sem agulha;
- Agulhas 40 x 12;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 16 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 18 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 24 g;
- Rolo de esparadrapo comum;
- Garrote;
- Equipos para soro simples;
- Conexões de duas vias;
- Frascos de soro fisiológico 0,9% de 500 ml;
- Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU);
- Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU);
- Sistema bolsa-máscara autoinflável neonatal com máscara transparente (AMBU);
- Máscaras de nebulização adulta;
- Máscaras de nebulização pediátrica;

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

- Cateteres para oxigênio tipo óculos;
- Aparelho para nebulização;
- Medidores de pico de fluxo (*Peak Flow)* reutilizáveis;
- Colar cervical adulto e 1 colar infantil.



**2. Medicamentos que devem estar à disposição nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família/postos de saúde utilizados para o atendimento às urgências clínicas:**

- Ampolas de adrenalina;
- Ampolas de atropina;
- Frasco de hidrocortisona de 100 mg;
- Frasco de hidrocortisona de 500 mg;
- Ampolas de glicose 50%;
- Ampolas de soro fisiológico 0,9%;
- Frascos de soro fisiológico 0,9% e soro glicosado 5%;
- Ampolas de terbutalina;
- Frascos de prometazina;
- Ampolas de diazepam;
- Ampola de haloperidol;
- Frasco de ipratrópio;
- Frasco de fenoterol;
- Cartela de dinitrato de isossorbida 5 mg, via sublingual;
- Cartela de ácido acetilsalicílico;
- Ampolas de tiamina;
- Medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e insulina;
- Antibióticos (para administrar a primeira dose na própria UBS nos casos de pneumonia em crianças);
- Analgésicos (enteral e parenteral);
- Antitérmicos (enteral e parenteral).

**3. Equipamento de proteção individual:**

- Máscaras descartáveis;
- Luvas de procedimentos e estéreis descartáveis;
- Óculos;
- Avental.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Ministério da Saúde

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 67/359

ISBN 978-85-334-1843-1

Acolhimento à demanda espontânea

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

28

DISQUE SAÚDE 136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

ID.: 68/360

## Acolhimento à demanda espontânea

**Volume I**



1ª edição
1ª reimpressão

Brasília – DF
2013

28

VENDA PROIBIDA

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 68/359

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

## ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA

Queixas mais comuns na Atenção Básica

Volume II



1ª edição
1ª reimpressão

28

Brasília – DF
2013

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 69/359

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

## Queixas mais comuns na Atenção Básica

## VOLUME II

1ª edição
1ª reimpressão

Brasília – DF
2013

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 71/359

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

# ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

## Queixas mais comuns na Atenção Básica

Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II

1ª edição
1ª reimpressão

Brasília – DF
2013

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

© 2012 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição; 1ª reimpressão – 2013 – 2.000 exemplares

**Elaboração, distribuição e informações:**
Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6
Edifício Premium, bloco 2, subsolo
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-9090 / 3315-9044
*Site:* <www.saude.gov.br/dab>
*E-mail:* dab@saude.gov.br

**Editor Geral:**
Claunara Schilling Mendonça
Hêider Aurélio Pinto

**Coordenação Técnica Geral:**
Alexandre de Souza Ramos
Nulvio Lermen Junior
Patrícia Sampaio Chueiri

**Editor Técnico:**
Juliana Oliveira Soares
Patrícia Sampaio Chueiri

**Revisão Técnica:**
Alexandre Borges Fortes
Alexandre Medeiros de Figueiredo
Daniel Knupp
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
Felipe Proenço de Oliveira
Guadalupe Sales Ferreira
Guilherme Nabuco Machado
Hozana Reis Passos
Iara de Oliveira Lopes
Janaina Rodrigues Cardoso
João Batista Cavalcanti Filho
Juliana Oliveira Soares
Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira
Luciano Bezerra Gomes
Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro
Patricia Sampaio Chueiri
Ricardo César Garcia Amaral Filho
Ricardo de Sousa Soares
Waleska Holst Antunes

**Colaboradores:**
Adriana de Souza Kuchenbecker
Adriana Mello Barotto
Adriana Vieira Cardozo
Alexandre Borges Fortes
Ana Cláudia Santos Chazan
Arthur Mendes
Caroline Moreira Bazzana
Circe Maria Jandrey
Djanira Martins de Andrade
Eliete Magda Colombeli
Elisandrea Sguario
Fernanda Plessmann de Carvalho
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
Felipe Proenço
Gisele Lima Nogueira Soler
Gizelle Ribeiro Rodrigues Alves
Juliana Oliveira Soares
Juliana Stradiotto Steckert
Kalystonia de Almeida da Silva
Luciana Calado Pires de Carvalho
Marlene Zannin
Mônica de Cássia Firmida
Nulvio Lermen Júnior
Patrícia Sampaio Chueiri
Paulo de Nóvoa Cardoso
Rejane Bezerra De Lima
Samira Barrentin Nacif
Tiago Sousa Neiva
Wagner Afonso Teixeira
Walter Domingos de Matos Costa
Waleska Holst Antunes

**Apoio:**
Associação Brasileira dos Centros de Informação e Assistência Toxicológicas e Toxicologistas Clínicos – Abracit
Coordenação – Geral de Urgência e Emergência – Ministério da Saúde
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC

**Coordenação Editorial:**
Antônio Sergio de Freitas Ferreira
Marco Aurélio Santana da Silva

**Diagramação e Projeto Gráfico:**
Roosevelt Ribeiro Teixeira

**Normalização:**
Delano de Aquino Silva – Editora MS
Marjorie Fernandes Gonçalves – SAS/MS

**Revisão:**
Eveline de Assis – Editora MS
Khamila Silva – Editora MS
Mara Soares Pamplona – Editora MS
Marcia Medrado Abrantes – Editora MS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

ISBN 978-85-334-1973-5

1. Atenção básica. 2. Promoção da saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0201

**Títulos para indexação:**
Em inglês: Humanized reception of patients without an appointment: the most common complaints in spontaneous demand of basic attention
Em espanhol: Acogida a la demanda espontánea: las quejas más comunes en la demanda espontánea de atención básica

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sinais de alerta do paciente com queixa de cefaleia....32
Quadro 2 – Esquema de rifampicina indicado por etiologia....33
Quadro 3 – Analgésicos para o tratamento agudo das cefaleias de fraca intensidade....36
Quadro 4 – Analgésicos para o tratamento agudo das cefaleias de moderada intensidade....36
Quadro 5 – Analgésicos para o tratamento agudo das cefaleias de forte intensidade....36
Quadro 6 – Medicamentos usados na crise de migrânea em crianças e adolescentes....37
Quadro 7 – Classificação de crises....40
Quadro 8 – Causas de crises epilépticas segundo a idade....41
Quadro 9 – Fármacos que podem causar crises epilépticas....42
Quadro 10 – Informações importantes da história clínica....43
Quadro 11 – Drogas antiepilépticas (DAE)....44
Quadro 12 – Principais indicações DAE....45
Quadro 13 – Condutas na crise epiléptica....48
Quadro 14 – Classificação da diarreia segundo a duração dos sintomas....56
Quadro 15 – Principais etiologias da diarreia....57
Quadro 16 – Principais sinais para a avaliação do grau de desidratação....57
Quadro 17 – Planos de tratamento para a desidratação....57
Quadro 18 – Contraindicações da TRO....58
Quadro 19 – Fase rápida de expansão....59
Quadro 20 – Antimicrobianos sugeridos para o tratamento da diarreia....60
Quadro 21 – Achados clínicos. Uso de medicações. Uma das causas mais frequentes de náuseas e vômitos....61
Quadro 22 – Referências para o diagnóstico de taquipneia em crianças....63
Quadro 23 – Classificação de pneumonia em crianças....64
Quadro 24 – Posologia dos principais antimicrobianos para o tratamento ambulatorial de pneumonia em crianças com idade > dois meses (via oral) e adultos....65
Quadro 25 – Classificação da intensidade da exacerbação da asma – criança e adulto....67
Quadro 26 – Dose habitual das medicações para o tratamento de exacerbações da asma em adultos....68
Quadro 27 – Apresentação clínica dos quadros de ITU, por grupo etário....77
Quadro 28 – Tratamento farmacológico de ITU....77
Quadro 29 – Tratamento farmacológico de prostatite....78
Quadro 30 – Classificação do abdome agudo segundo a natureza do processo determinante....93
Quadro 31 – Causas abdominais e extra-abdominais de abdome agudo....94
Quadro 32 – Fatores que indicam alto risco em dor abdominal....96
Quadro 33 – Causas mais prováveis de dor abdominal segundo a sua localização....97
Quadro 34 – Tratamento ambulatorial....99
Quadro 35 – Diagnóstico diferencial de dor abdominal aguda em crianças segundo a faixa etária....100
Quadro 36 – Causas de otalgia....103
Quadro 37 – Fatores de risco para diagnósticos de pior prognóstico em pacientes com otalgia....104
Quadro 38 – Antibioticoterapia em adultos com OMA....108
Quadro 39 – Achados clínicos e epidemiológicos dos diagnósticos diferenciais de faringite infecciosa....112
Quadro 40 – Prevenção primária da febre reumática (tratamento da tonsilofaringite estreptocócica)....113
Quadro 41 – Origens da dor lombar....116
Quadro 42 – Sinais de alerta para a avaliação de pessoas com lombalgia....117
Quadro 43 – Diagnóstico diferencial....118
Quadro 44 – Medicamentos utilizados para o tratamento da dor lombar....120
Quadro 45 – Causas comuns de dor torácica aguda....122
Quadro 46 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)....130

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Quadro 47 – Orientações gerais para as equipes de Atenção Primária à Saúde de manejo dos tipos de alterações pressóricas.....132
Quadro 48 – Principais fármacos usados em crises hipertensivas.....133
Quadro 49 – Síndromes tóxicas.....138
Quadro 50 – Antídotos e fármacos utilizados nas intoxicações.....141
Quadro 51 – Localização dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATs).....149
Quadro 52 – Esquema para a profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular.....154
Quadro 53 – Fatores predispodentes de RS.....167
Quadro 54 – Sinais sugestivos de rinossinusite bacteriana.....168
Quadro 55 – Gravidade dos sinais e sintomas na sinusite bacteriana aguda.....170
Quadro 56 – Antibióticos para o tratamento da rinossinusite aguda.....171
Quadro 57 – Complicações das rinossinusites orbitárias, intracranianas e ósseas.....171
Quadro 58 – Dosagem por peso e frequência diária.....176
Quadro 59 – Características para distinguir a causa da vertigem entre periférica e central.....186
Quadro 60 – Tratamento farmacológico para o alívio sintomático agudo das vertigens.....188
Quadro 61 – Fármacos utilizados para o tratamento de enfermidades odontológicas.....206
Quadro 62 – Olho vermelho: diagnóstico etiológico e conduta.....213
Quadro 63 – Efeitos da alcoolemia (CAS) sobre o corpo humano.....220
Quadro 64 – Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar).....222
Quadro 65 – Quadro de doses e efeitos adversos dos antidepressivos de mais fácil acesso na rede básica.....233
Quadro 66 – Doses e efeitos adversos dos fármacos utilizados no tratamento dos transtornos de ansiedade e de mais fácil acesso na Rede Básica.....235
Quadro 67 – Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.....236
Quadro 68 – Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.....236
Quadro 69 – Resumo dos principais componentes de SBV para adultos, crianças e bebês.....254

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea....23
Figura 2 – Fluxograma de atendimento por classificação de risco/vulnerabilidade aos casos de reação anafilática....28
Figura 3 – Escala de expressão facial e sua representação numérica....30
Figura 4 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram atendimento devido a quadro de cefaleia....39
Figura 5 – Fluxograma e algoritmo que abordam o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com epilepsia ou em crise....47
Figura 6 – Causas, sinais/sintomas e manejo da hiperglicemia....54
Figura 7 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes diabéticos que procuram atendimento por demanda espontânea....55
Figura 8 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram atendimento devido à queixa de diarreia ou de vômito....62
Figura 9 – Algoritmo 1: manejo da exacerbação da asma....69
Figura 10 – Aparelho Peak Flow....70
Figura 11 – Valores normais para interpretação do PFE....72
Figura 12 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram atendimento devido à queixa de dispneia....74
Figura 13 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de disúria que procuram atendimento na AB....80
Figura 14 – Impetigo bolhoso e não bolhoso....81
Figura 15 – Erisipela....82
Figura 16 – Herpes simples labial....83
Figura 17 – Herpes genital....83
Figura 18 – Herpes zoster em tronco....84
Figura 19 – Lesões de escabiose em abdome....85
Figura 20 – Exantema é maculopapular....87
Figura 21 – Exantema é maculopapular róseo....88
Figura 22 – Lesões polimorfas de varicela....88
Figura 23 – Lesões polimorfas de varicela....88
Figura 24 – "Face esbofeteada" – eritema infeccioso....89
Figura 25 – Exantema difuso, papular....90
Figura 26 – Língua em framboesa....90
Figura 27 – Linhas demarcadas nas dobras flexoras (Sinal de Pastia) e eritema papular difuso....90
Figura 28 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com doença de pele aguda que procuram atendimento na AB....91
Figura 29 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor abdominal que procuram atendimento na AB....102
Figura 30 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor ou outros problemas no ouvido que procuram atendimento na AB....110
Figura 31 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor de garganta que procuram at endimento na AB....115
Figura 32 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dorlombar aguda que procuram atendimento na AB....121
Figura 33 – Principais doenças cardíacas e não cardíacas que se manifestam com dor torácica....125
Figura 34 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor torácica aguda que procuram atendimento na AB....128
Figura 35 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes hipertensos....134

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 36 – Fluxograma de classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com história de exposição à substância tóxica.....136
Figura 37 – Algoritmo de atendimento ao usuário com contaminação por substância tóxica.....142
Figura 38 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes queimados.....166
Figura 39 – Fluxograma de atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos casos de síndrome gripal.....174
Figura 40 – Resumo dos principais pontos do atendimento do paciente com síndrome gripal na atenção primária.....178
Figura 41 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com sangramento genital.....183
Figura 42 – Algoritmo para guiar a história inicial da pessoa com tontura.....185
Figura 43 – Manobra de Dix-Hallpike.....187
Figura 44 – Fluxograma que aborda o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com queixa de dor dentino pulpar.....192
Figura 45 – Fluxograma que aborda o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com queixa de dor periapical.....194
Figura 46 – Fluxograma que aborda o atendimento com classificação/vulnerabilidade de risco do paciente com queixa de dor periodontal.....195
Figura 47 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a traumatismo bucal.....198
Figura 48 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a sangramento bucal.....199
Figura 49 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a problema no aparelho estomatognático – algias e disfunções.....201
Figura 50 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco /vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a problema na mucosa oral.....203
Figura 51 – Algoritmo para o atendimento de pacientes que procuram atendimento devido a queixas relacionadas à mucosa oral: especificidades de tratamento.....204
Figura 52 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a problema protético/de restauração.....205
Figura 53 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a problema pós-operatório – alveolite.....206
Figura 54 – Algoritmo de atendimento do paciente com urgência odontológica.....207
Figura 55 – Olho com identificação de estruturas observáveis à ectoscopia.....208
Figura 56 – Desenho esquemático do olho-corte longitudinal.....208
Figura 57 – Tabela de Snellen para alfabetizados.....208
Figura 58 – Tabela de Snellen para não alfabetizados.....208
Figura 59 – Hipópio visível no 1/3 inferior da câmara anterior.....209
Figura 60 – Hifema visível no 1/3 inferior da câmara anterior.....209
Figura 61 – Glaucoma agudo: hiperemia conjuntival, injeção ciliar, midríase, edema corneano.....210
Figura 62 – Episclerite – hipermia localizada na conjuntiva bulbar temporal.....211
Figura 63 – Pseudomembrana em conjuntiva tarsal, observável após eversão da pálpebra superior.....211
Figura 64 – Edema da conjuntiva bulbar (quemose).....212
Figura 65 – Infiltrados corneanos subepiteliais observáveis na biomicroscopia com lâmpada defenda.....212
Figura 66 – Hemorragia subconjuntival.....212
Figura 67 – Conjuntivite por C. trachomatis.....213
Figura 68 – Conjuntivite por N. gonorrhoeae.....214
Figura 69 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com sofrimento mental agudo.....217
Figura 70 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com transtornos agudos relacionados ao uso de álcool.....224
Figura 71 – Algoritmo de suporte básico de vida simplificado.....247
Figura 72 – Escorregar os dedos no sentido da seta. Palpação do pulso carotídeo.....248
Figura 73 – Posicionar o "calcanhar" da mão dois dedos acima do apêndice xifoide.....248
Figura 74 – Comprimir 5cm do tórax.....248
Figura 75 – Um socorrista: alternar 30 massagens com duas ventilações.....249
Figura 76 – Ombros sobre o esterno: cotovelos esticados.....249

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 77 – Queda da língua provocando obstrução....249
Figura 78 – Inclinação da cabeça – elevação do queixo....250
Figura 79 – Manobra de tração da mandíbula....250
Figura 80 – Ambu com máscara, bolsa reservatório de $O_2$ e cilindro de $O_2$....251
Figura 81 – Posicionamento da cânula de Guedel....251
Figura 82 – Posição das pás....252
Figura 83 – Fibrilação ventricular (FV)....252
Figura 84 – Taquicardia ventricular (TV)....252
Figura 85 – Atendimento realizado por um socorrista....252
Figura 86 – Atendimento realizado por dois socorristas....253
Figura 87 – Fluxograma para a transcrição de receita de psicotrópicos....388
Figura 88 – Fluxograma para a transcrição de receita de serviços privados....389
Figura 89 – Fluxograma para a transcrição de exames de serviços privados ou outros pontos de atenção da rede pública....390

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fase de manutenção e reposição.....59
Tabela 2 – Parâmetros de avaliação do pico de fluxo expiratório.....71
Tabela 3 – Regra dos nove.....158
Tabela 4 – Tabela de Lund e Browder.....159

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# SUMÁRIO

**APRESENTAÇÃO** ..... 13
**1 INTRODUÇÃO** ..... 15
1.1 AVALIAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADES ..... 16
1.2 TRABALHO EM EQUIPE ..... 19
1.3 O PAPEL DA PRIMEIRA ESCUTA DO USUÁRIO NO PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ..... 20
1.4 SUGESTÃO DE FLUXOS DOS USUÁRIOS NA UBS ..... 21
**2 QUEIXAS COMUNS NO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS** ..... 25
2.1 ANAFILAXIA ..... 25
2.2 CEFALEIA ..... 29
2.3 CRISE EPILÉPTICA E EPILEPSIA ..... 39
2.4 DESCOMPENSAÇÃO DO DIABETES MELLITUS: HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA ..... 49
2.5 DIARREIA E VÔMITO ..... 56
2.6 DISPNEIA ..... 62
2.7 DISÚRIA ..... 75
2.8 DOENÇAS DE PELE ..... 80
2.9 DOR ABDOMINAL ..... 92
2.10 DOR DE OUVIDO ..... 102
2.11 DOR DE GARGANTA ..... 110
2.12 DOR LOMBAR ..... 116
2.13 DOR TORÁCICA ..... 121
2.14 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – ALTERAÇÕES AGUDAS ..... 129
2.15 INTOXICAÇÕES AGUDAS POR PLANTAS TÓXICAS E MEDICAMENTOS ..... 135
2.16 MORDEDURA DE ANIMAIS ..... 150
2.17 QUEIMADURAS ..... 157
2.18 RINOSSINUSITES/SÍNDROMES GRIPAIS ..... 167
2.19 SANGRAMENTO GENITAL ANORMAL ..... 179
2.20 TONTURAS E VERTIGENS ..... 184
2.21 URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS ..... 190
2.22 URGÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS: "OLHO VERMELHO" ..... 207
2.23 ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA ..... 216
2.24 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS ..... 235
2.25 VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS ..... 237
2.26 USUÁRIOS "HIPERUTILIZADORES" ..... 245
2.27 REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP): ATENDIMENTO AOS CASOS DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA ATENÇÃO BÁSICA ..... 246
2.28 SITUAÇÕES "ADMINISTRATIVAS" COMUNS NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA ..... 254
**REFERÊNCIAS** ..... 259
**ANEXOS** ..... 277
ANEXO A – ROTINA DE EXAME NEUROLÓGICO ..... 277
ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS ..... 285
ANEXO C – TELEFONES ÚTEIS ..... 287
ANEXO D – MODELO DE FICHA DE ATENDIMENTO AO QUEIMADO ..... 288

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# APRESENTAÇÃO

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e ao acolhimento, à efetividade e à resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, ao provimento e à fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social.

A Conferência Nacional de Saúde do último ano, que teve como eixo temático "Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS" e a coincidência do enfoque deste Caderno com o tema desse evento democrático do sistema de saúde brasileiro foi mais uma oportunidade histórica de o abordarmos com a profundidade e a visibilidade que o tema requer, pois diz respeito ao posicionamento concreto de defesa da vida das pessoas.

O volume I deste Caderno tratou do acolhimento contextualizado na gestão do processo de trabalho em saúde na atenção básica, tocando em aspectos centrais à sua implementação no cotidiano dos serviços. O volume II, como desdobramento do primeiro, apresenta ofertas de abordagem de situações comuns no acolhimento à demanda espontânea, utilizando-se do saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, por meio do olhar para riscos e vulnerabilidades.

Esperamos que essa organização do material contemple gestores e trabalhadores nas suas necessidades específicas e, sobretudo, naquilo que é (ou os deve ser) comum, superando as divisões rígidas entre cuidado e gestão, dado que o cuidado em saúde requer gestão e a gestão em saúde objetiva o cuidado.

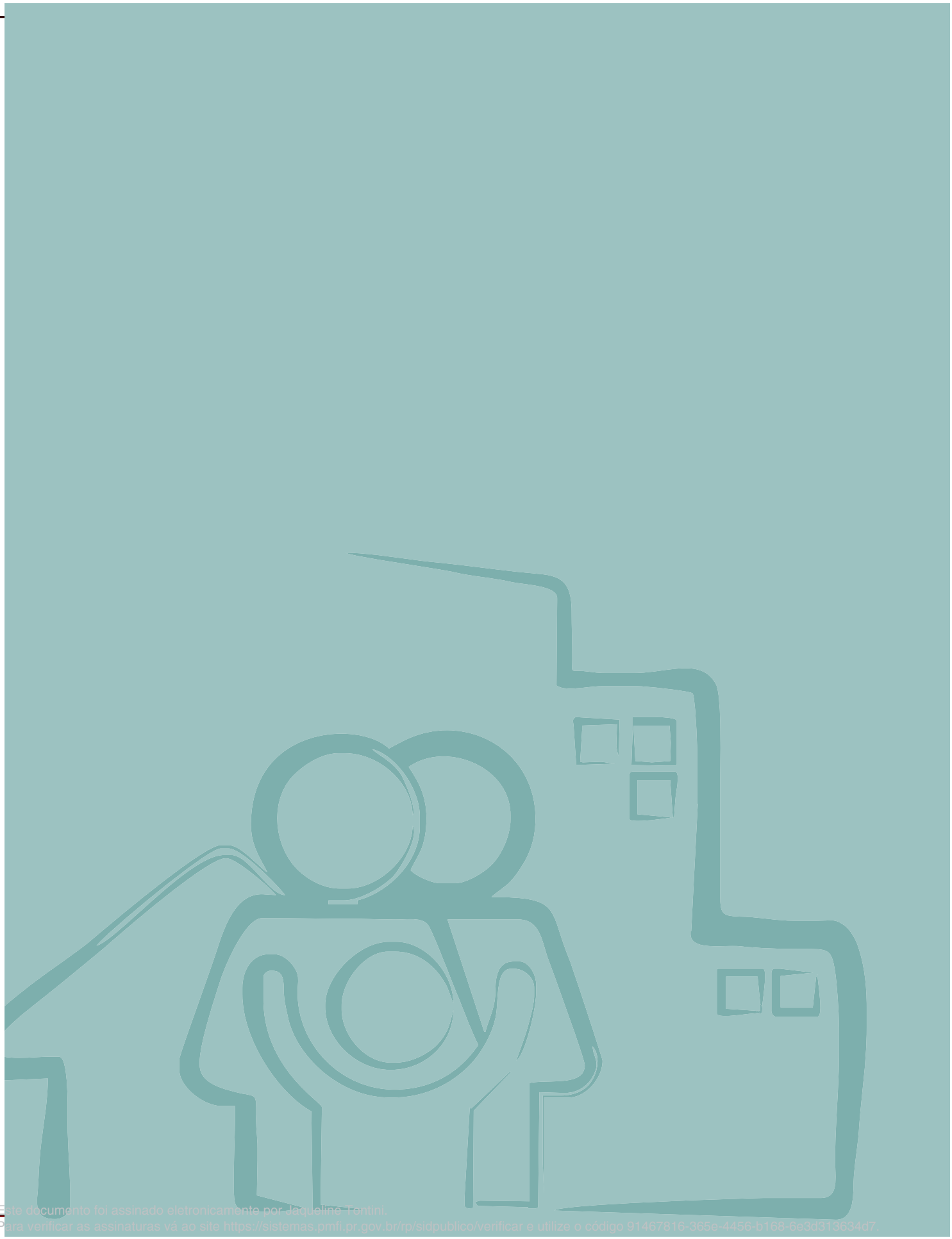
Nesse sentido, este Caderno deve ser encarado como oferta ativa do Ministério da Saúde, como ferramenta potencialmente útil, não substituindo, mas auxiliando a construção partilhada e cotidiana de modos de cuidar e gerir. A potência e o valor de uso deste Caderno serão maiores se ele estiver vinculado a experimentações concretas e à problematização dos efeitos, desafios e práticas reais pelas próprias equipes, com apoio intensivo da gestão, nos próprios serviços, tomando o processo de trabalho real como objeto de análise e de intervenção.

Por fim, esperamos que, com essa iniciativa e em articulação com outras ações desenvolvidas pelo MS/SAS/DAB, possamos contribuir efetivamente para o fortalecimento da atenção básica no seu papel protagonista de produção e de gestão do cuidado integral em rede, impactando positivamente na vida das pessoas e coletivos.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# 1 INTRODUÇÃO

O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas.

A organização do acolhimento à demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde (UBS) foi amplamente abordada no volume I deste Caderno. O volume II tem como objetivo ampliar a resolutividade das equipes de atenção básica frente à demanda espontânea. Para isso, serão discutidos três temas neste capítulo introdutório, que fazem parte da primeira avaliação dos casos de demanda espontânea: 1. a classificação de risco, 2. a identificação de vulnerabilidades e 3. o trabalho em equipe, a fim de ajudar a organizar e a priorizar o atendimento dos casos.

Nos capítulos seguintes, apresentam-se temas mais práticos que abordam a avaliação, o cuidado e as condutas em relação às necessidades e às queixas que podem ser frequentes no contexto da Atenção Básica. Incluiu-se, quando possível, ao final de cada um destes capítulos, um fluxograma que retrata uma proposta de cuidado de acordo com a necessidade abordada, envolvendo a classificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades.

Ressalta-se que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, pois a Atenção Básica trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual.

Conforme discutido no volume I, o cuidado à demanda espontânea na Atenção Básica deve ser baseado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, aliado à gestão local reflexiva e às boas práticas de atenção, de forma a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que propicie a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e as pessoas, legitimando este ponto como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 84/359



Torna-se necessário, portanto, refletir sobre o acesso da população aos serviços de saúde de atenção básica e os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário no sistema de saúde, como: número de usuários por equipe, organização da demanda espontânea, localização do estabelecimento, horários e dias de atendimento, infraestrutura adequada para o atendimento, entre outros. Em alguns serviços ainda é possível identificar práticas que resultam em restrição do acesso da população, com filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidades e o não acolhimento das urgências nas unidades de saúde.

## 1.1 AVALIAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADES

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias devido à não observação das diferentes necessidades.

Como fazer isso no cotidiano dos serviços, aonde muitas vezes chegam, ao mesmo tempo, várias pessoas com necessidades distintas? Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas priorizações.

Para isso, o trabalho em equipe é fundamental. Já na recepção da unidade, uma atendente, um porteiro ou um segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso. Por exemplo, uma criança com febre alta, um adulto com cólica renal, um usuário agitado, uma pessoa com dificuldade de respirar, um idoso com dor no peito. O reconhecimento destes e de outros sinais de risco pelos trabalhadores que comumente circulam ou permanecem nas áreas de recepção/esperas pode e deve ser apoiado. Além disso, é recomendável que os demais profissionais façam ativamente esse tipo de observação, sobretudo nos horários em que a unidade de saúde estiver mais cheia. As atividades de "sala de espera", por exemplo, são também oportunidades de identificação de riscos mais evidentes.

Mas é importante garantir espaços mais reservados para a escuta e a identificação de riscos e de vulnerabilidades individualmente. Tanto porque o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas (nem sempre o risco é facilmente reconhecível) quanto porque há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) intimida ou desrespeita os usuários. Por exemplo, um jovem com corrimento uretral, uma mulher com amenorreia, uma pessoa mais tímida ou retraída provavelmente reagirão de forma diferente na sala de espera e no consultório.

A estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na Atenção Básica, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento após a primeira escuta, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção imediata se faz necessária. Por outro lado, é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado. E a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades podem ser bastante úteis nesse sentido.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 85/359



Mas não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas, e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado – pois é um momento em que o usuário está buscando ajuda e, em geral, está mais aberto e com a intenção de criar algum diálogo com a equipe de saúde. Por exemplo, uma criança desnutrida que não é levada às consultas de puericultura há oito meses, um homem de 50 anos que vai a um serviço de saúde pela primeira vez depois de muitos anos, uma mulher em idade fértil (sem realizar Papanicolau há quatro anos) que trabalha como diarista (sem carteira assinada) e cuida sozinha de três filhos menores de idade; se eles procuram a unidade com um problema clinicamente simples e de baixo risco, esse momento é oportuno também para ofertar ou programar outras possibilidades de cuidado.

Em alguns casos, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar os casos atendidos, considerando o risco e a vulnerabilidade. No entanto pode haver dificuldades na estratificação, seja de cunho técnico, seja em termos da aceitação/suporte pelos colegas de trabalho. Por isso, é importante que a(s) equipe(s) discuta(m), que haja troca de conhecimentos, que sejam pactuados critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento e o acolhimento das situações de vulnerabilidade (que, muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado).

Tem sido cada vez mais comum, principalmente nos serviços de urgência-emergência, a adoção de protocolos de estratificação de risco. A utilização de tais protocolos, e de suas respectivas escalas, tem impacto importante na qualidade do acesso destes serviços.

De forma geral, esses protocolos tentam fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade, o que, consequentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridade, podem levar à morte, como, por exemplo, a crise anafilática.

Estes protocolos podem ser uma referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata da Atenção Básica. A natureza da Atenção Básica – na qual os princípios de vinculação, longitudinalidade, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais – exige, de forma bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e sobre vulnerabilidades. Destacamos algumas questões concretas que diferenciam a Atenção Básica dos outros pontos em relação ao uso de protocolos de estratificação de risco:

– A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos) pode requerer intervenções no mesmo dia, agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo.

– Pode haver necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção(ões). Por exemplo, uma criança com febre de 38,5 graus e dispneia leve e com dificuldade de acompanhar a escola, pode receber os primeiros cuidados pelo enfermeiro antes de ser avaliada pelo médico (combinando previamente) e ainda ter sua continuidade de cuidado garantida para verificação da dificuldade escolar em momento posterior.

– Ainda, há situações não previstas, como um dia em que a quantidade de atendimentos está abaixo do esperado e os profissionais podem preferir atender pessoas que, em outros momentos de maior demanda, seriam agendadas para atendimento posterior. Isso otimiza a agenda, responde mais rapidamente às necessidades e pode aumentar a vinculação.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 86/359



Como já dissemos, em qualquer situação, a vulnerabilidade deve ser considerada, com o cuidado de perceber o momento de intervir nessa necessidade (se houver alto risco de vida, a prioridade é a preservação da vida).

Escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia. Em outras palavras, a avaliação de risco e vulnerabilidade deve ser preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Isso contribui para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários.

O adoecer tem diferentes significados para cada usuário. A manifestação do sofrimento também varia de usuário para usuário, pois apresentam diferentes capacidades de lidar com os problemas (físicos, mentais, sociais). Acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo. É preciso manter os sentidos atentos, olhar também os sinais não verbais, para captar, o que se apresenta para além da demanda referida. Um usuário agitado que agora se mostra apático desproporcionalmente ao sintoma que se refere, ou uma pessoa com cefaleia frequente que esconde um caso de violência domiciliar são exemplos do que um olhar atento e acolhedor pode captar.

Enfim, ao atentar para a vulnerabilidade, é importante também considerar se é um momento oportuno de intervenção (p. ex., percepção de situações de violência ou negligência, baixa adesão etc.), se é um problema de magnitude no território etc.

Vale destacar a importância de um bom registro das informações de atendimento, e a utilização dessas informações para perceber mudanças de padrões/frequência do usuário na demanda espontânea, seja em âmbito individual ou coletivo. É fundamental o registro adequado em prontuário e atenção na notificação das doenças previstas na legislação.

Além da notificação compulsória das doenças, o acolhimento às demandas espontâneas é uma excelente oportunidade para integrar a atenção individual à atenção coletiva, em especial nas atividades de vigilância em saúde. A demanda livre é potencialmente sensível para a captação de agravos e de necessidades. O rastreamento de sintomáticos respiratórios (suspeita de tuberculose pulmonar) e a busca de seus comunicantes, a abordagem sindrômica de portadores de DSTs, acompanhada do aconselhamento sobre o sexo seguro, o reconhecimento de situações suspeitas ou confirmadas de violência, o atendimento dos casos suspeitos de dengue, que desencadeia a busca ativa de criadouros do mosquito transmissor e de outros casos suspeitos, são exemplos das possibilidades da integração entre ações de educação, cuidado e monitoramento do território na Atenção Básica. Todos os espaços da UBS que recebem a demanda espontânea podem contribuir com a vigilância em nível local. Dessa forma, os cuidados dispensados na sala de curativo podem revelar situações de risco presentes no território, como, por exemplo, na notificação de acidentes de trabalho, que possibilitam, além da orientação de direitos trabalhistas, inserir a questão da saúde dos trabalhadores no planejamento das ações da UBS.

Considerando todos os aspectos e peculiaridades da Atenção Básica apresentados acima, sugerimos, em seguida, uma classificação geral e sintética dos casos de demanda espontânea, onde se correlaciona a avaliação de risco e vulnerabilidades aos modos de intervenção necessários.

Em relação à definição de intervenções segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidades), sugere-se classificá-las em "Não Agudo" (intervenções programadas) e "Agudo" (atendimento imediato, prioritário ou no dia).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 87/359



A exemplo do que é feito nos protocolos de classificação de risco utilizados nos serviços de urgência, as situações não aguda e os três tipos de atendimento de situações agudas ou crônicas agudizadas, para fins de visualização e comunicação, foram representados por cores como apresentado abaixo.

As classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário. Espera-se que essa sugestão auxilie as equipes a formatarem seu processo de atenção à demanda espontânea.

CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPOTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

**Situação não aguda**

**Condutas possíveis:**

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).
- Agendamento/programação de intervenções.
- Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

**Situação aguda ou crônica agudizada**

**Condutas possíveis:**

- **Atendimento imediato (alto risco de vida):** necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratoria, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
- **Atendimento prioritário (risco moderado):** necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
- **Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):** situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

## 1.2 TRABALHO EM EQUIPE

Conforme colocado no primeiro volume, a atenção à demanda espontânea faz parte das atribuições de todos os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde. Por isso, é importante que os profissionais se reúnam com regularidade para tratar da organização e avaliação do processo de acolhimento e de atendimento à demanda espontânea. Nesse momento de reflexão é oportuno que a equipe defina a modelagem que a UBS vai utilizar para essa tarefa, quais instrumentos de trabalho vai utilizar e qual será o papel de cada profissional nas diversas etapas do cuidado.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 88/359



Este Caderno propõe o uso da classificação de risco e a avaliação de vulnerabilidade como ferramentas geradoras de equidade e de boa prática clínica, para isso é importante que a equipe discuta o papel de cada membro em relação a esses instrumentos, de forma que seja possível um ganho potencial das intervenções das diferentes categorias profissionais no cuidado à demanda espontânea.

Vale ressaltar que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem tanto certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, quanto flexibilidade nessa organização e solidariedade entre os membros da equipe. Essas situações são enorme fonte de aprendizado e construção da equipe, no esforço de compreendê-las e aperfeiçoar a intervenção sobre elas.

É importante que a UBS conte com o apoio da comunidade, por meio dos conselhos locais, para adoção compartilhada dessas ferramentas e ainda trabalhe em parceria com os serviços de remoção e referência aos quais esteja vinculada, a fim de efetivar a rede de atenção à saúde dos usuários de sua área adscrita, consolidando seu papel de porta de entrada preferencial nesta rede.

## 1.3 O PAPEL DA PRIMEIRA ESCUTA DO USUÁRIO NO PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O principal papel do profissional que faz a primeira escuta na classificação de risco é organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade.

No primeiro contato e na primeira avaliação, os pacientes devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades.

Faz parte do processo de trabalho da equipe "na primeira escuta do usuário":

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos.
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados.
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas.
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado.
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo).
- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB) devem ser envolvidos no processo de primeira escuta não somente no que diz respeito ao núcleo da odontologia. Os demais profissionais da Atenção Básica, quando no espaço de escuta, devem estar atentos também às necessidades de saúde bucal do usuário e ter ciência tanto da classificação de risco das urgências odontológicas, quanto do fluxo de encaminhamento desse usuário para a equipe de retaguarda para necessidades odontológicas. A partir daí, a ESB faz a escuta mais específica do usuário, discute seu plano terapêutico, faz os encaminhamentos, se necessário, para os serviços especializados e garante o acesso para a continuidade de seu cuidado na UBS. Enquanto parte essencial da Atenção Básica, a ESB compartilha ações de seu núcleo nas reuniões, avaliações e educação permanente da equipe.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 89/359



As equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) deverão dar apoio matricial às equipes de atenção básica a que estão vinculadas, tanto na educação permanente de abordagem e no manejo dos casos, na consolidação de um processo de trabalho que acolha as demandas espontâneas, no cuidado das pessoas, como auxiliando na constituição da rede de atenção à saúde relacionada àquela unidade, apoiando a articulação com os serviços de referência, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

Outras estratégias de apoio e educação permanente são fundamentais no aperfeiçoamento do acolhimento de uma UBS. Transformar as situações do cotidiano como fonte de demandas pedagógicas para as equipes ajuda a aumentar a resolutividade e é bastante mobilizador. Dentro da própria rede é possível encontrar pessoas dispostas a dividir seus conhecimentos, sejam para a abordagem clínica dos casos ou nos fluxos da rede.

## 1.4 SUGESTÃO DE FLUXO DOS USUÁRIOS NA UBS

O fluxograma a seguir busca representar um padrão de fluxo dos usuários nas UBS, partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato da equipe com o usuário. Nas situações em que avaliação e definição de oferta(s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde, seja esta oferta um agendamento, uma orientação ou uma intervenção. Em parte dos serviços, há um espaço físico especificamente para essa escuta – a sala de acolhimento. Porém, como acolhimento é um espaço-momento de encontro para o reconhecimento de necessidades, ele acontece com ou sem sala específica, em vários lugares e tempos.

Como todo padrão, ainda que se aplique a grande número de situações, não pode ser tomado em caráter absoluto, sob pena de gerar problemas decorrentes da falta de mediação e ajuste entre um padrão recomendado e uma realidade com características singulares. O mais importante, neste desenho, não é a definição da ordem e do local onde cada ação deve ser realizada, mas a lógica do mesmo que, sinteticamente, supõe:

1. Que usuários com atividades agendadas (consultas, grupos, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção.
2. Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisar a demanda (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.
3. Que a equipe de atenção básica atue em constante contato com a população e o território adscrito, não ficando restritas à estrutura física da UBS. Algumas necessidades de saúde se manifestam na relação com o coletivo, nas visitas domiciliares, na dinâmica do território. Essas necessidades, acolhidas no território, podem ser bastante suscetíveis a ações, com destaque para as intersetoriais. Por exemplo, uma mãe negligente com filhos menores de idade, que a população solicita a intervenção da equipe por acreditar que eles estão em risco.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 90/359



É importante lembrar, ainda, que alguns fatores podem exigir ajustes no fluxograma. Por exemplo, o número de equipes de atenção básica da unidade que, quando pequeno (uma ou duas equipes), provavelmente fará com que algum membro da própria equipe de referência do usuário realize a escuta e, possivelmente, algumas intervenções, abreviando o fluxo do usuário na unidade. O mesmo pode ocorrer em UBS com maior número de equipes que se organizam por meio da modelagem "acolhimento por equipe". A estrutura física da UBS também pode interferir no fluxo.

Outro aspecto importante que merece ser destacado é que, em algumas situações, a própria pessoa que realiza a escuta pode ser a responsável por realizar intervenções (em maior ou menor grau). Por exemplo, se uma usuária se refere a atraso menstrual ou tosse (sem sinais de gravidade) há mais de três semanas e se a escuta e avaliação está sendo realizada por um enfermeiro, por exemplo, já se pode avaliar a possibilidade de solicitação de teste de gravidez e exame de escarro, respectivamente, considerando os protocolos locais ou aqueles recomendados pelo Ministério da Saúde.

Em todos esses casos, fica evidente a preocupação de não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. Lembrando que, na Atenção Básica, os usuários geralmente são conhecidos ou estão próximos (por morarem perto ou serem adscritos à UBS) e que o efetivo trabalho em equipe produz relações solidárias e complementares entre os profissionais (enriquecendo-os individualmente e ao conjunto da equipe), gerando, assim, mais segurança e proteção para os usuários.

No que se refere à definição de intervenções, segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade), em "Não Agudo" (intervenções programadas) e "Agudo" (atendimento imediato, prioritário ou no dia), o que se pretende é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, materializando, aqui, o princípio da equidade.

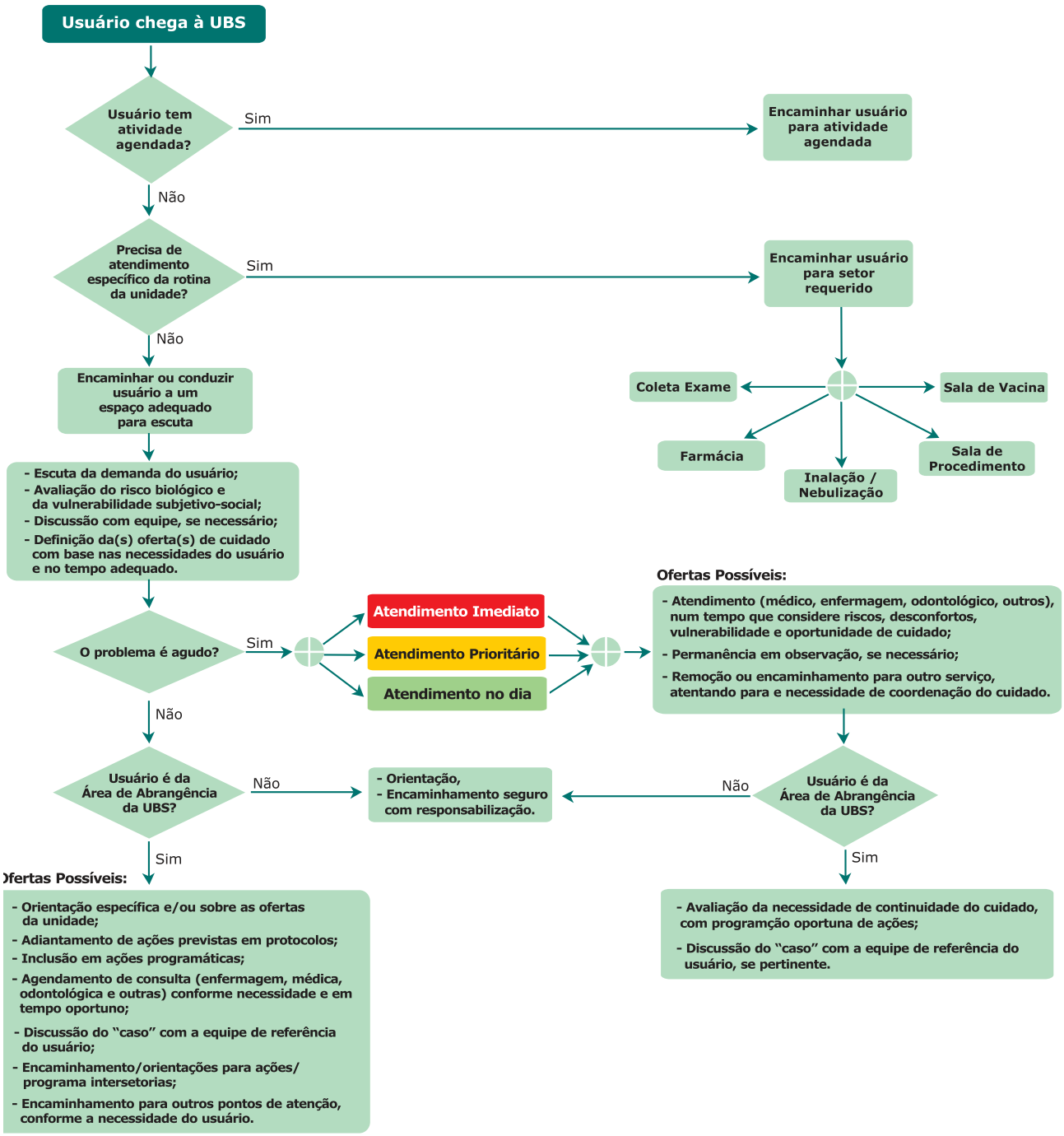
Em síntese, este fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e de organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 1 – Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# QUEIXAS COMUNS NO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS

# 2

## 2.1 ANAFILAXIA

Este item tem o objetivo de abordar o diagnóstico e o tratamento das reações anafiláticas para as equipes de atenção primária. Saber manejar as reações anafiláticas é de extrema importância, pois são emergências tratáveis que, se não cuidadas, ameaçam a vida.

### Conceitos

Existem cinco tipos de reações alérgicas. A anafilaxia é a reação imediata ou do tipo I, mediada pela imunoglobulina E (Ig E). Além das anafilaxias, existem também as reações anafilactoides, que não são mediadas pela IgE, porém também desencadeiam reações imunes, pela via dos mastócitos e basófilos. Neste capítulo vamos nos ater às anafilaxias e às reações anafilactoides por serem as mais graves e de instalação mais rápida, e que demandam maior atenção de quem prestará o primeiro atendimento.

As reações anafiláticas são causadas na maioria das vezes por alimentos, picadas de insetos ou contato com outros animais e por drogas (medicações), sendo estas as mais prevalentes.

Pessoas com antecedente anterior de reações alérgicas são mais propensas a novos episódios, assim como pacientes com asma. Abaixo exemplificamos alguns fatores desencadeantes de reações anafiláticas.

- Alimentos: bananas, frutas cítricas, chá de camomila, leite de vaca, ovos, peixes e crustáceos, amêndoas, entre outros.
- Animais: insetos (abelhas, formigas), água-viva e serpentes, entre outros.
- Medicações: AAS, anti-inflamatórios não hormonais, antibióticos (amoxacilina, penicilina,analgésicos e relaxantes musculares).
- Outras causas: látex, contrastes radiográficos, fatores físicos (exercícios, baixas temperaturas).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 94/359



## Quadro clínico

As reações anafiláticas possuem manifestações clínicas mistas, incluindo uma série de sinais e sintomas, entre eles:

- Sintomas respiratórios (dispneia, edema laríngeo, broncoespasmo).
- Sintomas cardiovasculares (hipotensão, tontura, arritmias).
- Sintomas dermatológicos (urticária, prurido, angioedema).
- Sintomas gastrointestinais (vômito, náusea, cólica, dor abdominal).

Esses sintomas variam de leves a graves, podem evoluir rapidamente para quadros muito graves e, se não tratados velozmente, podem evoluir para a morte. Assim o tratamento deve ser iniciado imediatamente, não havendo necessidade de aguardar a confirmação diagnóstica para seu início.

Geralmente os sintomas iniciam logo após o contato com a substância, levando alguns segundos a minutos. Quando a anafilaxia é desencadeada por substâncias orais ou o início da reação demora mais de 30 minutos, as reações anafiláticas podem ser mais demoradas ou recidivadas. Quando a história de contato com as substâncias for clara, o diagnóstico é obvio, porém quando isso não acontece o diagnóstico diferencial deve ser feito.

A anamnese deve ser sucinta e direcionada, passando por um exame clínico focado em busca de sinais claros de reação anafilática (urticária, angioedema, picada de inseto). Assim que a hipótese diagnóstica for feita, o tratamento deve ser imediato.

## Diagnósticos diferenciais

Devemos incluir nesses diagnósticos: hipotensão (ex.: choque, reação vasovagal), síncope, infarto agudo do miocárdio, obstrução de via aérea por corpo estranho, espasmo laríngeo, intoxicação aguda, pânico, entre outros.

## Tratamento

A reação anafilática é sempre uma condição de absoluta emergência, o Serviço Móvel de Urgência deve ser acionado imediatamente. O objetivo do tratamento é a manutenção da oxigenação e a perfusão de órgãos vitais. A adrenalina é a droga de escolha e deve ser imediatamente administrada.

A epinefrina é administrada em solução aquosa a 1:1.000, dose para adultos é de 0,3ml-0,5ml por via intramuscular ou subcutânea, essa dose pode ser repetida a cada 15 minutos, de duas a três vezes. Para crianças, a dose é 0,01mg/kg. A via intramuscular tem ação mais rápida que a subcutânea.

O paciente deve ser colocado em posição de Trendelenburg e, se a hipotensão estiver presente, deve-se fazer a infusão rápida de solução fisiológica. Considerar o uso de salbutamol (5mg/ml aerosol, 2mg-4mg VO de 6h/6h), bromidato de fenoterol (até 1 gota para cada 3 quilos em crianças, máximo de 8 gotas, adultos 8 a 10 gotas) ou terbutalina (0,5mg-1mg/inalação de 6h/6h , 2,5mg-5 mgVO de 6h/6h), se ocorrer broncoespasmo.

O uso de corticoides orais ou venosos e anti-histamínicos é útil apenas para evitar uma evolução arrastada e não é útil para a fase aguda. Atenção especial deve ser dada a pacientes que usam betabloqueadores, pois são mais suscetíveis às reações anafiláticas e a epinefrina pode ter efeito limitado nesse paciente.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Angioedema e urticária

Muitas vezes as reações alérgicas afetam apenas um sistema, com apresentação clínica relacionada apenas a alterações dermatológicas, por exemplo, a urticária e o angioedema. Na urticária ocorre o comprometimento somente da epiderme e da mucosa; já no angioedema, o comprometimento é mais profundo, da derme e da submucosa. Ambos podem ser agudos ou crônicos (> que seis semanas).

O diagnóstico é clínico, não havendo necessidade de solicitação de exames em um primeiro momento, dependendo da história clínica (duração dos sintomas, antecedente familiar, comorbidades, picadas, uso de medicações novas recentes/aumento de dose). Pode-se, na investigação posterior ao episódio agudo, solicitar exames para o esclarecimento dos subtipos clínicos. A urticária/angioedema geralmente é autolimitada e o tratamento sintomático é suficiente. Porém, a orientação de afastamento das causas da reação alérgica quando possível deve sempre ser realizada.

As lesões da urticária são polimórficas e podem ocorrer em qualquer lugar do corpo; o angioedema pode ser caracterizado por uma região edemaciada bem definida sem outros sintomas, como prurido, e em geral atinge face, mãos, genitais e mais raramente órgãos abdominais. O diagnóstico diferencial das lesões pode ser: corporis, ptiríase, granuloma anular, hansen, lúpus eritematoso subcutâneo, entre outros.

As medicações comumente usadas são anti-histaminicos (loratadina, prometazina e dexclorferinamina), corticoides orais (predinisona, predinisolona) por curtos períodos de tempo (três dias) e, nos casos mais graves, epinefrina (edema de glote). Lembrar que as doses devem ser adequadas para a idade e peso dos pacientes. O tratamento do edema de glote muitas vezes exige que o médico esteja apto para realizar a cricostomia.

## Prevenção e acompanhamento

Após um primeiro episódio de anafilaxia, o paciente deve ser instruído sobre as características desse tipo de reação alérgica e, principalmente, receber orientações sobre condutas, incluindo orientação, se possível, para a automedicação de epinefrina. Caso o paciente seja uma criança, sua família e a escola também devem receber orientação e treinamento para ações caso ocorra novo episódio de reação anafilática. A prescrição de betabloqueadores para esses pacientes deve ser evitada.

É essencial que o paciente saiba qual é o agente gatilho da reação anafilática para evitar a recorrência do contato e seja orientado a andar com um "bracelete" ou "cartão" (na carteira ou na bolsa), que explique o risco de uma reação anafilática caso haja exposição acidental a esses alérgenos.

Caso não seja possível a identificação do agente gatilho, pode-se encaminhar o paciente para um alergista, que, além de elucidar o agente causal, pode fazer a terapia de dessensibilização do paciente, se necessário. Esta geralmente é feita para reações a picadas de insetos e a medicações (ex. antibióticos). Ainda não há métodos para dessensibilização a alimentos.



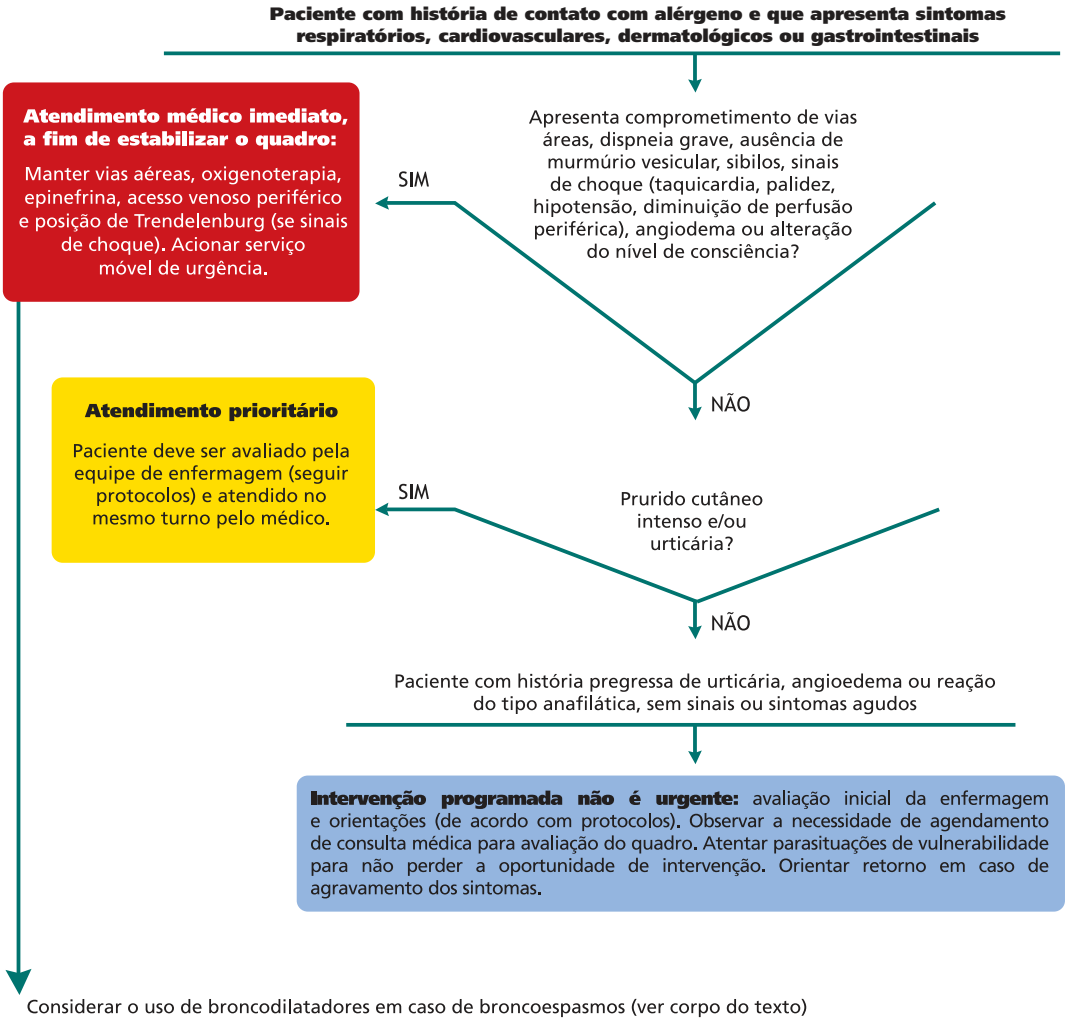
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 96/359



Figura 2 – Fluxograma de atendimento por classificação de risco/vulnerabilidade aos casos de reação anafilática




| Droga | Dose criança | Dose adultos |
|---|---|---|
| Epinefrina 1:1.000 (1mg/ml) | 0,01mg/kg/dia IM | 0,3ml-0,5ml IM ou SC até 3 doses a cada 15 minutos |
| Prometazina injetável 25mg/ml (pode ser repetida em 2 horas, se necessário) | Não deve ser usado em menores de 2 anos<br>5 a 10 anos: 6,25mg a 12,5mg IM<br>Dose máxima 0,5mg/kg/dose | 25mg IM |
| Loratadina (10mg/cp ou xarope com 1mg/ml) | Não deve ser usado em menores de 2 anos<br>2 a 6 anos 5mg<br>Maiores de 6 anos 10mg/dia | 10mg/dia |
| Prednisona 05mg/cp e 20mg/cp | 0,1mg a 2mg/dia VO | 0,5mg/kg<br>(máximo de 60mg/dia) VO |

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 97/359



## 2.2 CEFALEIA

A cefaleia é um dos sintomas mais frequentes atendidos pelas equipes da atenção primária.

Dentro do universo das cefaleias, aqui implicando mais ou menos 156 tipos e subtipos diferentes, dois grandes grupos são encontrados: as cefaleias primárias e as secundárias. A causa mais comum é a do tipo primária, principalmente a cefaleia tensional, responsável pela maioria dos casos, seguida pelas cefaleias tipo migrânea (enxaqueca) e as causadas por infecções sistêmicas agudas, tais como a gripe. Em menos de 1% dos casos a cefaleia está associada a doenças intracranianas graves como tumores ou infecções cerebrais.

Este capítulo tem como objetivo principal abordar a conduta inicial a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde frente a casos agudos de cefaleia mais comuns, evidenciando as principais causas e formas de tratamento, possibilitando a identificação de casos que precisam ser encaminhados para atenção secundária ou terciária.

### Conceitos

#### Cefaleia tipo tensional

De acordo com a classificação de cefaleias da International Headache Society, a cefaleia tipo tensional é caracterizada como uma dor de qualidade não pulsátil, em aperto ou pressão, geralmente bilateral, de intensidade leve a moderada e que não piora com atividade física rotineira. A dor pode durar minutos, horas ou permanecer constante durante dias. A presença de sintomas associados à dor, tais como fotofobia, náuseas e vômitos, é rara. Não é associada a sintomas premonitórios ou aura.

#### Migrânea (enxaqueca)

De acordo com a classificação de cefaleias da International Headache Society, os principais tipos de migrânea são a sem aura e a com aura. A primeira é conhecida como a enxaqueca comum, em que a dor costuma apresentar duração, características e fenômenos associados típicos, porém não é acompanhada de sintomas ou sinais neurológicos focais transitórios, como ocorre na migrânea com aura.

A crise migranosa divide-se em quatro fases: fase premonitória, aura, cefaleia e fase de resolução. Essas fases não estão necessariamente presentes em todos os casos.

Os sintomas premonitórios ocorrem até 48 horas antes da crise em 60% dos pacientes. Os sintomas mais comuns são: alteração do humor, irritabilidade, hiperatividade, sonolência, dificuldade de concentração, bocejar excessivo, hiperosmia, foto e fonofobia, diarreia ou constipação, sede, poliúria, retenção de fluidos, anorexia e apetência por alimentos específicos.

Na migrânea com aura, estão presentes os sintomas neurológicos focais que se instalam de forma gradual, geralmente em 5 a 20 minutos, durando 60 minutos ou menos, ocorrendo, na maioria das vezes, antes da fase de dor. Os sintomas mais comuns são os fenômenos visuais positivos (cintilações, linhas em zigue-zague) e ou negativos (estocomas), seguidos por hemiparestesias e por disfasia.

A cefaleia geralmente é de localização unilateral, de intensidade moderada a forte, de caráter pulsátil e que piora com as atividades físicas rotineiras. Pode ter início em qualquer momento do dia, estendendo-se por horas a dias.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 98/359



## Diagnóstico

### Anamnese

Na maioria dos casos de cefaleia, a história clínica é o principal fator para a elaboração do diagnóstico correto, complementada pelo exame físico. A seguir serão listados alguns elementos fundamentais a serem abordados em casos agudos de cefaleia:

TIPO DE CRISE: as cefaleias primárias tais como a migrânea e a tensional costumam ser cronicamente recorrentes, seguindo sempre um mesmo padrão nos episódios de exarcebação.

Uma mudança nesse padrão deve alertar a possibilidade de alguma patologia estrutural intracraniana subjacente.

LOCALIZAÇÃO: a cefaleia tipo tensional é habitualmente generalizada, descrita na maioria dos casos como uma dor em aperto ou "como uma faixa em torno da cabeça". Na migrânea é mais comum a dor unilateral, como já descrito anteriormente.

INTENSIDADE DA DOR: é importante na classificação do tipo de cefaleia e, por isso, para o tratamento mais adequado. Para classificar a intensidade da dor, podem ser utilizadas diversas escalas consagradas, tais como:

– Escala de expressão facial: usada principalmente para crianças, pessoas com baixo nível de escolaridade ou com baixa capacidade cognitiva. Por meio de uma escala de expressões faciais, a pessoa escolhe a que mais a representa naquele momento, confome figura abaixo:

Figura 3 – Escala de expressão facial e sua representação numérica




Fonte: (SAKATA, 2008).

– Escala numérica: é a mais utilizada, quando o médico assistente pergunta ao paciente, numa escala de 0 a 10, significando zero ausência de dor e 10, dor incapacitante. Essa escala também pode ser utilizada para o acompanhamento de pacientes com quadros álgicos crônicos.

MODIFICAÇÃO COM ATIVIDADES ROTINEIRAS: dor da migrânea costuma ser pulsátil e piorar com atividade física rotineira, enquanto a cefaleia tipo tensional não piora, na maioria dos casos.

HORÁRIO DE INÍCIO: as crises de migrânea podem ocorrer em qualquer hora do dia, mas ocorrem mais no início da manhã ou pela madrugada, acordando o paciente. Já a crise de cefaleia tensional tem início no período da tarde, durando até a noite, sem acordar o paciente.

FENÔMENOS ASSOCIADOS: podem estar presentes fatores associados ao desencadeamento da crise de migrânea, tais como: estresse, insônia ou hipersonia, estímulos sensoriais, ingestão de alimentos gordurosos, menstruação e esforço físico. No caso da cefaleia tipo tensional, o estresse pode estar associado.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 99/359



SINTOMAS ASSOCIADOS: nas crises de migrânea, é muito comum encontrar náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia. Caso ocorram vômitos em jato, sem náuseas, pode ser um caso de hipertensão intracraniana qualquer que seja a etiologia. Nos processos infecciosos do sistema nervoso central, temos náuseas, vômitos, fotofobia e irritabilidade.

FATORES DE MELHORA: na migrânea e nas cefaleias que têm como mecanismo fisiopatogênico uma dilatação das artérias cranianas, todos os procedimentos que diminuem o aporte de sangue para o segmento cefálico (escalda-pés, compressão digital da artéria carótida externa ou da temporal superficial, aposição de gelo no local da dor) melhoram a intensidade da dor.

FATORES DE PIORA: a dor da migrânea acentua-se com os esforços físicos, o balanceio brusco da cabeça, o pisar forte, bem como com quaisquer procedimentos que aumentem o fluxo sanguíneo cerebral, o que acontece também nas cefaleias que têm como causa um aumento da pressão intracraniana.

INFLUÊNCIA HORMONAL: nas pacientes do sexo feminino, as crises de migrânea habitualmentese iniciam na puberdade, só ocorrem ou são mais intensas nas fases menstruais, podem se agravar com o uso de anticoncepcionais orais e de reposição hormonal e melhoram ou mesmo desaparecem com a gravidez.

ANTECEDENTES PESSOAIS: na migrânea encontra-se história pregressa de vômitos cíclicos quando criança, vertigem paroxística benigna e enjoo de viagem. Crises convulsivas, principalmente se ocorrendo durante esforço físico ou cefaleias abruptas mal diagnosticadas, sugerem a presença de uma malformação vascular intracraniana. A existência de traumas cranianos, da coluna cervical ou do pescoço é a chave para o diagnóstico das várias formas clínicas das cefaleias pós-traumáticas. Antecedentes de infecção sinusal ou do ouvido podem levar à suspeição de uma tromboflebite de veias ou seios venosos encefálicos ou de abscesso cerebral. Por fim, os hábitos de vida, alimentares e higiênico-dietéticos devem ser pesquisados, pois podem permitir o correto diagnóstico.

ANTECEDENTES FAMILIARES: a história familiar de cefaleia é referida por cerca de 70% dos casos de migrânea, percentual que chega a 100% quando se trata de migrânea hemiplégica familiar.

## Exame físico

O exame físico no caso de cefaleias agudas é importante para detectar ou excluir anormalidades estruturais. As respostas fisiológicas da dor podem apresentar-se no exame físico e permitir direcionar o diagnóstico e avaliar a real intensidade da dor. Assim, deve-se avaliar: pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, dilatação da pupila, lacrimejamento, sudorese, além do próprio exame neurológico, que é de fundamental importância para a detecção de patologias intracranianas.

Na atenção primária é necessário fazer o exame neurológico, com a priorização da realização de um exame de fundo de olho, pesquisa de rigidez de nuca e um exame da integridade dos pares cranianos e dos sistemas motor e sensorial. Qualquer anormalidade encontrada deve ser referida para avaliação da neurologia.

## Diagnóstico diferencial

Mesmo sendo as cefaleias tensional e migrânea as mais incidentes no atendimento da demanda espontânea na APS, o médico assistente deve estar atento a outros diagnósticos que se apresentam com quadros cefaleicos agudos, alguns deles graves. Entre os quais podemos citar:



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 100/359



Quadro 1 – Sinais de alerta do paciente com queixa de cefaleia

| Sinais e sintomasde alerta | Possíveis causas |
|---|---|
| Início abrupto de forte intensidade. | Hemorragia subaracnoide por ruptura de aneurisma ou malformação arteriovenosa (MAV) ou hematoma intracerebral. |
| Aumento da frequência e da intensidade das crises de dor de forma subaguda (semanas a meses). Mudança do padrão das crises, cefaleia diária desde a sua instalação. | Processo expansivo intracraniano e/ou hidrocefalia. |
| Febre, rigidez de nuca, convulsões. | Meningite, encefalite. |
| Convulsões, dor hemicraniana, sempre ocorrendo no mesmo lado da cabeça. | MAV ou processo expansivo intracraniano. |
| Sinais e sintomas de disfunção endocrinológica. | Adenoma de hipófise. |
| Surgimento de cefaleia após os 50 anos. | Neoplasia sistêmica/SNC, arterite de células gigantes – arterite temporal. |
| Anormalidades identificadas no exame físico neurológico (difusas ou focais). | Quaisquer das possíveis causas acima. |

Fonte: (FERNANDES; KOWACS apud DUNCAN, 2004).

- Cefaleia em salvas: apresenta-se com paroxismo agudo, unilateral e em salvas (repete de duas a seis vezes ao dia); intensidade lancinante; crises que duram em média 30 minutos; localizada geralmente na região periorbitária ou retro-orbitária ou temporal anterior; associada a rubor, sudorese facial, lacrimejamento unilateral, congestão nasal, congestão ocular, rinorreia unilateral. Geralmente acomete homens de 30 a 60 anos. Pode ser desencadeada por uso de álcool e nitratos e pode acordar o paciente.

- Hipertensão intracraniana: causada por AVC, arterites, hematomas ou hemorragias subaracnoides, crise hipertensiva ou piora aguda da hipertensão arterial em tratamento, entre outras causas. É de intensidade variável e pode ser descrita como cefaleia em opressão ou pulsátil; contínua e persistente. O paciente deve ser encaminhado para o serviço de urgência.

- Tumoral: geralmente a dor é constante e tem piora progressiva, acompanhada de sinais focais progressivos, que se traduzem por alteração durante o exame neurológico; a dor pode ser pulsátil ou surda. O paciente deve ser encaminhado para o serviço de urgência.

- Meningite ou meningismo por trauma ou hemorragia: a cefaleia apresenta-se de forma intensa, universal e acompanhada por sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca, sinal de Brudzinski positivo, sinal de Kerning positivo), febre e sinais de toxemia, nos casos de meningite infecciosa (vírus e bactérias). À suspeição de meningite, a equipe de saúde da APS deve encaminhar o paciente para o serviço de urgência imediatamente, tomando algumas providências:
  - Fornecer máscara ao paciente e deixá-lo em uma sala ou consultório isolado do contato com outros pacientes. Deve-se proceder à desinfecção concorrente em relação às secreções nasofaríngeas e aos objetos contaminados por elas.
  - Os profissionais que tiverem maior contato (menos de 1 metro) com o paciente também devem usar máscara.
  - Ligar para serviço de remoção (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu) para o encaminhamento do paciente e para a vigilância epidemiológica do município.
  - Após a transferência e admissão do paciente, entrar em contato com o hospital de referência para informar-se da confirmação (ou não) do caso. Caso haja confirmação de caso de meningite bacteriana, devem-se adotar medidas de controle eficazes para casos secundários.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 101/359



- Está indicada a quimioprofilaxia para os contatos íntimos* de casos de doença meningocócica e meningite por Haemophilus influenzae. A droga de escolha é a rifampicina, devendo ser administrada para os contatos íntimos, no prazo de 48 horas da exposição à fonte de infecção.

**Contato íntimo: moradores do mesmo domicílio, indivíduos que compartilham o mesmo dormitório, comunicantes de creches e pessoas diretamente expostas às secreções do paciente. A quimioprofilaxia não está indicada para pessoal médico ou de enfermagem que tenha atendido pacientes com meningites bacterianas, a menos que tenha havido exposição às secreções respiratórias durante procedimentos como respiração boca a boca e/ou entubação.*

Quadro 2 – Esquema de rifampicina indicado por etiologia

| Agente etiológico | Dose | Intervalo | Duração |
|---|---|---|---|
| Neisseria meningitidi | Adultos – 600mg/dose | 12h/12h | dois dias |
| | Crianças > 1 mês até 10 anos – 10mg/kg/dose | 12h/12h (dose máxima de 600mg) | dois dias |
| | < 1 mês – 5mg/kg/dose | 12h/12h (dose máxima de 600mg) | dois dias |
| **Agente Etiológico** | **Dose** | **Intervalo** | **Duração** |
| Haemophilus influenzae | Adultos – 600mg/dose | 24h/24h | quatro dias |
| | Crianças > 1 mês até 10 anos – 20mg/kg/dose | 24h/24h (dose máxima de 600mg) | quatro dias |
| | Crianças > 1 mês até 10 anos – 20mg/kg/dose | 24h/24h (dose máxima de 600mg) | quatro dias |

Fonte: (BRASIL, 2005).

Obs.: criança com o esquema vacinal completo contra Haemophilus influenzae tipo B não precisa receber quimioprofilaxia, exceto nos casos de ser imunocomprometida.

- **Notificação:** a meningite faz parte da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, de acordo com a Portaria MS/GM nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003. É de responsabilidade do serviço de saúde notificar todo caso suspeito às autoridades municipais de saúde, que deverão providenciar, de forma imediata, a investigação epidemiológica e avaliar a necessidade de adoção das medidas de controle pertinentes.

– Sinusite: as sinusopatias causam cefaleias com diversas características, dependendo do seio sinusoidal acometido. A mais comum é a sinusopatia frontal, caracterizada por dor intensa frontal e retro-orbitária, com sensação de pressão ou latejante que piora com a movimentação da cabeça. Esses casos devem ser tratados na própria UBS e somente serem encaminhados se houver sinais de celulite periorbitária.

### Tratamento das crises agudas de cefaleia

### Recomendações Gerais

1. O tratamento da crise de cefaleia começa com medidas gerais, tais como: evitar, quando possível, fatores referidos pelos pacientes como desencadeantes de suas crises; tratar de doenças concomitantes, particularmente hipertensão arterial e depressão do humor; aconselhar atividades físicas moderadas; regular o padrão de sono.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 102/359



2. A abordagem do paciente deve ser feita de forma compreensiva e individualizada, levando em consideração que existe uma variabilidade de paciente para paciente e de crise para crise.
3. Deve ser dada ênfase na educação e orientação do paciente e/ou familiares quanto à natureza do diagnóstico e ao automanejo da crise.
4. A utilização de um diário para o registro das crises deve ser encorajada, pois pode ser importante para o diagnóstico e também para o automonitoramento das crises.
5. Tratamentos não farmacológicos (acupuntura, técnicas de relaxamento, biofeedback, psicoterapia) e homeopatia também têm sido considerados, porém só algumas dessas técnicas têm evidência de sua eficiência.
6. No tratamento farmacológico, deve ser levado em consideração a eficácia, os efeitos adversos, a terapêutica prévia e as contraindicações, assim como a intensidade e frequência das crises, a presença de sintomas e sinais associados e o tempo necessário para que o medicamento atinja a eficácia máxima.

## Recomendações Específicas

## MIGRÂNEA SEM AURA

### Tratamento da crise leve

Nas crises fracas, é recomendado tentar repouso em quarto escuro, evitar barulho e, se possível, conciliar o sono. Medidas como o uso de bolsas de gelo e/ou compressão das artérias temporais podem ser úteis. Nas crises fracas, que não cedem com as medidas gerais, sugere-se o uso de analgésicos comuns (ácido acetilsalicílico, paracetamol, dipirona), anti-inflamatórios não esteroidais (naproxeno sódico, ibuprofeno, diclofenaco de sódio, ácido tolfenâmico e clonixinato de lisina).

Além disso, recomenda-se o uso de metoclopramida ou domperidona quando sintomas de náusea ou vômito estão associados. Essas drogas podem ser usadas 30 minutos antes dos medicamentos propostos para a dor, mesmo quando o paciente não apresenta náusea, para obter-se efeito gastrocinético ou mesmo impedir a progressão da crise. A presença de intensa sedação ou história prévia de distonia, ou outras manifestações extrapiramidais, deve contraindicar o uso de metoclopramida. Associações de fármacos, tão frequentemente encontradas no comércio, são desaconselhadas em virtude da somatória de possíveis efeitos colaterais e das doses inadequadas habitualmente encontradas nessas formulações.

A seguir, estão apresentadas as medicações mais usadas por via oral (Quadro 3).

### Tratamento da crise moderada

Nas crises moderadas, fora a possibilidade do emprego de analgésicos e anti-inflamatórios, podem ser recomendados derivados ergóticos (tartarato de ergotamina ou mesilato de dihidroergotamina) ou triptanos, salvaguardando as suas respectivas restrições de uso.

A escolha do triptano e sua via de administração deve levar em consideração peculiaridades da crise, tais como: total do tempo necessário para chegar ao auge da intensidade da dor e presença de náusea e/ou vômito. Exceto com o uso dos triptanos, o emprego de gastrocinéticos e antieméticos é sempre recomendado. O emprego de ergóticos deve ser o mais precoce possível, pois não tem



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

efeito quando tardiamente usados. Os triptanos, por outro lado, podem ser utilizados em qualquer momento da crise.

Na recorrência frequente da cefaleia após uso de triptano, é recomendada a associação com Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINES) (por exemplo, ácido tolfenâmico ou naproxeno sódico). Ver Quadro 4.

### Tratamento da crise forte

Nas crises fortes recomenda-se o uso de triptanos, indometacina ou clorpromazina. O uso de dexametasona ou de haloperidol pode também ser recomendado. Na vigência de recorrência da cefaleia, após uso de triptanos, deve-se associar AINES. Segue a relação das medicações utilizadas nas crises fortes (Quadro 5).

## MIGRÂNEA COM AURA

Antes do tratamento da migrânea com aura ser iniciado, dois pontos devem ser considerados:

1. Presença de fatores de risco para complicações vasculares (hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, dislipidemia, doença vascular periférica ou coronariana, uso de anticoncepcionais orais e tabagismo associado) deve ser levada em consideração no tratamento abortivo das crises de migrânea, especialmente naquelas de migrânea com aura.
2. Drogas vasoconstritoras, como os ergotamínicos, o isometepteno e os triptanos, devem ser evitadas em algumas subformas da migrânea com aura, como na migrânea basilar, na migrânea hemiplégica e na migrânea com aura prolongada. Sua utilização deve ser feita de forma judiciosa na presença dos fatores de risco supramencionados. Não há consenso sobre o tratamento da aura migranosa.

Na literatura médica, são relatados resultados efetivos com domperidona (20-40mg VO) na fase premonitória. A nifedipina, frequentemente referida na literatura, demonstrou ser ineficaz no tratamento da aura migranosa, causando até mesmo piora da cefaleia. O tratamento da fase álgica, que geralmente ocorre posteriormente à ocorrência da aura, é similar ao tratamento da migrânea sem aura.

### Acompanhamento e profilaxia

Naqueles casos em que se identificar que a migrânea é recorrente e leva a prejuízos na qualidade de vida das pessoas, deve-se pensar em fazer o acompanhamento ambulatorial, com consultas agendadas periodicamente, e iniciar a profilaxia das crises. Para isso, podem ser utilizadas drogas como o propranolol (40mg) ou amitriptilina (25mg), conforme avaliação médica.

## CEFALEIA TENSIONAL

### Tratamento da crise

Algumas crises leves de cefaleia tensional aliviam quando o paciente relaxa ou pratica algum exercício físico. As demais devem ser tratadas com analgésicos comuns ou anti-inflamatórios não esteroidais. Acombinação de paracetamol com cafeína (1.000mg + 130mg, respectivamente) e ibuprofeno comcafeína (400mg + 200mg, respectivamente) aumenta a eficácia das medicações.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 104/359



Quadro 3 – Analgésicos para o tratamento agudo das cefaleias de fraca intensidade

| Droga | Dose/Posologia |
|---|---|
| Ácido acetilsalicílico | 1.000mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia |
| Paracetamol | 500mg a 1.000mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 3g |
| Naproxeno sódico | 750mg a 1.250mg VO repetir 2h a 4h após s/n –- máximo/ dia1.650mg |
| Ibuprofeno | 600mg a 1.200mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 1.200mg |
| Diclofenaco de sódio | 50mg a 100mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 200mg |
| Dipirona | 500mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 2g |
| **Droga** | **Dose/Posologia** |
| Todos podem ser associados ou precedidos | Metoclopramida 10mg a 20mg VO ou domperidona 20mg VO |
| Outras opções | Isometepteno 65mg + cafeína 100mg +dipirona 300mg VO |

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2000).

Quadro 4 – Analgésicos para o tratamento agudo das cefaleias de moderada intensidade

| Droga | Dose/Posologia |
|---|---|
| Ácido acetilsalicílico* | 1.000mg VO repetir 2h a 4h após s/n máximo/dia 3g |
| Sumatriptano | 50mg a 100mg VO, 20mg IN repetir em caso de recorrência máximo dia 200mg |
| Naratriptano | 2,5mg VO repetir s/n – máximo/dia 5mg |
| Zolmitriptano | 2,5mg a 5mg VO repetir s/n – máximo/dia 7,5mg |
| Rizatriptano | 5mg a 10mg disco dispersível sobre língua s/n – máximo/dia 20mg |
| Triptanos | Em caso de recorrência frequente de cefaleia, associar ácido tolfenâmico 200mg ou naproxeno sódico 550mg VO |

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2000).

*associar metoclopramida parenteral na vigência de vômito.

Quadro 5 – Analgésicos para o tratamento agudo das cefaleias de forte intensidade

| Droga | Dose/Posologia |
|---|---|
| Dipirona* | 1.000mg IV diluída em SF 0,9% máximo/dia 2g |
| Clonixinato de lisina* | 200mg IV diluído em 20ml de SF 0,9% máximo/dia 500mg |
| Sumatriptano | 6mg SC ou 20mg IN, ou 50mg a 100mg VO |
| Rizatriptano | 5mg a 10mg VO mg disco dispersível sobre língua |
| Zolmitriptano | 2,5mg a 5mg VO |
| Indometacina* | 100mg IR repetir 1h s/n - máximo/dia 200mg |
| Clorpromazina | 0,1mg/kg a 0,7mg/kg IM ou IV diluído em SF 0,9%, repetir até três vezes nas 24h |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 105/359



(continuação)

| Droga | Dose/Posologia |
|---|---|
| Dexametasona* | 4mg IV, repetir 12h a 24h s/n |
| Haloperidol | 5mg IM ou IV diluído em SF 0,9% |
| Triptanos | Em caso de recorrência frequente de cefaleia, associar ácido tolfenâmico 200mg ou naproxeno sódico 550mg VO |

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2000).

* associar metoclopramida parenteral na vigência de vômito.

ATENÇÃO:

O uso de analgésicos deve ser limitado a 3g de ácido acetilsalicílico ou analgésico equivalente por dia e no máximo de três vezes na semana (50g de ácido acetilsalicílico ou equivalente por mês). Já no caso de ergóticos, 2mg a 4mg por dia, no máximo duas vezes na semana (8mg-10mg/semana), no intuito de prevenir o aparecimento da cefaleia crônica diária ou de manifestações sistêmicas dessas drogas (ergotismo, fibrose retroperitoneal, hemorragia gastrointestinal).

A escolha do triptano deve levar em conta a presença de doenças associadas (hipertensão arterial sistêmica, doença coronariana ou vasculopatias). O seu uso é contraindicado nas 24h subsequentes ao uso do ergótico.

O uso recorrente de analgésico pode levar ao desenvolvimento de cefaleia por abuso de medicação. Esse diagnóstico deve sempre estar dentro dos diagnósticos diferenciais e quando realizado merece acompanhamento cuidadoso da equipe até que o paciente melhore e entenda a relação do abuso de medicação com a sua dor.

Dar sempre preferência aos medicamentos que estão disponíveis na farmácia da UBS (ver Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME ou Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME), para a maior certeza de que o paciente terá acesso ao tratamento.

Quadro 6 – Medicamentos usados na crise de migrânea em crianças e adolescentes

| Droga | Dose/Posologia | Via |
|---|---|---|
| Ácido acetilsalicílico | 7mg a 10mg/kg/dose até 6 doses/dia | VO |
| Clorpromazina | 2,5mg a 5mg/kg/dose até 4 doses | VO |
| Dexametasona | 0,25mg/kg/dose | IV |
| Diazepam | 0,2mg a 0,3mg/kg/dose | IV |
| Diclofenaco potássio | 0,5mg a 2mg/kg/dose até 3 doses/dia | VO, IR |
| Diclofenaco sódico | 0,3mg a 1mg/kg/dose até 3 doses/dia | VO, IR |
| Dipirona | 6mg a 10mg/kg/dose < 6 anos: até 1g/dia; 6 a 12 anos: até 2g/dia e > 12 anos até 3g/dia | VO, IR, IM, IV |
| Ibuprofeno | 10mg a 20mg/kg/dose até 4 doses/dia | VO |
| Isometepteno (associação) | 1 gota/kg/dose | VO |
| Mesilato de dihidroergotamina | 0,02mg a 0,04mg/kg/dose até 3 doses/dia | VO |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 106/359



(continuação)

| Droga | Dose/Posologia | Via |
|---|---|---|
| Metoclopramida | 0,01mg a 0,02mg/kg/dose até 3 doses/dia | VO, IM, IV, IR |
| Naproxeno sódico | 2,5mg a 5mg/kg/dose até 4 doses | VO |
| Paracetamol | 10mg a 15mg/kg/dose até 6 doses/dia | VO |
| Sumatriptano | 3mg a 6mg/dose | SC |
| Sumatriptano (somente para adolescentes) | 10mg a 20mg/kg/dose até 4 doses/dia | IN |
| Tartarato de ergotamina | 0,04mg a 0,08mg/kg/dose até 3 doses/dia | VO |
| Zolmitriptano (somente para adolescentes) | 2,5mg/dose | VO |

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2000).

## Encaminhamento

### Critérios para encaminhar ao serviço de urgência e de emergência

O paciente deve ser encaminhado a um serviço de urgência e de emergência diante das seguintes situações ou suspeitas:

a. Hipertensão intracraniana: a cefaleia pode ser descrita como opressão ou pulsátil, contínua e persistente.

b. Tumor: geralmente a dor é constante e tem piora progressiva, acompanhada de sinais focais progressivos, que se traduzem por alteração durante o exame neurológico; pode ser pulsátil ou surda.

c. Meningite ou meningismo por trauma ou hemorragia: a cefaleia apresenta-se de forma intensa, universal e acompanhada por sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca, sinal de Brudzinskipositivo, sinal de Kerning positivo), febre e sinais de toxemia, nos casos de meningite infecciosa (vírus e bactérias).

d. Cefeleia de forte intensidade que não cessa com o uso de analgésicos administrados na própria UBS.

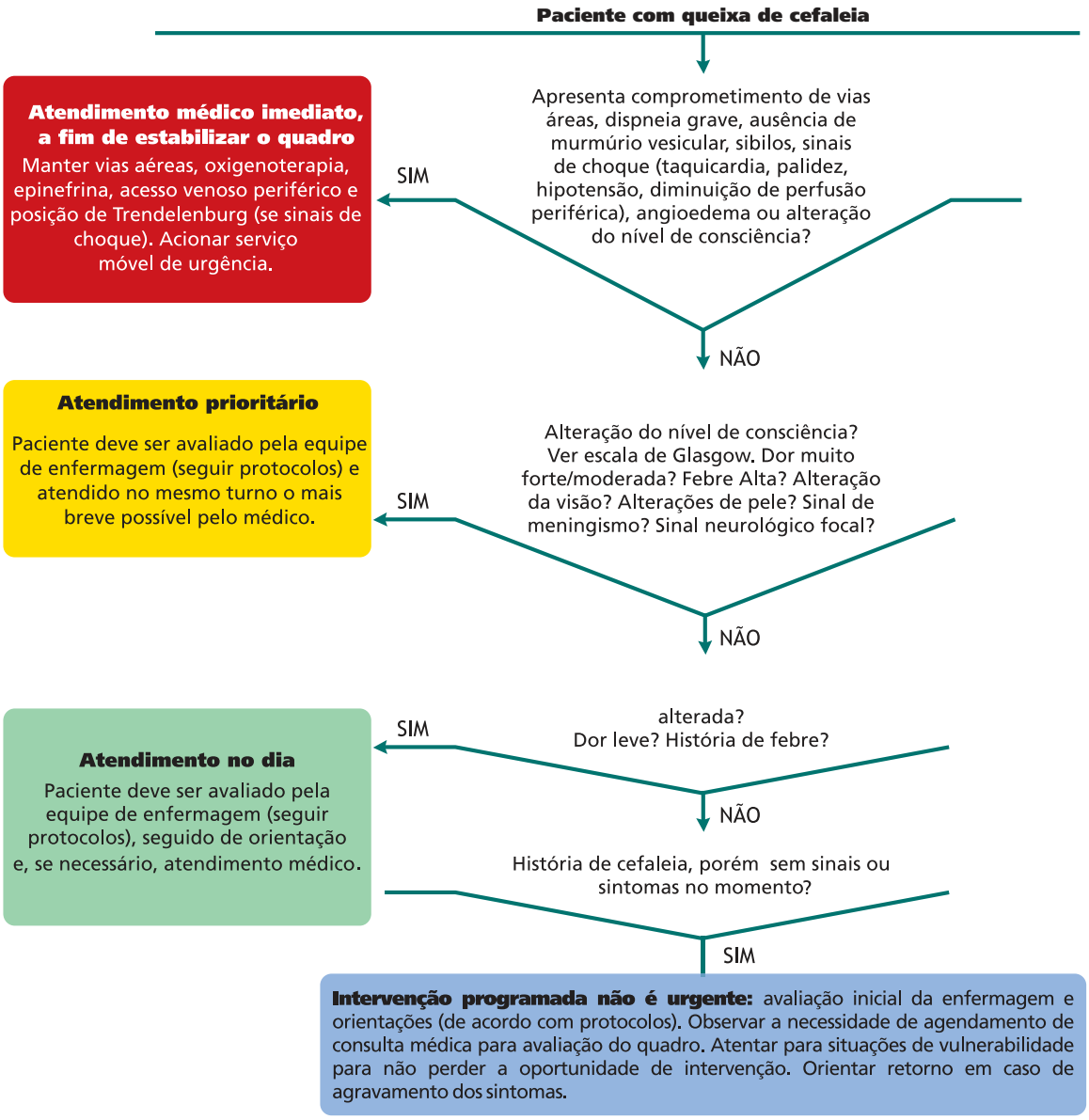
e. Cefaleia que apresente sinais de alerta (ver Quadro 1).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 4 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram o atendimento devido a quadro de cefaleia




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## 2.3 CRISE EPILÉPTICA E EPILEPSIA

A epilepsia é uma doença muito comum, ocorrendo entre 0,5% a 1% da população mundial. Dados brasileiros indicam prevalência de 1,8%. Isso significa um total aproximado de 3 milhões de pacientes no País. Soma-se a isso incidência estimada (para países em desenvolvimento) de 100/100.000 pessoas/ano com epilepsia – o que significa 150.000 novos casos por ano. Não há distinção de raça, sexo ou condição social. Existe distribuição bimodal da incidência, estando mais alta nas duas primeiras décadas e no final da vida.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 108/359



O não tratamento e o tratamento inadequado da epilepsia são muito significativos no nosso País, sendo estimado em aproximadamente 50%-70% do total de pacientes.

Obviamente uma doença tão prevalente não tem como ser diagnosticada e tratada somente pelo especialista. É absolutamente necessário que haja o suporte de toda a rede de atenção primária para diminuir a lacuna de tratamento.

## A crise epiléptica

Uma crise epiléptica é um evento paroxístico causado por descargas anormais, excessivas e hipersincrônicas de um agregado de neurônios do sistema nervoso central (SNC), podendo ter várias manifestações, desde uma atividade convulsiva dramática até fenômenos da experiência não facilmente discerníveis por um observador.

De 5%-10% da população apresentará pelo menos uma crise epiléptica, sendo as maiores as incidências verificadas no início da infância e na idade adulta avançada.

## Classificação das crises

O elemento fundamental para o diagnóstico da epilepsia é o fenômeno ictal, ou seja, a crise epiléptica. É importante que se diferencie a crise da "doença" epilepsia ou síndrome epiléptica. Para a classificação da doença epilepsia, devemos considerar diversos outros elementos além dos tipos de crises, tais como: idade de início, alterações no desenvolvimento neuromotor, alterações no exame neurológico, achados do eletroencefalograma e de neuroimagem etc. O Quadro 7 abaixo sumariza a classificação das crises epiléticas, considerando as propostas da International League Against Epilepsy (Ilae).

Quadro 7 – Classificação de crises

| I – CRISES PARCIAIS (crises que têm origem localizada) |
|---|
| A. Crises parciais simples (sem prejuízo da consciência) |
| 1. Com sintomas motores |
| 2. Com sintomas somatosensoriais ou sensoriais especiais |
| 3. Com sintomas autonômicos |
| 4. Com sintomas psíquicos |
| B. Crises parciais complexas (com alteração da consciência) |
| 1. Começando como parcial simples e progredindo com perda de consciência |
| a. Sem outras manifestações |
| b. Com manifestações descritas em A.1.4 |
| c. com automatismos |
| 2. Com alteração da consciência desde o início |
| a. Sem outras manifestações |
| b. Com manifestações descritas em A.1.4 |
| c. Com automatismos |
| C. Crises parciais secundariamente generalizadas |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

(continuação)

| II – CRISES GENERALIZADAS |
|---|
| a. Crises de ausência |
| b. Crises mioclônicas |
| c. Crises clônicas |
| d. Crises tônicas |
| e. Crises tonicoclônicas |
| f. Crises atônicas |
| **III – CRISES EPILÉPTICAS NÃO CLASSIFICADAS (dados incompletos ou inadequados)** |

Fonte: (COMMISSION ON THE CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF THE INTERNATIONAL LEAGUE AGAINSTEPILEPSY, 1981, adaptado).

## Causas das crises epilépticas

As crises epilépticas resultam de um desvio do equilíbrio normal entre excitação e inibição no sistema nervoso central (SNC). Tendo em vista as numerosas propriedades que controlam a estabilidade neuronal, não causa surpresa o fato de existirem muitas formas diferentes de perturbar esse equilíbrio normal e, portanto, muitas causas diferentes para as crises epiléticas.

Quadro 8 – Causas de crises epilépticas segundo a idade

| | |
|---|---|
| RECÉM-NASCIDOS (< 1 MÊS) | Hipóxia e isquemia perinatais.<br>Hemorragia e traumatismos cranianos.<br>Infecção aguda do SNC.<br>Distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, deficiência de piridoxina).<br>Abstinência de drogas.<br>Distúrbios de desenvolvimento.<br>Distúrbios genéticos. |
| LACTENTES E CRIANÇAS (> 1 MÊS A < 12 ANOS) | Convulsões febris.<br>Distúrbios genéticos (síndromes metabólicas, degenerativas, de epilepsia primária).<br>Infecção do SNC.<br>Distúrbios do desenvolvimento.<br>Traumatismo.<br>Idiopáticas. |
| ADOLESCENTES (12-18 ANOS) | Traumatismo.<br>Distúrbios genéticos.<br>Infecção do SNC.<br>Tumor cerebral.<br>Uso de drogas.<br>Idiopáticas. |
| ADULTOS JOVENS (18-35 ANOS) | Traumatismo.<br>Abstinência do álcool.<br>Uso de drogas.<br>Tumor cerebral.<br>Idiopáticas. |
| ADULTOS MAIS VELHOS (> 35 ANOS) | Doença cerebrovascular.<br>Tumor cerebral.<br>Abstinência do álcool.<br>Distúrbios metabólicos (uremia, insuficiência hepática, anormalidades eletrolíticas, hipoglicemia).<br>Doença de Alzheimer e outras neurodegenerativas.<br>Idiopáticas. |

Fonte: (HIGA; ATALLAH, 2004; HAUSER, 1992; LOWENSTEIN, 2006).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 110/359



Quadro 9 – Fármacos que podem causar crises epilépticas

| | |
|---|---|
| ANTIMICROBIANOS/ANTIVIRAIS<br>Betalactâmicos e afins<br>Quinolonas<br>Aciclovir<br>Isoniazida<br>Ganciclovir | CONTRASTES RADIOLÓGICOS E TEOFILINA |
| ANESTÉSICOS E ANALGÉSICOS<br>Meperidina<br>Tramadol<br>Anestésicos locais | ABSTINÊNCIA DE SEDATIVOS E HIPNÓTICOS<br>Álcool<br>Barbitúricos<br>Benzodiazepínicos |
| IMUNOMODULADORES<br>Ciclosporina<br>OKT3 (anticorpos monoclonais contra Tcell)<br>Tacrolimus<br>Interferons | DROGAS QUE INDUZEM DEPENDÊNCIA<br>Anfetaminas<br>Cocaína<br>Fenciclidina<br>Metilfenidato |
| PSICOTRÓPICOS<br>Antidepressivos<br>Antipsicóticos<br>Lítio | FLUMAZENIL |

Fonte: (HIGA; ATALLAH, 2004).

## Diagnóstico

O diagnóstico de pacientes com crises epilépticas pode ser um grande desafio, mesmo para clínicos muito experientes. Algumas particularidades podem tornar o diagnóstico especialmente difícil:

a. Raramente é possível surpreender ou reproduzir os sinais/sintomas em consulta, sendo a avaliação clínica feita no período intercrítico.
b. A anamnese e o exame físico geral e neurológico são frequentemente a base do diagnóstico, mas fornecem informações pouco específicas.
c. A ocorrência frequente de alteração de consciência limita a descrição dos sintomas pelo paciente.
d. Os exames complementares para avaliação intercrítica são de baixa sensibilidade, especificidade e geralmente não estão disponíveis para as equipes da atenção primária.
e. O registro de um evento é habitualmente limitado pela baixa frequência do fenômeno e o custo das avaliações.

É muito grande o número de doenças que podem "imitar" a epilepsia, tornando impossível a discussão de todas elas. O objetivo aqui será apresentar e discutir apenas os principais diagnósticos diferenciais.

## Anamnese e exame físico

O detalhamento da semiologia das crises é o primeiro e decisivo passo no estabelecimento da estratégia inicial de investigação complementar. Deve-se obter a história clínica do paciente e de um acompanhante, que já tenha presenciado as crises, processo que exige tempo, paciência e habilidade.

O detalhamento da "aura" é o ponto-chave nesta fase.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 111/359



## Dicas úteis:

a. Quando a crise evolui para generalização motora, o evento motor é, naturalmente, muito mais impactante para o paciente e observadores do que as alterações (sinais ou sintomas) ocorridas imediatamente antes. Deve-se explicitar essa situação em consulta.
b. Relembrar detalhadamente algum episódio ictal recente.
c. Supor que uma crise irá ocorrer durante a consulta, perguntando se teria tempo de avisar o evento e o que sentiria.
d. Apresentar, inicialmente, perguntas mais gerais. Em um segundo momento realizar perguntas mais direcionadas, sugerindo sintomas.

O Quadro 10 lista informações que devem ser lembradas na obtenção da história.

O exame físico geral deve incluir pesquisa de sinais de infecção ou enfermidade sistêmica.

Deve-se também perguntar sobre histórias de traumatismo craniano e uso de álcool e/ou drogas ilícitas. A ausculta cardíaca e das artérias carótidas pode evidenciar anormalidade que predisponha a doença vascular cerebral.

Todos os pacientes com quadro epiléptico necessitam de exame neurológico completo, incluindo a avaliação do estado mental. Veja o anexo "Rotina do exame neurológico", no final deste Caderno.

Quadro 10 – Informações importantes da história clínica

| **Fatores precipitantes e predisponentes:** |
|---|
| – Posição e movimento (deitado, sentado, em pé, movimento da cabeça, tosse, defecar, urinar etc.). |
| – Medo, dor, período pós-prandial. |
| – Luzes piscando, leitura etc. |
| Questões sobre o pródomo ("aura"): |
| – Mal-estar abdominal ascendente, medo, delírios e alucinações, *déjà vu*. |
| – Tontura, sudorese fria, escurecimento visual. |
| – Palpitações. |
| – Dor no pescoço ou ombros. |
| Questões sobre a crise: |
| – Estereotipia. |
| – Tempo médio de duração da crise e do período de perda de consciência. |
| – Se há queda, como acontece; lesões secundárias. |
| **Fatores precipitantes e predisponentes:** |
| – Mudança de cor da pele, padrão respiratório. |
| – Movimentação anormal (se possível, solicitar que o acompanhante tente reproduzir os movimentos), nível de consciência durante os movimentos. |
| – Liberação de esfíncteres, mordedura de língua. |
| **Questões sobre o pós-ictal:** |
| – Tempo de reorientação, dificuldade específica de linguagem. |
| – Agitação, agressividade, confusão. |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 112/359



(continuação)

| Antecedentes: |
|---|
| – Ocorrência isolada das manifestações do pródomo. |
| – Doenças conhecidas e uso de medicações. |
| – História familiar de "desmaios", doenças neurológicas e cardiovasculares. |
| – Doenças metabólicas. |
| – Uso de álcool e drogas. |
| – Depressão e ansiedade. |

Fonte: (LOWENSTEIN, 2006).

## Tratamento

Considera-se tradicionalmente que as drogas antiepilépticas têm efeito exclusivamente sintomático, não interferindo com a evolução natural da doença. Sendo assim, o objetivo geral do tratamento medicamentoso da epilepsia deve ser o controle completo das crises, mantendo os efeitos colaterais em um nível tolerável.

Nos últimos anos, houve aumento significativo no número de drogas antiepilépticas (DAE) disponíveis. O Quadro 11 lista as DAE convencionais e as novas disponíveis no Brasil, assim como as doses médias de tratamento. Isso tem possibilitado melhor individualização do tratamento, principalmente se considerada a melhor tolerabilidade e segurança das "novas drogas". Não houve, no entanto, aumento de eficácia, que se mantém em aproximadamente 65% dos pacientes obtendo remissão completa das crises. No Quadro 12, podem-se observar as principais indicações de cada uma dessas medicações.

Quadro 11 – Drogas antiepilépticas (DAE)

| Drogas convencionais | Dose média diária (mg) | Apresentação da droga | Principais efeitos colaterais |
|---|---|---|---|
| FENOBARBITAL | 50-150 | 50mg –100mg/cp | Sedação, ataxia, confusão, tontura, redução da libido, depressão, exantema |
| FENITOÍNA | 250-400 | 100mg/cp ou 250/5ml inj | Tontura, diplopia, ataxia, incoordenação, confusão, hiperplasia gengival, linfadenopatia, hirsutismo, osteomalacia, feições grosseiras e exantema |
| CARBAMAZEPINA | 600-1.800 | 200mg – 400mg/cp | Ataxia, tontura, diplopia, vertigem, anemia aplástica, leucopenia, irritação gastrointestinal, hepatotoxidade e hiponatremia. |
| VALPROATO | 500-2.500 | 250mg/cp | Náusea, vômito, diarreia, dor abdominal, constipação, anorexia ou aumento do apetite, sedação, ataxia, cefaleia, diplopia, disartria, incoordenação motora, nistagmo, depressão, agressividade, hiperatividade, trombocitopenia, hematoma, hemorragia, linfocitose relativa, leucopenia, hepatotoxicidade. |
| CLOBAZAN | 20-60 | 10mg – 20mg/cp | Sonolência, hipotonia muscular, amnésia anterógrada (descrita essencialmente com os benzodiazepínicos injetáveis), sensação de embriagamento, fadiga, cefaleia, vertigens, constipação, rash e prurido. |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

(continuação)

| Drogas convencionais | Dose média diária (mg) | Apresentação da droga | Principais efeitos colaterais |
|---|---|---|---|
| CLONAZEPAN | 2-6 | 0,5mg e 2mg | Sonolência excessiva diurna, piora da coordenação motora fina, piora da memória (amnésia anterógrada), tontura, zumbidos, aumento do risco de quedas, reação paradoxal, indiferença afetiva a eventos da vida, em idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora dos desempenhos psicomotor e cognitivo (reversível), quedas, risco de dependência. |
| ACETAZOLAMIDA | 250-1.500 | 250mg | Parestesias, particularmente "pontadas" nas extremidades, disfunção auditiva ou zumbido, perda do apetite, alterações do paladar e distúrbios gastrintestinais, tais como náusea, vômito e diarreia; poliúria, e casos isolados de sonolência e confusão. Acidose metabólica e desequilíbrio eletrolítico podem ocorrer. |
| **Drogas novas** | **Dose média diária (mg)** | | |
| LAMOTRIGINA | 100-400 | 25mg, 50mg e 100mg | Reações dermatológicas, síndrome de Stevens-Johnson (SJS), necrólise epidérmica tóxica têm sido relatados. A suspensão abrupta pode provocar crises de rebote. |
| GABAPENTINA | 900-3.000 | 300mg e 400mg | Sonolência (em 24% dos pacientes), tonturas (em 20,3%) e ataxia (em 17,4%),principalmente no início do tratamento. |
| TOPIRAMATO | 100-300 | 25mg, 50mg e 100mg | Sonolência, tontura, nervosismo, ataxia, fadiga, distúrbios da fala, alterações do raciocínio, alterações da visão, dificuldade de memorização, confusão mental, parestesia, diplopia, anorexia, nistagmo, náusea, perda de peso, distúrbios de linguagem, distúrbios da concentração/atenção, depressão, dor abdominal, astenia e alterações do humor. |
| **Drogas convencionais** | **Dose média diária (mg)** | **Apresentação da droga** | **Principais efeitos colaterais** |
| OXICARBAZEPINA | 1.200-2.400 | 300mg e 600mg | Cansaço; ocasionais: vertigens, sonolência, cefaleia, distúrbios da memória/concentração, ataxia, tremores, parestesia, distúrbios visuais, distúrbios do sono; raras: labilidade emocional, zumbido, depressão e ansiedade. |

Fonte: (RAMARATNAM; BAKER; GOLDSTEIN, 2005; HIGA; ATALLAH, 2004; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008, adaptado).

Quadro 12 – Principais indicações DAE

| Tipo de Crise | Drogas de Primeia Escolha | Drogas de Segunda Escolha |
|---|---|---|
| PARCIAL SIMPLES<br>PARCIAL COMPLEXA | CARBAMAZEPINA<br>FENITOÍNA | LAMOTRIGINA<br>OXICARBAZEPINA<br>TOPIRAMATO<br>VALPROATO<br>FENOBARBITAL<br>GABAPENTINA |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 114/359



(continuação)

| Tipo de Crise | Drogas de Primeia Escolha | Drogas de Segunda Escolha |
|---|---|---|
| GENERALIZADA TONICOCLÔNICA | VALPROATO<br>LAMOTRIGINA | FENITOÍNA<br>FENOBARBITAL<br>TOPIRAMATO<br>CARBAMAZEPINA<br>OXICARBAZEPINA |
| GENERALIZADA DE AUSÊNCIA | VALPROATO<br>ETHOSUXIMIDE | LAMOTRIGINA<br>CLONAZEPAN<br>TOPIRAMATO |
| GENERALIZADA MIOCLÔNICA | VALPROATO<br>CLONAZEPAN | LAMOTRIGINA<br>TOPIRAMATO<br>FENOBARBITAL |
| GENERALIZADA TÔNICA/ATÔNICA | VALPROATO | LAMOTRIGINA<br>TOPIRAMATO<br>CLONAZEPAN |

Fonte: (RAMARATNAM; BAKER; GOLDSTEIN, 2005; HIGA; ATALLAH, 2004; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008, adaptado).

ATENÇÃO: dar sempre preferência aos medicamentos que estão disponíveis na farmácia da UBS (ver Rename ou Remume), para a maior certeza de que o paciente terá acesso ao tratamento.

Não existe um esquema único de uso de DAE universalmente aceito. Alguns princípios gerais devem, entretanto, orientar o tratamento:

a. Antes de tudo, deve-se ter a confirmação do diagnóstico. O que na prática pode ser difícil, já que o paciente se apresenta em consulta no período intercrítico, ficando o diagnóstico por vezes baseado exclusivamente na descrição clínica do próprio paciente/acompanhante.
b. Habitualmente não se inicia a medicação após uma primeira crise, já que 27%-84% desses pacientes nunca terão uma segunda crise; no entanto, na dependência dos resultados do EEG e dos exames de neuroimagem, assim como de aspectos sociais individuais, pode-se decidir pelo início da terapêutica após uma crise única.
c. Discutir cuidadosamente com o paciente todos os aspectos diagnósticos, elaborando um plano de curto, de médio e de longo prazo, fundamental para se obter boa adesão ao tratamento.
d. Iniciar o tratamento preferencialmente com as drogas convencionais.
e. A droga deve ser individualizada para o(s) tipo(s) de crises do paciente (Quadro 12).
f. Individualizar o tratamento. Por exemplo: evitar fenitoína em mulheres jovens por causa dos efeitos cosméticos; evitar ácido valproico em indivíduos obesos etc.
g. Iniciar com doses baixas e aumentar lentamente a dosagem até se alcançar a dose mínima eficaz.
h. Caso não haja controle das crises, aumentar a dosagem até a dose máxima tolerada (ocorrência de efeitos colaterais intoleráveis) antes de se tentar a troca da medicação.
i. Dar sempre preferência à monoterapia.
j. A combinação de drogas antiepilépticas é difícil, devido à complexidade da sua farmacocinética



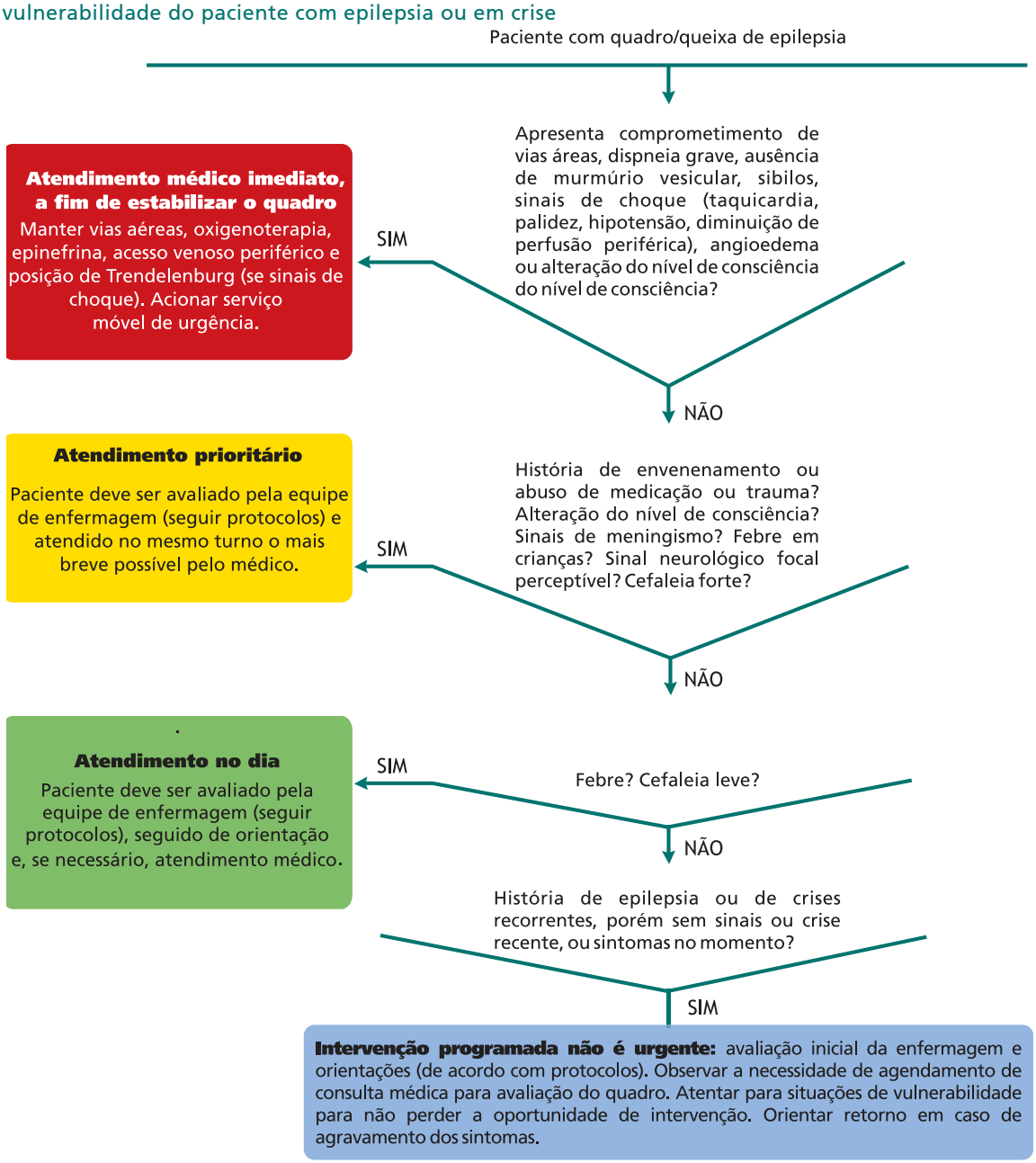
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

e farmacodinâmica – cuidado.

k. Cuidado com a retirada abrupta de medicações.

Figura 5 – Fluxograma e algoritmo que abordam o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com epilepsia ou em crise




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 116/359



Quadro 13 – Condutas na crise epiléptica

| PACIENTE ADULTO COM CRISE EPILÉPTICA |
|---|
| **0 minuto** |
| Fazer o diagnóstico observando as manifestações da crise, tempo de duração e/ou rebaixamento do nível de consciência entre as crises. |
| Realizar medidas gerais específicas, incluindo farmacoterapia geral (tiamina, glicose e antipirético): |
| • Adequação de vias aéreas. |
| • Oxigenação. |
| • Sinais vitais. |
| • Acesso venoso. |
| • Avaliação da glicemia. |
| • Administrar tiamina 100mg EV na suspeita de deficiência e SG 50% 5ml EV na suspeita de hipoglicemia. |
| • Coleta de história. |
| • Considerar encaminhamento (ver fluxograma de atendimento com classificação de risco) para solicitação de exames laboratoriais* que poderão ser realizados em um serviço de urgência. |
| *Exames laboratoriais que podem ser solicitados: hemograma; gasometria; eletrólitos (Na+, K+, Ca2+, Mg2+); ureia, creatinina; glicemia; provas de função renal e hepática; EAS; triagem toxicológica; nível sérico – anticonvulsivantes. |
| **5 a 25 minutos** |
| Farmacoterapia específica, iniciar diazepan EV (0,1mg a 0,2mg/kg), dose máxima de 20mg (duas ampolas de 2ml com 5mg/ml). |
| Se a crise não remitir iniciar fenitoína EV 20mg/kg, no máximo 50mg/min (ampola de 5ml com 50mg/ml), controlando-se a PA e o ECG (quando houver disponível na APS) durante a administração (diluir em solução salina). |
| Se necessário, fazer um ataque adicional de 5mg/kg e, se novamente necessário, mais 5mg/kg. Dose máxima de 30mg/kg. Não iniciar dose de manutenção antes de decorridas 18 a 24 horas após aplicação da dose de ataque. |
| **25 a 60 minutos** |
| Chamar Serviço Móvel de Urgência se a crise epiléptica persistir e considerar a intubação (se houver disponibilidade de material) antes de fenobarbital EV 20mg/kg, máximo de 100mg/min (ampola de 1ml com 200mg/ml). |

Fonte: (HIGA; ATALLAH, 2004, adaptado).

## Encaminhar o paciente para o pronto-socorro:

1. Quando houver suspeita de infecção do SNC: as ocorrências de crises epilépticas com febre devem sempre ser consideradas meningites ou encefalites até a exclusão devido ao risco de séria morbimortalidade se essas condições não forem tratadas.
2. Pacientes que não retornam à função normal após as crises epilépticas: devem ser hospitalizados (mais de 30 minutos após a crise epiléptica sem melhora progressiva).
3. Quando um súbito e curto período de atividades epilépticas ocorrer: pacientes sem epilepsia que apresentarem mais de uma crise generaliza em um único dia devem ser hospitalizados,



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

bem como aqueles pacientes epilépticos que apresentarem período súbito e curto de crises. Interrogue, nesses últimos casos, se há baixo nível de drogas antiepilépticas.

**Encaminhar o paciente ao neurologista:**

1. Se os efeitos colaterais das drogas antiepilépticas persistirem.
2. Se as crises epilépticas persistirem apesar do uso correto da medicação.
3. Antes da introdução de uma segunda droga antiepiléptica ao tratamento, caso o médico da APS não tenha experiência no manejo dessas drogas. De qualquer forma, o médico da APS deve sempre estar atento ao fluxo de referência e contrarreferência desses pacientes, para que não haja problemas no acompanhamento deles. Assim, nos lugares que existam dificuldades de agendamento com o médico especialista, o médico assistente deverá procurar ter maior destreza em manejar drogas antiepiléticas e assim não retardar a introdução de um novo medicamento, quando necessário.

Uma pessoa pode ter crises epilépticas com sintomas inesperados e pouco usuais ao invéz de crises tonicoclônicas generalizadas. Referir também a um neurologista quando o diagnóstico está em questão ou se a patologia cerebral aguda é suspeita.

## 2.4 DESCOMPENSAÇÃO DO DIABETES MELLITUS: HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA

O objetivo deste capítulo é oferecer subsídios aos profissionais de saúde da Atenção Primária para intervirem precocemente e ajudarem os usuários no manejo nas complicações agudas do Diabetes Mellitus (DM), de modo a evitar consequências mais graves para eles.

Essas complicações podem ocorrer a qualquer momento da vida das pessoas que têm diabetes e, embora possam ser perigosas, quase sempre são preveníveis e usualmente tratáveis.

Aprender a perceber os primeiros sinais, saber confirmar o diagnóstico e tomar as providências cabíveis são condições necessárias para que os usuários e suas famílias vivam de forma autônoma.

### Complicações agudas do diabetes

Alcançar a estabilidade no controle clínico e metabólico do DM é um desafio, tendo em vista a complexidade dos fatores que interveem nesse processo. Porém, este controle deve ser uma busca desde o diagnóstico, pois a gênese de complicações micro e macrovasculares também é precoce.

Além de informações sobre mudanças na alimentação, na prática de exercícios físicos, uso de medicamentos e manejo de insumos necessários ao tratamento, a equipe de Saúde da Família também precisa entender o conceito que o usuário e sua família têm sobre a doença e quais são as informações necessárias para que ele consiga assumir a autonomia e a corresponsabilidade nas decisões diárias referentes ao autocuidado, adaptadas à sua realidade socioeconômica e cultural. A parceria efetiva entre o indivíduo acometido, seus familiares e os membros das equipes de saúde é essencial, tanto para evitar o desenvolvimento de complicações crônicas quanto agudas. As complicações agudas do diabetes podem ocorrer na rua, na escola ou no trabalho, de modo que portar cartões de identificação com informações sobre o tipo de diabetes, tratamento utilizado (medicamentos orais e insulina) e os contatos de familiares/responsáveis e do médico/unidade de saúde de referência é uma medida de segurança aos pacientes, a ser recomendada e incentivada sempre.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 118/359



O acesso às informações é possível por intermédio de diversos meios: livros, TV ou internet, mas é na vivência de um episódio crítico que a reflexão conjunta com a equipe de saúde, sobre as causas e como prevenir-se, construirá as bases de uma aprendizagem significativa que conduzirá à tão almejada autonomia.

É preciso ter em mente também que, muitas vezes, o atendimento ao caso de urgência é a oportunidade de estabelecer um vínculo com o usuário e sua família. Ao buscar a unidade, o usuário precisa se sentir bem acolhido, mesmo que seu caso seja classificado como não urgente, visando ao seu retorno e inclusão em um projeto terapêutico que venha a impedir novas complicações.

O manejo do diabetes deve ser feito dentro de uma rede de atenção à saúde, sendo que a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) deve ter conhecimento dos fluxos para o encaminhamento para os outros níveis de atenção quando necessário. Reconhecer os sinais de gravidade, acolher o paciente de forma qualificada e resolutiva, dando o suporte técnico e emocional, acessando outros serviços da rede de acordo com a gravidade do caso, é o que se espera das equipes de APS.

## Hipoglicemia

Do ponto de vista bioquímico, o termo refere-se à glicose plasmática < 60mg/dl. Os sintomas clínicos, entretanto, usualmente ocorrem quando a glicose plasmática é < 50mg/dl, podendo esse limiar ser mais alto, para aqueles pacientes cujas médias de glicemias são elevadas, ou mais baixo (< 40-30mg/dl), para aqueles que fazem tratamento intensivo e estão acostumados a glicemias mais baixas. Não há estudos conclusivos sobre quais valores de glicemia ou frequência de casos estão relacionados a sequelas, porém estes casos parecem estar relacionados com casos graves, com convulsões, alta frequência e início precoce. Entre os fatores de risco para a hipoglicemia estão o uso de altas doses de insulina, história prévia, níveis menores de hemoglobina glicada, maior duração da doença e sexo masculino.

Todos os pacientes devem aprender a reconhecer os sintomas e os sinais de hipoglicemia. Ensiná-las, portanto, é mandatório para que assim diminua a sua vulnerabilidade aos quadros graves (alteração de consciência ou do comportamento, convulsões). Além disso, todo paciente diabético, principalmente crianças e especialmente as com histórico de hipoglicemia, devem dispor de uma fonte de carboidrato de absorção rápida para consumo imediato.

À noite é possível ocorrer casos graves, uma vez que a glicemia diminui às 3h-4h da manhã, quando o paciente está dormindo e não percebe os sintomas. As crianças que dormem cedo (19h) e, erroneamente, não são acordadas para a última refeição, são as mais sujeitas à hipoglicemia noturna, a depender do esquema insulínico que usa. A suspeita deve ser levantada em casos de sono perturbado, sudorese noturna, cefaleias matinais, dificuldades de despertar ou convulsões.

É fundamental informar aos pais sobre a ação dos efeitos dos hormônios contrarreguladores, que diminui a probabilidade de morte noturna por hipoglicemia, e sobre a necessidade de realizar o teste de glicemia capilar na criança naquele horário.

As alterações hormonais da puberdade e a necessidade de autoafirmação típica da pré-adolescência e da adolescência podem prejudicar a estabilidade do controle metabólico, anteriormente obtido pela proteção dos responsáveis. As dificuldades de assumir a doença e de se cuidar colocam em risco os usuários, principalmente quando não contam para os colegas sobre o diabetes. Nesse caso, a parceria com a família e a escola é fundamental.

Muitos idosos moram sozinhos e aqueles mais frágeis são especialmente vulneráveis à hipoglicemia pelo uso de hipoglicemiantes orais ou insulina, o que aumenta o risco de quedas e fraturas ósseas. Uma



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

apresentação atípica da hipoglicemia, não específica dos idosos, consiste em hemiplegia, tipicamente ao acordar, que pode ser corrigida em minutos com glicose ou, menos frequentemente, demorar muitas horas para ser revertido. Nessa faixa etária, contudo, pode ser confundido com ataque isquêmico transitório. Incentivá-los a também criar e manter uma rede de apoio entre parentes, vizinhos e amigos é uma forma de checar se tudo vai bem por meio de telefonemas e visitas.

Comparado com outras formas de coma de origem não traumática, o prognóstico de um episódio grave de hipoglicemia é excelente, pois raramente leva à injúria cerebral ou à morte.

Usualmente, quanto mais prolongado o episódio, maiores os riscos de consequências negativas, mas a esperança nunca deve ser perdida diante de um quadro prolongado de coma hipoglicêmico. A recuperação completa pode ocorrer em até 72 horas, e aqueles que apresentam sequelas geralmente tomaram doses maciças e suicidas de insulina. A hospitalização é necessária para manter a infusão de glicose, monitorar a glicemia e o potássio, além de realizar exames para excluir outras causas de coma.

Os problemas relacionados à hipoglicemia são muitos, contudo, dependem das circunstâncias do episódio. Ocorrendo na condução de veículos, por exemplo, pode haver acidentes graves, afetando terceiros. Em crianças diabéticas, quando existe a presença de *deficit* de atenção/concentração, a hipoglicemia leve recorrente deve ser considerada, pesquisada e evitada.

Quando possível, uma alternativa é a aplicação de glucagon intramuscular (0,5mg para os menores de 8 anos e 1mg para os demais), que pode ser feita antes da ida ao hospital.

Trata-se, porém, de um hormônio caro, não disponível na Rename, sua apresentação é um pó liofilizado que deve ser misturado ao diluente antes da aplicação e necessita de prévia instrução aos pais, responsáveis ou acompanhantes.

### Causas, sinais/sintomas e manejo da hipoglicemia:

Na unidade de saúde:

| Sinais e Sintomas | Conduta |
|---|---|
| **Hipoglicemia leve:** fome, tremor, nervosismo, ansiedade, palidez, sudorese, taquicadia, déficit cognitivo leve. | Tabletes de glicose (15g), 150ml de suco de laranja ou refrigerante comum, uma colher de sopa de açúcar ou mel.<br>Reavaliar o manejo. |
| **Hipoglicemia moderada à grave:** cefaleia, dor abdominal, visão turva, agressividade, confusão, tonturas, dificuldade pra falar. | Tabletes de glicose ou açúcar (30g).<br>Glucagon intramuscular (0,5mg para os menores de 8 anos e 1mg para os demais).<br>Chamar o serviço de atendimento móvel de urgência.<br>Marcar o retorno após alta e reavaliar o manejo. |

## Hiperglicemia

A hiperglicemia grave é, em geral, causada por deficiência absoluta de insulina, como nos casos de abertura do quadro ou de suspensão do tratamento insulínico nos casos de diabetes tipo 1 ou por deficiência relativa dela, como nos casos precipitados por infecção ou outros problemas de saúde (infarto do miocárdio – IAM, e acidente vascular encefálico – AVE).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 120/359



Se não for diagnosticada oportunamente e tratada adequadamente, pode evoluir para quadros graves de cetoacidose (DM 1 ou 2) ou hiperosmolaridade não cetótica (DM 2), que necessitam de internação em unidades de emergência e/ou de terapia intensiva.

A história clínica do paciente é fundamental para o manejo do diabetes. A longitudinalidade do cuidado, característica da APS, auxilia tanto no diagnóstico quanto no diagnóstico diferencial da hiperglicemia grave. Registrar e mesmo saber quanto ao uso de fármacos, história de consumo de bebidas alcoólicas, adesão ao tratamento proposto, patologias associadas do usuário são informações importantes.

A cetoacidose pode ser a forma de abertura do quadro de diabetes tipo 1 em crianças e adolescentes e, até que se ajuste adequadamente à dose de insulina, eles ficam vulneráveis às descompensações.

Para os adolescentes, a cetoacidose pode ser um problema recorrente, provocado por baixa adesão à terapia insulínica, infecção, irregularidades na condução da dieta, estresse, uso de álcool ou problemas psicológicos. A abordagem familiar é fundamental para entender sua estrutura e a dinâmica dos relacionamentos.

Os estados infecciosos são as etiologias mais comuns relacionadas à cetoacidose e ao estado hiperglicêmico hiperosmolar, mas é necessário observar outros fatores importantes como trauma, uso de glicocorticoides, acidente vascular cerebral, uso de antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona), uso de drogas ilícitas (cocaína), IAM, uso excessivo de álcool.

Os idosos frágeis, sabidamente diabéticos ou não, com mecanismos de sede prejudicados e que recebam cuidados inadequados, ou aqueles vítimas de doenças graves como IAM ou AVE, desidratam facilmente, podendo evoluir para um quadro de hiperglicemia grave (> 600mg/dl), não cetótica (porque possuem reserva insulínica) e ter alteração da consciência, sendo necessária a internação hospitalar.

Um dos erros mais comuns feito pelos portadores de diabetes é deixar de usar insulina quando estão doentes. Embora inapetente e ingerindo menos comida, a insulina pode estar sendo menos efetiva. É preciso usar mais, e não menos insulina nessas ocasiões.

Algumas regras são básicas para a prevenção de complicações hiperglicêmicas e devem sempre ser orientadas ao usuário e à família:

1. Ter uma rotina de monitoramento da glicemia capilar e cumpri-la.
2. Entender como o equilíbrio entre a insulinização, ingesta alimentar, atividade física, estresse, uso de glicocorticoides ou diuréticos, cirurgias e outras doenças agudas, sobretudo as infecto-contagiosas, afetam o controle glicêmico.
3. Não deixar de usar insulina nos dias de doença (resfriado, diarreia e vômitos, por exemplo), mesmo que não queira comer.
4. No caso de alguma das situações acima, testar a glicemia capilar de 4h/4h.
5. Se possível, pesquisar a cetonúria, se a glicemia permanecer alta (> 250mg/dl) em testes consecutivos.
6. De acordo com o resultado da glicemia/cetonúria, serão necessárias doses extras de insulina



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 121/359



regular, conforme o esquema preconizado pelo médico assistente.

7. Beber um copo de água de h/h.

8. Procurar uma unidade de saúde mais próxima se:

   – Precisar de duas doses extras de insulina regular em 24h.
   – Se a glicemia capilar se mantiver acima de 400mg/dl por 12h.
   – Se houver febre alta, vômitos ou diarreia e o usuário não conseguir ingerir nem líquidos.

9. Procurar uma unidade de emergência se houver:

   – Vômitos, fraqueza muscular, dor abdominal, sinais de desidratação (boca seca e olhos encovados), respiração difícil (taquipneia ou respiração de Kussmaul, consequentes à acidose), hipotensão, hálito cetônico e alteração do estado mental.

O diagnóstico de cetoacidose e estado hiperglicêmico hiperosmolar, a definição do grau de gravidade e a monitorização do tratamento requerem a realização de exames laboratoriais, que geralmentenão estão disponíveis nas UBS.

Assim, na suspeita clínica desse diagnóstico (critérios clínicos acima), se o doente procurar a UBS, a remoção deverá ser providenciada com urgência.

## Suspeita clínica de cetoacidose ou estado hiperglicêmico hiperosmolar:

Quadro clínico que é uma evolução lenta e progressiva dos sinais e sintomas do diabetes, com polidipsia, vômitos, perda de peso, sonolência, torpor, que finalmente pode levar ao coma. No exame físico há desidratação com pele seca e fria, língua seca, olhos encovados, fácies hiperemiada, agitação, pulso rápido, hiperpneia e respiração de Kussmaul nos casos mais graves de cetoacidose. Pode haver presença de dor abdominal, podendo-se observar defesa muscular abdominal, provocada pela desidratação, que dificulta o deslizamento dos folhetos da pleura e peritônio.

## Observação importante:

Enquanto a remoção é providenciada, a hidratação venosa com SF 0,9% (1.000ml na 1ª hora e 500ml/hora até atingir uma boa diurese) deve ser iniciada. O médico assistente deverá estar atento para as condições cardiovasculares do paciente e contabilizar o total da solução fisiológica infundida até o momento da chegada do serviço de remoção para que essa informação conste no formulário de referência.

Para crianças, o cálculo de hidratação é 10ml-20ml/kg na primeira hora, que deverá ser mantido até que a glicemia atinja em torno de 250mg/dl.

ATENÇÃO: nas primeiras horas, a queda da glicemia capilar não deve ultrapassar 50mg/dl/hora a fim de evitar o risco de edema cerebral.



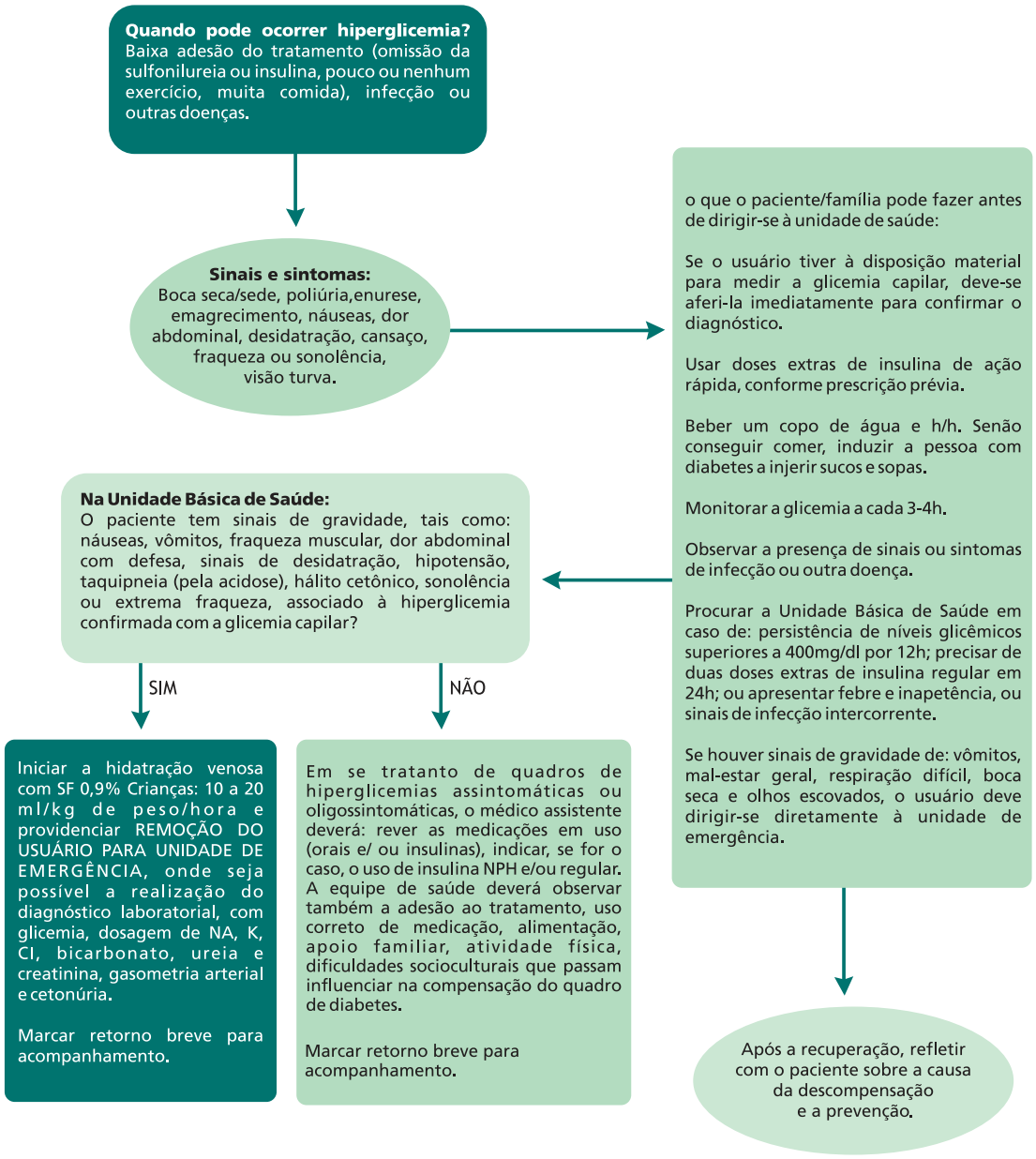
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 122/359



Figura 6 – Causas, sinais/sintomas e manejo da hiperglicemia



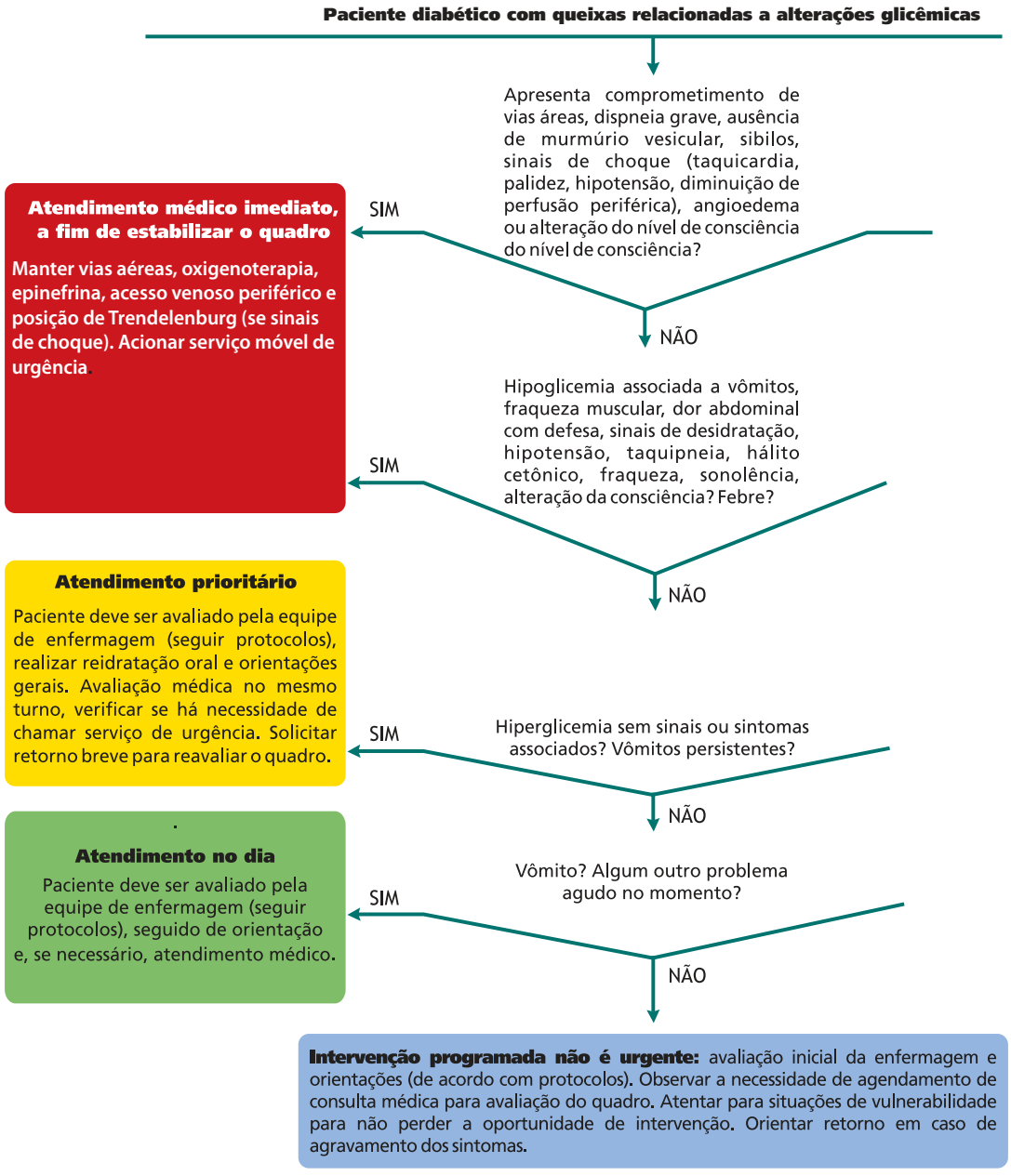

Fonte: (BRASIL, 2006; DUNCAN, 2004).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 7 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabiliade dos pacientes diabéticos que procuram atendimento por demanda espontânea




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 124/359



## 2.5 DIARREIA E VÔMITO

### Conceitos

A diarreia consiste na alteração da função intestinal com perda excessiva de água e eletrólitos pelas fezes e/ou vômitos. Manifesta-se clinicamente pelo aumento do número de evacuações e/ou pela diminuição da consistência das fezes. O vômito, por sua vez, é a ejeção rápida e forçada do conteúdo gastrointestinal pela cavidade oral. É, na maioria das vezes, precedido por náuseas, porém podem ocorrer sem esse sintoma, sendo chamados de vômitos em jato. Em grande parte das vezes essas duas condições se manifestam juntas, porém, devido às suas várias formas clínicas, faremos uma divisão didática para melhor compreensão do tema.

### Diagnóstico

### Diarreia

### Abordagem clínica

Iniciamos a abordagem clínica coletando dados importantes na anamnese, como: início do quadro, número de evacuações, presença de muco ou sangue nas fezes, febre, náuseas e vômitos; perguntar se parentes ou conhecidos estão com os mesmos sintomas, presença de doenças crônicas etc.

Essa primeira abordagem permite definirmos o quadro sindrômico. Classicamente, a diarreia é dividida em aguda, prolongada e crônica, como mostra a Quadro 14. Essa classificação ajuda a direcionar nossa investigação diagnóstica e terapêutica.

Quadro 14 – Classificação da diarreia segundo a duração dos sintomas

| | | |
|---|---|---|
| **Diarreia Aguda** | Duração menor que 14 dias | **Aquosa:** secreção ativa de água e eletrólitos sob a estimulação de determinadas substâncias. **Disenteria:** agente infeccioso invade a mucosa do cólon. A exsudação de muco, pus, proteínas e sangue é responsável pelas características clínicas dessa síndrome. |
| **Diarreia persistente** | Duração maior ou igual a 14 dias | Infecção continuada de um agente, danificando as vilosidades, e/ou uma regeneração inadequada dos eritrócitos devido à desnutrição crônica. Pode apresentar-se sob a forma de diarreia aquosa ou disenteria. |
| **Diarreia Crônica** | Duração maior que 30 dias | Grande variedade de causas: inflamações crônicas, alergia a alimentos, cólon irritável, parasitoses intestinais etc. |

Fonte: (DUNCAN, 2004).

A principal causa de diarreia aguda é infecciosa (Quadro 15). O quadro do usuário irá variar conforme o tipo de patógeno e as condições clínicas do hospedeiro. Na diarreia aquosa, ocorre secreção ativa de água e eletrólitos para a luz intestinal, resultando em inúmeras evacuações diárias. Nessa situação o principal mecanismo de agressão dos agentes é a elaboração de toxinas.

Como não ocorre invasão intestinal, em grande parte dos casos não há sinais sistêmicos, como febre, ou locais, como cólica e tenesmo. Já a grande parte dos agentes invasores da mucosa intestinal causa quadro de disenteria, em que a exsudação de muco, pus, proteínas e sangue é mais característico, assim como sintomas gerais e locais.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 125/359



Quadro 15 – Principais etiologias da diarreia

| | |
|---|---|
| **Diarreia Aguda** | *Vibrio cholerae, Escherichia coli* (enteropatogênica clássica, enterotoxigênica, enteroinvasiva, entero-hemorrágica), *Clostridium difficile, Salmonella, Shigella*. Agentes virais como rotavírus, Norwalk, protozoários (*Entamoeba hystolitica, Giardia lamblia* e *Criptosporidium sp*), fungos como *Candida albicans* (raramente). Ingestão de toxinas estafilocócicas, do *Baccilus cereus* e *Clostridium perfingens* nas intoxicações alimentares. |
| **Diarreia Prolongada** | *Giardia lamblia, Cryptosporidium, Escherichia coli enteropatogênica* clássica, *Escherichia coli* enteroagregativa. |
| **Diarreia Crônica** | Cólon irritável, tuberculose, parasitoses intestinais (várias etiologias), enteropatia por glúten etc. |

Fonte: (DUNCAN, 2004).

O exame físico é importante para avaliar a presença de desidratação para a instituição do tratamento adequado (Quadro 16).

Quadro 16 – Principais sinais para avaliação do grau de desidratação

| | Hidratado | Desidratado | Desidratação grave |
|---|---|---|---|
| Aspecto | Alerta | Irritado, com sede | Deprimido, comatoso |
| Olhos | Brilhantes com lágrima | Encovados | Muito encovados, sem lágrima |
| Mucosas | Úmidas | Secas | Muito secas |
| Bregma | Normotensa | Deprimida | Muito deprimida |
| Turgor | Normal | Pastoso | Muito pastoso |
| Pulso | Cheio | Palpável | Débil ou ausente |
| Perfusão | Normal | Normal | Alterada |
| Circulação (PA) | Normal | Normal | Diminuída/taquicardia |
| Diurese | Normal | Pouco diminuída | Oligúria/anúria |
| Redução do peso | 0% | ≤ 10% | > 10% |

Fonte: (RICCETTO; ZAMBOM, 2005, adaptado).

## Tratamento

Após avaliação clínica do usuário, estabelece-se qual plano de tratamento será executado.

Planos de tratamento para desidratação

O Quadro 17 a seguir resume os planos de tratamento de desidratação de acordo com a avaliação clínica inicial.

Quadro 17 – Planos de tratamento para desidratação

| |
|---|
| **Plano A:** diarreia sem desidratação. Usuário atendido e dispensado com orientações de cuidados domiciliares levando sais hidratantes para a casa. |
| **Plano B:** diarreia com desidratação. Usuário em observação com TRO. |
| **Plano C:** diarreia com desidratação grave. Reidratação endovenosa. |

Fonte: (SÃO PAULO, 2008, adaptado).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 126/359



## Plano A

O tratamento para usuários com diarreia sem desidratação pode ser realizado no domicílio, sempre orientando os cuidadores sobre o caráter autolimitado da doença. Não suspender ou modificar a dieta habitual, porém oriente maior oferta líquida. Caso haja vômitos, recomende o fracionamento da dieta pode melhorar a aceitação. A solução de reidratação oral (SRO) deve ser oferecida à vontade após cada evacuação, porém não deve ser misturada com outros líquidos como chás, leite ou refrigerante. Sempre orientar que a SRO não substitui as refeições.

## Plano B

Quando o usuário já apresenta alguns sinais de desidratação, porém sem gravidade, deve permanecer na Unidade Básica de Saúde para realizar a reidratação. Sempre pesar a criança sem roupa para monitoração do ganho de peso. Pode-se realizar controle da diurese, usando saco coletor, se necessário, em crianças sem controle vesical. Nesse momento, suspender a alimentação enquanto o usuário permanecer desidratado. A exceção são crianças alimentadas com leite materno, que podem continuar fazendo uso deste alimento à vontade.

Deve-se iniciar a Terapia de Reidratação Oral (TRO) com SRO recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em pequenos volumes, aumentando a frequência da oferta aos poucos. O volume a ser ofertado depende do grau de desidratação. Usuários com desidratação leve (perda de 3% a 5% do peso corporal) devem receber 50ml/kg de SRO mais a reposição das perdas continuadas em umeríodo de quatro horas. Aqueles com desidratação moderada (6% a 9% do peso corporal) devem receber 100ml/kg de SRO mais a reposição de perdas continuadas, em um período de quatro horas.

Deve-se evitar o uso de antitérmico caso haja febre. Esta costuma ceder à medida que a desidratação vai sendo reparada. O usuário deve ser avaliado constantemente, pois o Plano B termina quando desaparecem os sinais de desidratação, a partir do qual se deve adotar ou retornar ao Plano A.

Se houver uma ou mais contraindicações para TRO (Quadro 18), deve-se iniciar imediatamente a terapia de reidratação endovenosa – ver Plano C.

Quadro 18 – Contraindicações da TRO

| |
|---|
| Perda ou ganho insuficiente de peso após as primeiras horas de TRO. |
| Vômitos persistentes. |
| Recusa persistente da solução. |
| Distensão abdominal grave íleo paralítico. |
| Alteração de consciência. |
| Evolução para choque hipovolêmico. |

Fonte: (SÃO PAULO, 2008, adaptado).

## Plano C

Deve-se iniciar o Plano C quando o paciente apresentar dificuldade de injestão de líquidos devido à hiperêmese, quadro de desidratação grave ou colapso circulatório (choque). Essa situação se constitui em emergência médica e o usuário deverá ser transferido o mais rapidamente possível. Os primeiros cuidados na unidade de saúde são importantíssimos e já devem ser efetuados à medida que se aguarda a chegada do Samu. Para a reidratação de adultos, alguns pontos são importantes:



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

- Administrar, por via venosa periférica (duas veias de bom calibre – scalp 19), volumes iguais de soro fisiológico 0,9% e ringer lactato em, aproximadamente, 10% do peso do paciente, em cerca de duas horas. Se estiver faltando uma das soluções, usar apenas uma.
- Reavaliar o paciente após duas horas, se persistirem os sinais de choque, repetir a prescrição; caso contrário, iniciar balanço hídrico com as mesmas soluções.
- Administrar a solução de SRO em doses pequenas e frequentes, tão logo o paciente a aceite. Isso acelera a sua recuperação e reduz drasticamente o risco de complicações pelo manejo inadequado.
- Suspender a hidratação endovenosa quando o paciente estiver hidratado, com boa tolerância ao SRO e sem vômitos.

Abaixo, segue esquema de reidratação para crianças.

Quadro 19 – Fase rápida de expansão

| **Solução recomendada:** | |
|---|---|
| Soro glicosado 5% (SG 5%) | 1:1 (partes iguais) |
| Soro Fisiológico 0,9% | |
| Dose de 20ml/kg a cada 20 minutos até reidratação completa, que se traduz por duas diureses claras. Repetir quantas vezes for necessário. | |

Fonte: (RICCETTO; ZAMBOM, 2005, adaptado).

A fase de manutenção e reposição é feita em 24 horas. Muitos serviços de atenção primária não têm disponibilidade de realizar esse acompanhamento, sendo necessária a transferência desse usuário ao serviço de urgência. Porém o início dessa fase já pode ser feito na unidade básica.

Tabela 1 – Fase de manutenção e reposição

| **Peso** | **Líquidos (manutenção)Volume em 24h de SG 5%** | | |
|---|---|---|---|
| Até 10kg | 100ml/kg | | |
| De 10kg a 20 kg | 1.000ml + 50ml para cada kg de peso acima de 10kg | | |
| Acima de 20 kg | 1.500ml + 20ml para cada kg de peso acima de 20kg | | |
| **Perdas** | **Líquidos (reposição) Volume** | **SG 5%** | **SF** |
| Leves ou moderadas | 50ml/kg/24h | 50% | 50% |
| Graves | 100ml/kg/24h | 50% | 50% |
| **Íons** | | | |
| Na 10% | 3,0mEq/100ml/dia | | |
| K 19,1% | 2,5mEq/100ml/dia | | |
| **Taxa de infusão de glicose (TIG)** | | | |
| **0,3g a 0,5g glicose/100ml/hora** | | | |

Fonte: (RICCETTO; ZAMBOM, 2005, adaptado).

## Tratamento antimicrobiano

Os antibióticos ficam reservados para os casos de cólera, manifestações sistêmicas da infecção por Clostridium difficile, Shigella, Salmonella em crianças menores de três meses de idade ou imunodeprimidos e outros raros casos em que após a reidratação e normalização do equilíbrio acidobásico mantém-se o comprometimento do estado geral, sugerindo translocação bacteriana ou



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

sepse (Quadro 20). As infecções causadas por parasitas específicos, como Giardia lamblia e Entamoeba histolytica, também devem ser tratadas.

Quadro 20 – Antimicrobianos sugeridos para o tratamento da diarreia

| Microorganismo | Droga de escolha | Dose | Administração |
|---|---|---|---|
| V. cholerae | < 8 anos: *SMX+TMP<br>> 8 anos: Tetraciclina<br>Gestantes e nutrizes: ampicilina | 50mg + 10mg/kg/dia<br>500mg/dose<br>500mg/dose | 12h/12h, VO, por três dias<br>6/h6h, VO, por três dias<br>6h/6h, VO, por três dias |
| Salmonella | Cefalosporina de 3ª geração | 100mg/kg/dia | 12h/12h, IV, 21 dias |
| Shigella | SMX+TMP* | 50mg + 10mg/kg/dia | 12h/12h, durante cinco a sete dias |
| | Havendo resistência bacteriana: quinolonas (contraindicadas em gestantes e crianças) | | |
| C. difficile | Vancomicina | 40mg/kg/dia | 6h/6h, VO |
| G. lamblia | Secnidazol ou Tinidazol<br>ou Metronidazol | Adultos: 2g; Crianças: 30mg/kg/dia, não ultrapassando o máximo de 2g/dia<br>Idem ao Secnidazol<br>Crianças: 15mg/kg/dia (máx 250mg/dia)<br>Adultos: 250mg por dose | Dose única, VO.<br>Idem ao Secnidazol<br>Duas vezes ao dia, VO, por cinco dias |

Fonte: (SÃO PAULO, 2002; SUCUPIRA, 1995; BRASIL, 2010).

*SMX+TMP = Sulfametoxazol + Trimetropima

## Tratamento para Amebíase (E. hystolitica)

**1ª opção:** Formas intestinais: Secnidazol – Adultos: 2g, em dose única. Crianças: 30mg/kg/dia, VO, não ultrapassando o máximo de 2g/dia. Deve ser evitado no primeiro trimestre da gravidez e durante a amamentação.

**2ª opção:** Metronidazol, 500mg, três vezes/dia, durante cinco dias, para adultos. Para crianças, recomenda-se 35mg/kg/dia, divididas em três doses, durante cinco dias. Formas graves: amebíase intestinal sintomática ou amebíase extraintestinal): Metronidazol, 750mg, VO, três vezes/dia, durante dez dias. Em crianças, recomenda-se 50mg/kg/dia, durante dez dias.

**3ª opção:** Tinidazol, 2g, VO, para adultos, após uma das refeições, durante dois dias, para formas intestinais. Formas extraintestinais: 50mg/kg/dia, durante dois ou três dias, a depender da forma clínica. Em formas graves, utilizar a mesma dosagem das formas leves, por três dias. Em crianças, a dosagem recomendada é 50mg/kg/dia.

**4ª opção:** Somente para formas leves ou assintomáticas: Teclozam, 1.500mg/dia, divididas em três doses de 500mg, dose única para adultos. Em crianças, a dosagem recomendada é de 15mg/kg/dia, durante cinco dias.

Importante: Medicamentos usados para "cortar" a diarreia não devem ser administrados, pois, além de não ajudarem efetivamente no tratamento, podem complicar o quadro.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

A monitorização das doenças diarreicas agudas (MDDA) é importante, pois permite detectar localmente o padrão das diarreias existentes, apontando, em tempo oportuno, surtos e epidemias.

## Vômitos

### Abordagem clínica

Iniciamos a abordagem clínica levantando dados relevantes na história do usuário (Quadro 21).

Quadro 21 – Achados clínicos. Uso de medicações Uma das causas mais frequentes de náuseas e vômitos

| Uso de medicações | Uma das causas mais frequentes de nauseas e vômitos |
|---|---|
| Tempo e duração das queixas | Horas ou dias: sugere infecção aguda mais frequente no trato digestivo (TGI). Descartar gravidez.<br>Evolução mais prolongada/crônica: maior probabilidade de gravidez, distúrbios de motilidade ou obstrução no TGI, distúrbios metabólicos. Descartar alterações psquiátricas se quadros muito prolongados. |
| Relação temporal com as refeições | Imediatamente após a refeição sugere causa psicogênica. Uma hora após refeição, pode-se suspeitar de gastroparesia e, após 12 horas, sugere obstrução intestinal. |
| Relação do vômito com a dor | Aliviam a dor em doença ulcerosa péptica e ocasionalmente na obstrução intestinal, mas não aliviam a dor na colecistopatia, apendicite ou pancreatite. |
| Conteúdo e odor dos vômitos | Alimentos não digeridos sugerem divertículos esofágicos, faríngeos (Zenker) ou acalasia. Presença de sangue sugere hemorragia digestiva alta. Vômito bilioso (comum em usuário gastrectomizado) sugere passagem de líquido do duodeno para o estômago e exclui obstrução gástrica ou duodenal proximal. Alimentos parcialmente digeridos sugerem obstrução gástrica, gastroparesia ou obstrução intestinal alta. Já os com odor fecaloide sugerem obstrução intestinal distal ou colônica, fístula gastrocólica, íleo paralítico, isquemia intestinal ou supercrescimento bacteriano gástrico. |
| Vômitos em jato | Comuns em quadros de hipertensão intracraniana, principalmente com a mudança de posição do usuário. Esse quadro não é sensível nem específico de hipertensão no sistema nervoso central (SNC). |

Fonte: (MARTINS et al., 2007, adaptado).

No exame físico, deve-se investigar distensão abdominal, presença de ruídos hidroaéreos, dor abdominal, presença de massas, dor à descompressão brusca dolorosa, contração abdominal involuntária, icterícia. Sempre realizar exame neurológico e avaliar sinais de desidratação.

Após ser realizada uma boa anamnese e exame físico, alguns exames complementares podem ser solicitados, se necessários, e sempre dirigidos para a hipótese realizada.

### Tratamento

Na grande maioria dos casos, somente a hidratação oral é suficiente, conforme Plano A ou Plano B (descritos acima). Deve-se também recomendar dieta fracionada, de preferência líquida, em menor quantidade e mais frequente. Alguns medicamentos pró-cinéticos e antieméticos podem ser utilizados em alguns casos específicos. Porém, deve-se evitar o uso indiscriminado dessas medicações, sem uma avaliação clínica prévia, principalmente em crianças.

Nos casos de vômitos incoercíveis ou sinais de desidratação ou se detectados sinais de enfermidades mais severas, como as de hipertensão do SNC, distúrbios eletrolíticos persistentes ou outras condições clínicas graves, os usuários devem ser encaminhados ao serviço de urgência.



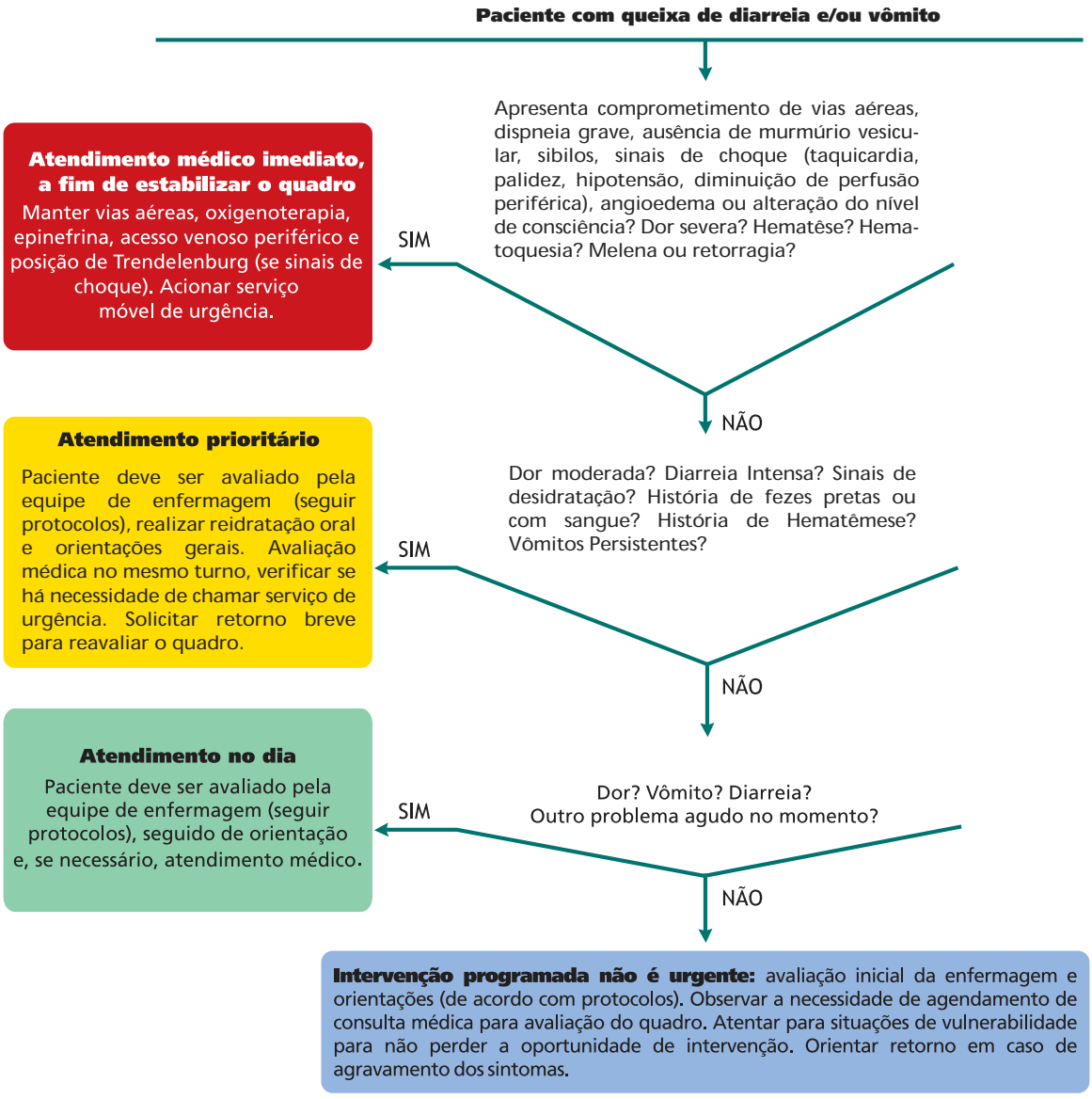
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 130/359



Figura 8 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vunerabilidade dos pacientes que procuram atendimento por queixa de diarreia e/ou vômito




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## 2.6 DISPNEIA

Este capítulo tem como abordagem principal a assistência às situações de dispneia aguda em Unidades Básicas de Saúde com enfoque para pneumonia adquirida na comunidade, exacerbação da asma e edema agudo pulmonar.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Conceitos

Considera-se dispneia como sendo um sintoma alarme multifatorial que pode ter diversos mecanismos fisiopatológicos, entre os quais, pulmonar, cardiogênico e psicológico. Define-se dispneia como a sensação de desconforto respiratório, incongruente ao nível de esforço desenvolvido. Pode ser de curso agudo ou crônico, de início insidioso ou abrupto e de intensidade leve à incapacitante. Pode também estar isolado ou associado a outros sinais e sintomas, que, por exemplo, no caso de pneumopatias, poderá vir adjunto à tosse, taquipneia, utilização de musculatura respiratória acessória, febre e dor torácica.

É importante elucidar também o conceito de taquipneia devido à variação de diagnóstico nas diversas faixas etárias, por ser o principal sinal indicativo de pneumonia na infância, mesmo isolado, e por ter íntima relação com hipoxemia e gravidade. Assim, taquipneia é definida como a elevação do número de incursões respiratórias (ir/m), de acordo com a seguinte referência:

Quadro 22 – Referências para diagnóstico de taquipneia em crianças

| Incursões respiratórias | Idade da criança |
|---|---|
| > 60/minuto | até 2 meses |
| > 50/minuto | 3 a 12 meses |
| > 40/minuto | 13 meses até 5 anos |
| > 30/minuto | 6 a 8 anos |
| > 25/minuto | a partir de 8 anos (e adultos) |

Fonte: (DIRETRIZES BRASILEIRAS EM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE EM PEDIATRIA, 2007).

Obs.: Para avaliação fidedigna à classificação, deve-se avaliar a criança acordada e sem chorar.

## Diagnóstico clínico das principais causas de dispneias agudas de origem pulmonar

### Pneumonia adquirida na comunidade (PAC)

O foco deste Caderno é orientar de forma prática os profissionais de saúde das unidades de saúde em como manejar os quadros agudos das doenças mais prevalentes na Atenção Primária, por isso este tópico está direcionado para o diagnóstico e tratamento do quadro de pneumonia adquirida na comunidade.

## Diagnóstico

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma doença geralmente caracterizada por quadro de febre, dispneia, dor torácica ventilatório-dependente e tosse com expectoração. Porém, dependendo da faixa etária e comorbidades, a doença pode se manifestar com mais ou menos sinais ou sintomas. Com isso é importante para o diagnóstico e intervenção clínica precoce que sejam realizados de forma minuciosa a anamnese e o exame físico quando se tem a suspeita de PAC. O exame de Raio X de tórax é complementar e pode ser realizado quando disponível.

É importante ressaltar que o tratamento deve ser instituído independentemente de o profissional ter à sua disposição o exame de Raio X e que este é apenas um exame complementar da propedêutica do diagnóstico de PAC e suas complicações. Dessa forma, o exame de Raio X torna-se indispensável quando há suspeita de complicações, momento em que o paciente deve ser referenciado.

### Classificação de risco para PAC em crianças

Para as crianças com idade acima de dois meses, a classificação em pneumonia, pneumonia grave ou muito grave baseia-se na presença de sinais de gravidade, conforme mostrado no quadro abaixo:



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 132/359



Quadro 23 – Classificação de pneumonia em crianças

| Sinal ou sintoma | Classificação | Condutas |
|---|---|---|
| Cianose central<br>Dificuldade respiratória grave<br>Incapacidade de beber | Pneumonia muito grave | Dar a primeira dose de ataque do antibiótico recomendado ainda na UBS.<br>Referir urgentemente ao hospital. |
| Tiragem subcostal | Pneumonia grave | Dar a primeira dose de ataque do antibiótico recomendado ainda na UBS.<br>Referir urgentemente ao hospital. |
| Respiração rápida<br>> 60/minuto: 0 a 2 meses<br>> 50/minuto 3 a 12 meses<br>> 40/minuto: 13 meses até 5 anos<br>> 30/minuto: 6 a 8 anos<br>> 25/minuto a partir de 8 anos<br>Estertores crepitantes à ausculta pulmonar | Pneumonia | Dar a primeira dose de ataque do antibiótico recomendado ainda na UBS e mantê-lo por sete dias.<br>Aliviar a tosse com medidas caseiras.<br>Informar à mãe sobre quando retornar, imediatamente.<br>Se tiver sibilância, tratar com broncodilatador durante cinco dias.<br>Marcar o retorno em dois dias. |
| Nenhum dos sinais | Não é pneumonia | Se estiver tossindo há mais de 30 dias, iniciar avaliação para outras doenças respiratórias.<br>Aliviar a tosse com medidas caseiras. Informar à mãe sobre quando retornar, imediatamente. Se tiver sibilância, tratar com broncodilatador durante cinco dias. |

Fonte: (BRASIL, 2003).

Consideram-se graves quaisquer pneumonias em lactentes com menos de dois meses devido ao risco de infecção por agentes Gram-negativos, *Streptococos β hemolíticos e Staphylococcusaureus* e, por isso, está indicado internação hospitalar.

É importante ressaltar a necessidade de se identificar também os fatores de risco para o agravamento dos quadros de pneumonia e prontamente diagnosticar os casos graves ou muito graves para que haja encaminhamento ao hospital. Assim, as principais indicações de internação hospitalar dos casos de crianças com PAC são:

| |
|---|
| Idade < 2 meses. |
| Tiragem subcostal. |
| Convulsões. |
| Sonolência. |
| Estridor em repouso. |
| Desnutrição grave. |
| Impossibilidade de ingestão de líquidos. |
| Sinais de hipoxemia. |
| Doença de base debilitante (ex.: cardiopatia, pneumopatia crônica, doença falcêmica). |
| Derrame pleural, abscesso pulmonar, pneumatocele. |
| Falha de terapêutica ambulatorial. |
| Apoio familiar não favorável ao tratamento domiciliar da criança com quadro agudo. |



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 133/359



## Escore de gravidade para PAC em adultos

A classificação de risco mais simples que permite ter um prognóstico seguro de PAC considera sinais de gravidade agudos e idade do doente. Tal classificação denominada de CRB-65 trata-se de um escore baseado em quatro variáveis que seguem abaixo. Para cada um dos critérios, atribui-se 1 ponto, tendo-se, portanto, um escore que varia de 0 a 4 pontos. Dessa forma, recomenda-se que pacientes com escore de 0 ou 1 ponto podem ser tratados no domicílio. Já os com escore 2 devem receber tratamento hospitalar e os com escore 3 e 4 devem ser encaminhados para internação. Pela simplicidade e não necessidade de aparatos técnicos de exames complementares, essa classificação pode ser utilizada pela Atenção Primária sem dificuldades, como mostra abaixo:

**C** Presença de confusão mental.

**R** Frequência respiratória (respiratory rate) maior ou igual a 30 irpm.

**B** Pressão arterial (blood pressure) sistólica menor que 90mmHg ou diastólica menor ou igual a 60mmHg.

**65** Idade maior que 65 anos.

## Tratamento

Antibioticoterapia indicada para o início do tratamento de PAC em crianças e adultos.

O tratamento inicial é sempre empírico quando há suspeita de PAC, tanto para crianças quanto para adultos. Logo, a escolha estará relacionada com o agente microbiano mais incidente por faixa etária e presença de comorbidades. A decisão do tratamento precoce é importante para que haja diminuição do risco de agravamento do quadro e consequente desfecho fatal. Ver quadro abaixo:

Quadro 24 – Posologia dos principais antimicrobianos para tratamento ambulatorial de pneumonia em crianças com idade > dois meses (via oral) e adultos

| Idade e/ou comorbidade | Antibiótico inicial |
|---|---|
| 2 meses a 5 anos | Amoxicilina 50mg/kg/dia, 8h/8h, sete a dez diasPenicilina procaína* 50.000UI/kg/dia, 12h/12h, sete dias |
| 6 a 18 anos | Amoxicilina 50mg/kg/dia, 8h/8h, sete a dez dias<br>Penicilina procaína* 50.000UI/kg/dia, 12h/12h, sete dias<br>Segunda opção: macrolídeos: eritromicina 50mg/kg/dia, 6h/6h, 14 dias |
| **Adultos** | |
| Previamente hígido, sem fator de risco para pneumococo resistente | Azitromicina (500mg, 24h/24h)<br>Claritromicina (500mg, 12h/12h)<br>Eritromicina (500mg, 6h/6h)<br>Tratamento por sete dias |
| Presença de comorbidades, uso de antibióticos nos últimos três meses, fator de risco para pneumococo resistente, regiões de alta prevalência de pneumococo resistente aos macrolídeos. Obs.: Comorbidades: doenças crônicas de coração, pulmão, fígado e rim, diabetes, alcoolismo, neoplasias, asplenia, imunodepressão (por doença ou medicamentos) | Betalactâmico + macrolídeo<br>Amoxicilina doses altas (1g, 8h/8h)<br>Amoxicilina-clavulanato (1g, 12h/12h) + Azitromicina (500mg, 24h/24h)<br>Claritromicina (500mg, 12h/12h)<br>Eritromicina (500mg, 6h/6h)<br>Tratamento por sete a dez dias |

Fonte: (BRASIL, 2007).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 134/359



Observações importantes:

- Diante do diagnóstico de pneumonia, sobretudo em crianças, a equipe de saúde deve administrar a primeira dose de antibiótico na própria UBS, independentemente do horário em que o paciente estiver sendo assistido.
- No caso de antibióticos que necessitem de diluição, o diluente deve ser água potável (própria para consumo humano).

### Seguimento

Recomenda-se que os pacientes que fizerem o seguimento ambulatorial do quadro de pneumonia sejam reavaliados a cada dois dias do início do tratamento antibiótico. Deve-se orientar o paciente ou seu responsável que, caso haja piora do quadro antes do retorno marcado, o paciente deve ir ao pronto-socorro mais próximo de sua casa.

## Asma

Abordaremos neste tópico o manejo clínico do quadro de exacerbação da asma, voltado para a Atenção Primária à Saúde.[1]

### Diagnóstico

São indicativos de asma um ou mais dos sintomas:

- Dispneia.
- Tosse crônica.
- Sibilância.
- Aperto no peito ou desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã.
- Melhora espontânea ou pelo uso de medicações específicas para asma (broncodilatadores, anti-inflamatórios esteroides).
- Três ou mais episódios de sibilância no último ano.
- Variabilidade sazonal dos sintomas e história familiar positiva para asma ou atopia.
- Diagnósticos alternativos excluídos.

### Classificação da exacerbação da asma

Como na asma persistente, a exacerbação também deve ser classificada quanto à gravidade, determinando a conduta específica, a saber, leve/moderada, grave e muito grave. Essa classificação utiliza critérios objetivos, como a verificação do pico do fluxo expiratório (em pacientes > 5 anos de idade), frequência cardíaca, frequência respiratória (FR) e oximetria de pulso.

Os fatores responsáveis pelo desencadeamento de uma crise asmática são conhecidos como "gatilhos" (triggers). Entre os principais, destacam-se:

- Infecção viral.
- Alergenos (poeira, ácaros, pólen, pelo de animais, entre outros).
- Fumaça de cigarro.
- Irritantes químicos e poluição ambiental.

[1] O manejo de quadros persistentes é abordado no CAB 25: Doenças Respiratórias Crônicas.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 135/359



- Mudanças climáticas.
- Exercícios físicos vigorosos.
- Medicamentos (anti-inflamatórios não esteroides e betabloqueadores).
- Estresse emocional.

Cerca de 80% das exacerbações são concomitantes a quadros de infecções virais das vias aéreas, cujos principais agentes são rinovírus, influenza, vírus sincicial respiratório, entre outros.

Quadro 25 – Classificação da intensidade da exacerbação da asma – criança e adulto

| Achado | Leve | Moderada | Grave | Muito grave |
|---|---|---|---|---|
| DISPNEIA | Caminhando<br>Pode deitar | Conversando<br>Prefere sentar | Em repouso<br>Crianças em aleitamento param amamentação | Em repouso |
| FALA | Sentenças | Frases | Palavras | |
| ESTADO MENTAL | Normal | Agitado | Agitado | Confuso |
| FR* | Normal | Aumentada | Aumentada | > 30 (adultos) |
| **Ver parâmetros no início do capítulo** | | | | |
| MUSCULATURA ACESSÓRIA | Geralmente não | Retração intercostal leve ou ausente | Retrações subcostais e/ou esternocleidomastoideas acentuadas | Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão) |
| **PULSO/min** | **<100** | **100-120** | **>120** | **>120** |
| **FC: 2-12meses < 160/min; 1-2 anos < 120/min; 2-8 anos < 110/min** | | | | |
| PFE após β2 | > 80% | 60%-80% | < 60% | |
| Saturação O2 | > 95% | 91%-95% | < 90% | |
| PaO2 | normal | > 60mmHg | < 60mmHg | |
| PaCO2 | < 45mmHg | < 45mmHg | > 45mmHg | |

Fonte: (GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA AND PREVENTION, 2007; CONSENSO BRASILEIRO DE ASMA IV, 2006).

### Tratamento da exacerbação

Os pacientes com asma persistente que estão bem controlados com o uso da medicação como corticoide inalatório possuem risco diminuído de exacerbações. Continuam vulneráveis a elas, por exemplo, diante de uma infecção respiratória. É importante lembrar que a grande maioria das exacerbações pode ser tratada na Unidade de Saúde. São considerados fatores de risco para exacerbações:

- História prévia de asma quase fatal, necessitando de intubação endotraqueal.
- Utilização atual ou recente de corticoide oral.
- Interrupção do uso de corticoide inalatório.
- Três ou mais visitas a serviços de pronto-atendimento ou duas ou mais hospitalizações por asma aguda nos últimos 12 meses.
- Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado (bombinha) de broncodilatador/mês.
- História de doença psiquiátrica ou psicossocial, incluindo uso de sedativos.
- Comorbidades: rinite alérgica não tratada, outras doenças pulmonares e cardiovasculares.
- História de má adesão ao tratamento de anti-inflamatório de manutenção.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 136/359



### Tratamento da crise de asma na unidade de saúde ou em domicílio

O tratamento da asma aguda deve ser baseado no quadro clínico e, quando possível, na avaliação com medidas objetivas, entre as principais, a verificação do pico do fluxo expiratório (PFE) e da oximetria de pulso. A grande maioria das exacerbações de asma se dá em intensidade leve a moderada e pode ser tratada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento inicial com beta-agonista inalatório (e eventualmente via oral) pode até mesmo ser iniciado no domicílio, para posterior reavaliação na UBS, quando necessário.

O atendimento ao paciente em crise de asma possui os seguintes passos, descritos no algoritmo abaixo (ver Figura 9 – Algoritmo 1: Manejo da exacerbação da asma).

A combinação de duas drogas broncodilatadoras (beta-agonista de ação rápida e brometo de ipratrópio) potencializa o efeito da broncodilatação, diminui o número de hospitalizações e melhora a função pulmonar (PFE e VEF1).

Devido à toxicidade e efetividade, as xantinas têm papel restrito no tratamento de asma, com efeitos colaterais potencialmente fatais.

Os corticoides sistêmicos aumentam a velocidade de alívio dos sintomas, especialmente se:

- O tratamento inicial com β2 de curta duração falhar.
- O paciente já usa corticoide sistêmico.
- Houve necessidade de corticoide sistêmico em exacerbação prévia.

Os corticoides por via oral são tão efetivos quanto por via endovenosa, além de ser uma via menos invasiva e mais barata.

Quadro 26 – Dose habitual das medicações para tratamento de exacerbações da asma em adultos

| | |
|---|---|
| Broncodilatadores: Para as exacerbações leves a moderadas: | |
| β2 de curta duração → | dose de ataque: 2 a 4 jatos a cada 20 minutos na primeira hora. Manutenção: 2 a 4 jatos a cada 3h-4h (crises leves); 6 a 10 jatos a cada 1h-2h (crises moderadas) |
| Corticoide sistêmico: Prednisona: Via oral → dose: 0,5mg a 1,0mg/kg/dia | |

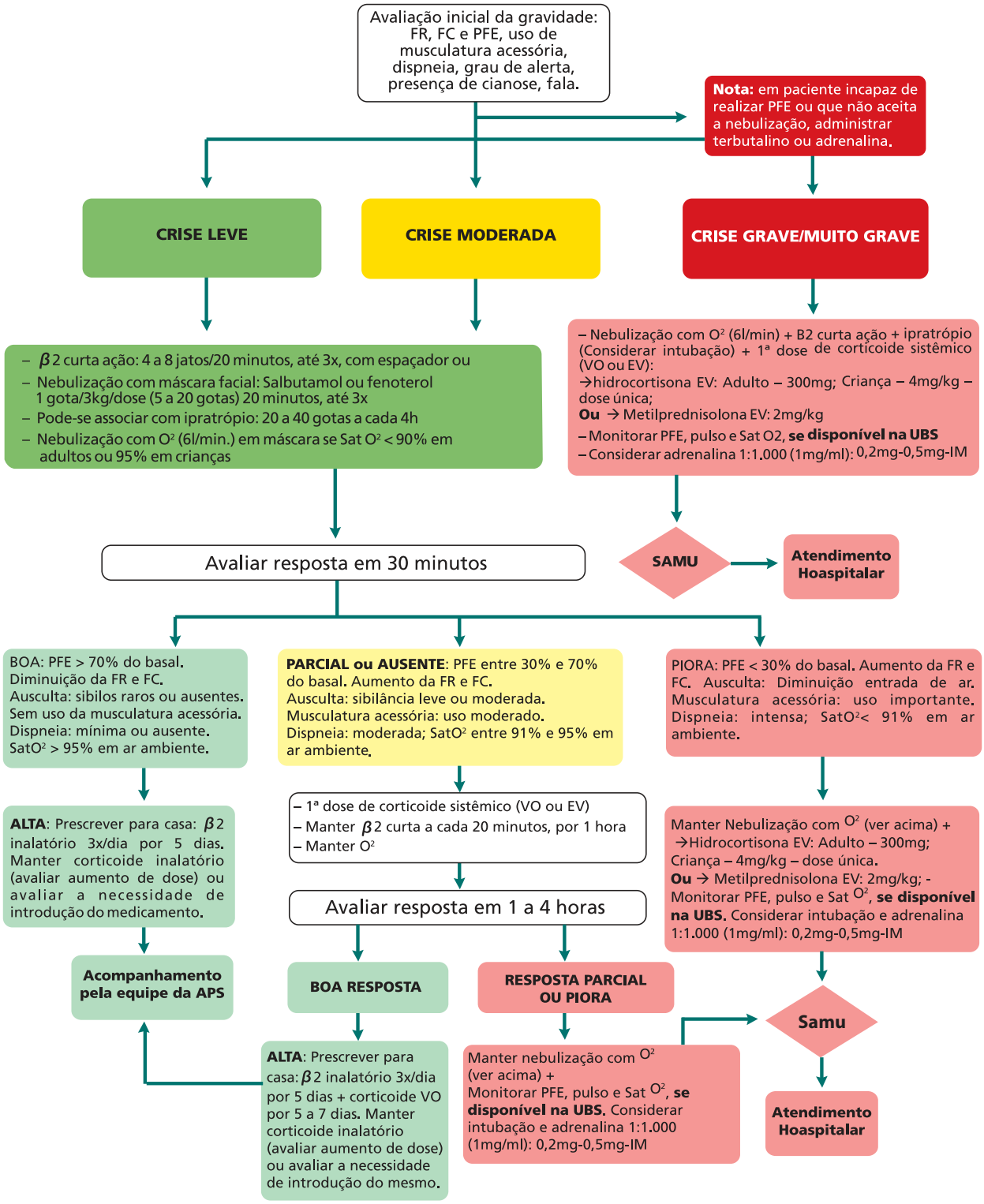
Fonte: (GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA, 2007).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 9 – Algoritmo 1: Manejo da exacerbação da asma




Fonte: (GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION, 2007; CONSENSO BRASILEIRO DE ASMA, 2006, adaptado).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 138/359



### Uso do medidor de pico de fluxo expiratório (*Peak Flow*)

Evidências demonstram que a gravidade da crise asmática é mais fidedignamente diagnosticada pelo desfecho, após introdução de medicamento abortivo da crise, do que pela apresentação clínica inicial. Assim, a resposta imediata funcional aos broncodilatadores inalados constitui-se em parâmetro prognóstico. Os pacientes que não atingem 45% do previsto do pico de fluxo expiratório (PFE), após a administração de 5mg a 10mg de salbutamol por nebulização, constituem um grupo de pior prognóstico que, em geral, necessita de internação hospitalar.

O início do atendimento ao paciente em crise de asma, nas unidades que possuem medidor de pico de fluxo, possui os seguintes passos:

| |
|---|
| 1. Medir o PFE com o paciente sentado, utilizando o aparelho portátil *Peak Flow Monitor* (medidor de pico de fluxo) – veja "como usar" abaixo. O resultado deve ser expresso em percentagem do previsto para sexo, idade e altura. Ver Gráfico, Quadro 2 e explicação do cálculo de avaliação abaixo. |
| 2. Administrar as três primeiras doses de β2 de ação rápida, por via inalatória, espaçadas de 20 minutos. Na vigência de hipoxemia, clinicamente evidenciada por meio de cianose, e dificuldade respiratória, diagnosticada preferentemente por meio da monitorização pela oximetria de pulso, realizar suplementação com oxigênio.<br>Não há diferença na eficácia terapêutica quando os broncodilatadores de ação rápida são administrados por meio de aerossóis (bombinhas) – especialmente quando acoplados a espaçadores – ou nebulização (por meio de nebulizadores elétricos ou de fluxômetro de oxigênio) e, por isso, os primeiros são preferenciais pela facilidade e disponibilidade de uso. Os espaçadores podem ser artesanais (valvulados ou não valvulados, como é o caso de garrafas de água mineral). |
| 3. Reavaliar a resposta ao BD a cada 20 a 30 minutos. Ver algoritmo abaixo. |

Como usar o *Peak Flow* (medidor de pico de fluxo – foto abaixo):

- Certifique-se de que o "contador" está "zerado".
- Coloque o paciente sentado.
- Solicite que o paciente inspire o mais profundamente possível.
- Oriente-o a colocar o medidor na boca e apertar a boquilha com os lábios e obstruir as narinas com os dedos de uma das mãos evitando o escape do ar.
- Oriente-o a soprar o mais forte e rapidamente possível.
- Anote o valor obtido.
- Repita o processo mais duas vezes e aponte o valor mais elevado no seu registro (os três valores obtidos devem ser similares).
- Cumpra as indicações de limpeza do aparelho para garantir a precisão das leituras futuras.



Figura 10 – Aparelho *Peak Flow*
Fonte: (APARELHO PEAK FLOW, 2012).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 139/359



Tabela 2 – Parâmetros de avaliação do pico de fluxo expiratório

| Idade | Estatura – Mulheres | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.40 | 1.45 | 1.50 | 1.55 | 1.60 | 1.65 | 1.70 | 1.75 | 1.80 | 1.85 | 1.90 | 1.95 | 2.00 |
| 15 | 426 | 438 | 449 | 461 | 473 | 485 | 497 | 509 | 521 | 533 | 544 | 556 | 568 |
| 20 | 415 | 427 | 439 | 451 | 463 | 475 | 487 | 499 | 510 | 522 | 534 | 546 | 558 |
| 25 | 405 | 417 | 429 | 441 | 453 | 465 | 477 | 488 | 500 | 512 | 524 | 536 | 548 |
| 30 | 395 | 407 | 419 | 431 | 443 | 454 | 466 | 478 | 490 | 502 | 514 | 526 | 538 |
| 35 | 385 | 397 | 409 | 420 | 432 | 444 | 456 | 468 | 480 | 492 | 504 | 516 | 527 |
| 40 | 375 | 387 | 398 | 410 | 422 | 434 | 446 | 458 | 470 | 482 | 493 | 505 | 517 |
| 45 | 364 | 376 | 388 | 400 | 412 | 424 | 436 | 448 | 459 | 471 | 483 | 495 | 507 |
| 50 | 354 | 366 | 378 | 390 | 402 | 414 | 426 | 437 | 449 | 461 | 473 | 485 | 497 |
| 55 | 344 | 356 | 368 | 380 | 392 | 403 | 415 | 427 | 439 | 451 | 463 | 475 | 487 |
| 60 | 334 | 346 | 358 | 369 | 381 | 393 | 405 | 417 | 429 | 441 | 453 | 465 | 476 |
| 65 | 324 | 336 | 347 | 359 | 371 | 383 | 395 | 407 | 419 | 431 | 442 | 454 | 466 |
| 70 | 313 | 325 | 337 | 349 | 361 | 373 | 385 | 397 | 408 | 420 | 432 | 444 | 456 |
| 75 | 303 | 315 | 327 | 339 | 351 | 363 | 375 | 386 | 398 | 410 | 422 | 434 | 446 |
| 80 | 293 | 305 | 317 | 329 | 341 | 352 | 364 | 376 | 388 | 400 | 412 | 424 | 436 |

| Idade | Estatura – Homens | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.40 | 1.45 | 1.50 | 1.55 | 1.60 | 1.65 | 1.70 | 1.75 | 1.80 | 1.85 | 1.90 | 1.95 | 2.00 |
| 15 | 455 | 476 | 496 | 516 | 536 | 556 | 576 | 596 | 616 | 636 | 656 | 676 | 696 |
| 20 | 452 | 472 | 492 | 512 | 532 | 553 | 573 | 593 | 613 | 633 | 653 | 673 | 693 |
| 25 | 449 | 469 | 489 | 509 | 529 | 549 | 569 | 589 | 609 | 629 | 650 | 670 | 690 |
| 30 | 446 | 466 | 486 | 506 | 526 | 546 | 566 | 586 | 606 | 626 | 646 | 666 | 686 |
| 35 | 442 | 462 | 482 | 502 | 523 | 543 | 563 | 583 | 603 | 623 | 643 | 663 | 683 |
| 40 | 439 | 459 | 479 | 499 | 519 | 539 | 559 | 579 | 600 | 620 | 640 | 660 | 680 |
| 45 | 436 | 456 | 476 | 496 | 516 | 536 | 556 | 576 | 596 | 616 | 636 | 656 | 677 |
| 50 | 432 | 452 | 473 | 493 | 513 | 533 | 553 | 573 | 593 | 613 | 633 | 653 | 673 |
| 55 | 429 | 449 | 469 | 489 | 509 | 529 | 549 | 570 | 590 | 610 | 630 | 650 | 670 |
| 60 | 426 | 446 | 466 | 486 | 506 | 526 | 546 | 566 | 586 | 606 | 626 | 647 | 667 |
| 65 | 422 | 443 | 463 | 483 | 503 | 523 | 543 | 563 | 583 | 603 | 623 | 643 | 663 |
| 70 | 419 | 439 | 459 | 479 | 499 | 520 | 540 | 560 | 580 | 600 | 620 | 640 | 660 |
| 75 | 416 | 436 | 456 | 476 | 496 | 516 | 536 | 556 | 576 | 596 | 617 | 637 | 657 |
| 80 | 413 | 433 | 453 | 473 | 493 | 513 | 533 | 553 | 573 | 593 | 613 | 633 | 653 |

Fonte: (TAMMELING; QUANJER, 2012).

### Passo a passo do cálculo para a avaliação da exacerbação da asma

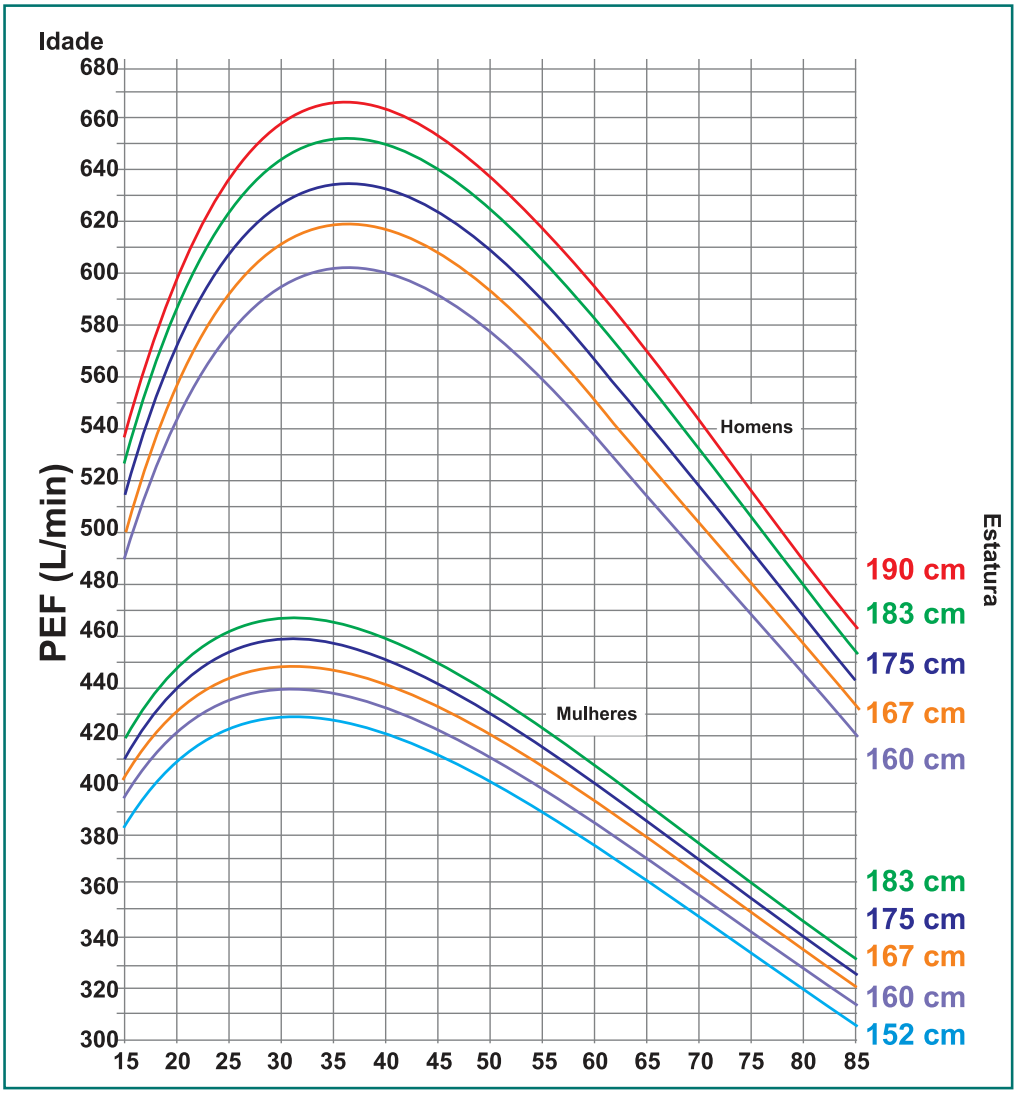
- Obtenha o resultado das três medidas do pico de fluxo expiratório, conforme descrito acima.
- Analise, de acordo com os quadros acima ou com o gráfico abaixo, a idade e o valor do peso de acordo com o sexo.
- Divida o valor obtido (1) pelo encontrado no gráfico ou nos quadros (2) e multiplique por 100 e considere o maior resultado obtido.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 11 – Valores normais para interpretação do PFE




Fonte: (GOOGLE, 2010).

## Encaminhamento

A presença de pelo menos um dos seguintes achados abaixo indica a necessidade de encaminhamento da criança ou do adulto com asma exacerbada para um hospital:

- Asma grave ou muito grave.
- Sem resposta ou persistência da taquipneia apesar de três administrações de β2 – agonista dentro de 1h-2h.
- Apoio familiar não favorável ao tratamento domiciliar da criança com quadro agudo.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 141/359



### Seguimento

Todo paciente com quadro de asma deve ser devidamente acompanhado pela equipe de Saúde da Família de forma longitudinal e integral, para orientações de controle ambiental, manejo domiciliar das crises mais leves, condicionamento físico, controle de comorbidades, orientação familiar, identificação de fatores desencadeantes, uso correto de medicação, dentre outros.

## Edema agudo pulmonar (EAP)

O edema do pulmão resulta do fluxo aumentado de líquidos, provenientes dos vasos pulmonares para o espaço intersticial e alvéolos, ultrapassando a capacidade de drenagem realizada pelos vasos linfáticos. Nessa situação clínica, portanto, o pulmão torna-se congesto, comprometendo a adequada troca gasosa. É uma das principais formas clínicas da insuficiência cardíaca aguda, mas pode ter origem não cardiovascular. A equipe de saúde da APS deve estar atenta para o diagnóstico precoce e concomitante manejo clínico inicial. Na suspeita de EAP, a equipe deverá imediatamente solicitar um serviço de atendimento móvel de urgência e referenciar o paciente para um hospital mais próximo, onde deverá ser internado para compensação do quadro.

### Diagnóstico

O diagnóstico do EAP é principalmente alcançado por meio da anamnese e exame físico, e a severidade do quadro clínico depende da quantidade de líquido extravasado para o interstício pulmonar e alvéolos.

Na anamnese deve-se perguntar a respeito de hipertensão, diabetes e cardiopatias previamente diagnosticadas. No exame físico, o quadro clínico geralmente é dramático com o paciente apresentando dispneia intensa, palidez, sudorese, uso de musculatura acessória, tosse com ou sem expectoração espumosa e rosada, além de cianose. Ansiedade, agitação e sensação de sufocamento também podem acompanhar o quadro. Na avaliação pulmorar, à ausculta notar-se-ão crepitações pulmonares difusas (desde as bases até os ápices), podendo ocorrer também sibilos e até roncos. E na avaliação cardíaca pode-se identificar ictus cordi desviado, e à ausculta poderá haver a presença de B3 e sopros cardíacos.

Dependendo do grau e tipo de insuficiência cardíaca congestiva, também se pode evidenciar turgência jugular, edema de membros inferiores e de parede abdominal, hepatomegalia.

### Tratamento

Abordaremos neste Caderno apenas o tratamento que se deve dispensar pela equipe de saúde da APS, durante o atendimento de urgência até o momento da remoção do paciente, vez que este deverá ser removido para um hospital, onde deverá ser internado para investigação a causa do EAP e acompanhado até a sua estabilização.

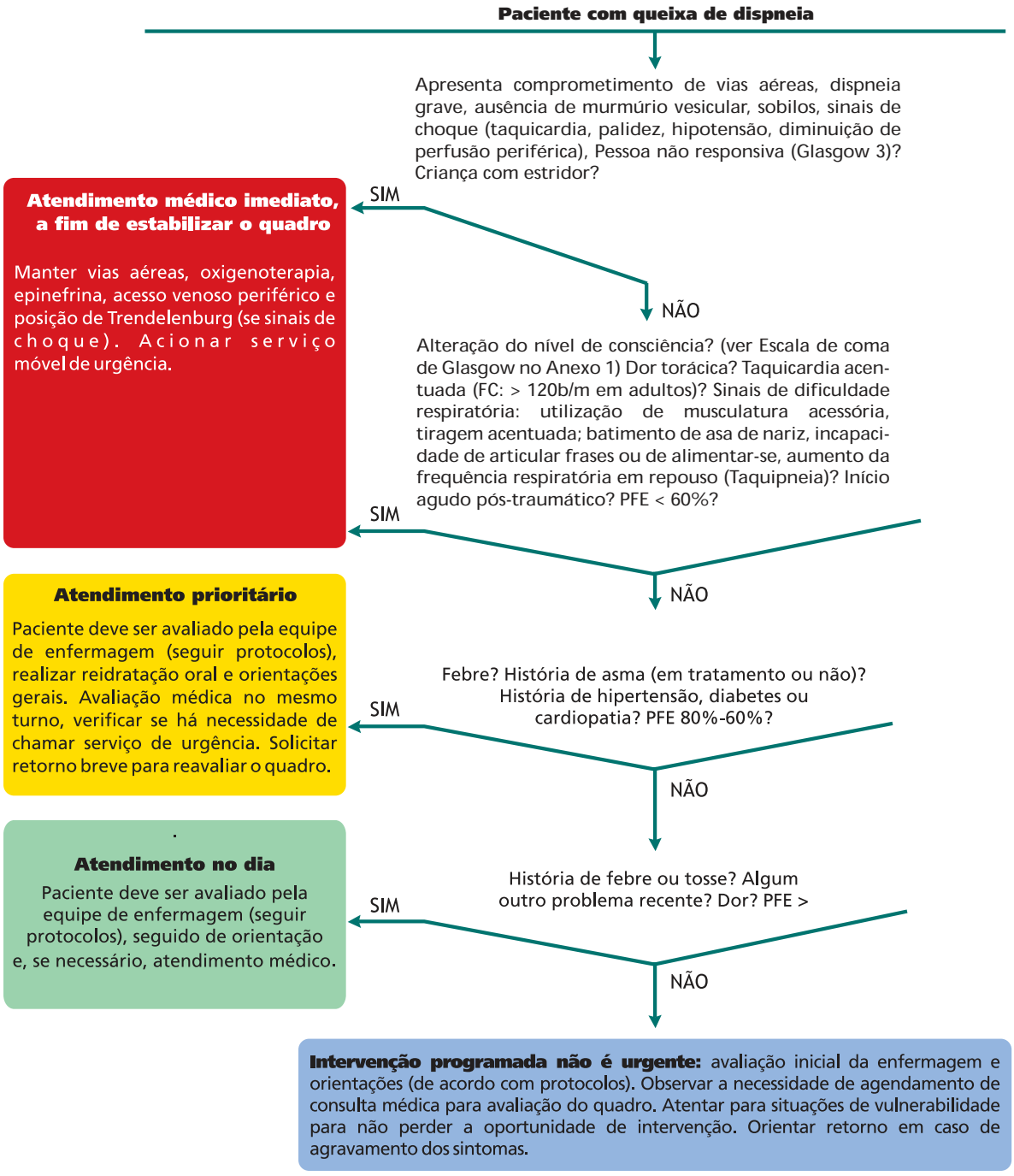
O paciente deve ser posicionado sentado, com as pernas pêndulas, para reduzir o retorno venoso e, imediatamente, ser ofertado $O^2$ úmido por meio de cânula nasal ou máscara facial (5 litros/m). Deve-se também garantir acesso venoso e iniciar infusão de furosemida 40mg. A equipe deve estar atenta ao retorno do paciente, após estabilização e alta hospitalar, para acompanhamento e prevenção terciária de novos quadros de descompensação e consequente EAP.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 12 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram atendimento devido à queixa de dispneia




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 143/359



## 2.7 DISÚRIA

A disúria é um sintoma prevalente no atendimento da demanda espontânea das Unidades Básicas de Saúde, portanto deve ser valorizada, e seu correto manejo clínico é essencial para o médico de Família e Comunidade

### Definições

A disúria pode ser definida como a sensação de ardência, queimação ou desconforto ao urinar, podendo vir ou não acompanhada de outros sintomas, tais como:

- **Polaciúria:** aumento na frequência de urinar, sem que necessariamente ocorra alteração no volume urinário.
- **Urgência miccional:** forte impulso para urinar, pode acompanhar ou não a polaciúria.
- **Hematúria:** presença de sangue na urina, que pode ser microscópica, quando só é percebida no exame bioquímico; ou macroscópico, quando pode ser percebida apenas pela observação da urina, com alteração da cor e/ou turvação.

### Diagnóstico

Os principais eventos clínicos onde a disúria pode estar presente são:

- Infecção do trato urinário baixo (bacteriúria assintomática, cistite, prostatites, uretrites).
- Infecções do trato urinário alto (pielonefrite aguda).
- Litíase renal.
- Vaginites.
- Traumatismo genitourinário.
- Irritantes uretrais.
- Reação alérgica.
- Câncer vesical.

A investigação clínica da disúria deve ser baseada fundamentalmente na anamnese e no exame físico, pois, por meio destes, é possível afastar muitos diagnósticos diferenciais, não necessitando arealização de exames complementares, que podem não ser acessíveis em grande parte dos municípios brasileiros que têm a Estratégia Saúde da Família como porta de entrada do SUS.

Na anamnese do trato urinário, devemos investigar a presença de outros sintomas irritativos, de sintomas gerais (principalmente febre e mal-estar), de sintomas obstrutivos, ocorrência de traumas ou manipulação prévia do canal urinário, início dos sintomas, presença de lesões de pele ou queixas de DST (corrimentos uretrais e vaginais) e antecedente pessoal de infecção do trato urinário e nefrolitíase.

O exame físico deve focar:

| |
|---|
| **Abdome:** principalmente inspeção e palpação, valorizando a presença ou não do sinal de Giordano. |
| **Próstata:** toque, valorizando a presença de dor. |
| **Genital:** inspeção externa, palpação, exame especular e toque (nas mulheres). |



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 144/359



Como citado anteriormente, os exames complementares (urinálise, urocultura e ultrassom de vias urinárias) não são essenciais para a abordagem diagnóstica da disúria; porém, quando necessários e disponíveis, podem auxiliar o clínico em algumas situações, determinando o grau de gravidade da patologia.

## Infecção do trato urinário (ITU)

É caracterizada pela presença de microrganismos no trato urinário, podendo ser sintomática ou assintomática (bacteriúria assintomática). A ITU também pode ser dividida em baixa (que engloba a cistite, a uretrite e a prostatite), e em alta (pielonefrite).

A população de crianças, gestantes, idosos, diabéticos, imunossuprimidos está entre as mais suscetíveis à ITU. Essa infecção é o 15º diagnóstico mais comum nas consultas dos médicos de Família e Comunidade.

Tem elevada incidência em mulheres de todas as idades e nos homens após os 50 anos; ressaltando que, após os 60 anos, 5%-15% dos homens e mulheres apresentam esse tipo de infecção.

O principal agente bacteriano é a *E. coli* (80%-95%).

A cistite é a principal causa de disúria na mulher, na criança e no idoso; a prostatite é uma causa relevante no homem. A pielonefrite, apesar de não tão prevalente, é uma das condições mais graves. Portanto este capítulo abordará esses três principais diagnósticos diferenciais.

## Cistite

Infecção bacteriana muito comum nos serviços de saúde, sendo mais frequente na mulher adulta (o dobro dos homens), principalmente devido a aspectos anatômicos e comportamentais (mulheres com ITU usualmente são mais sexualmente ativas). Vale ressaltar que, no primeiro ano de vida, a cistite é mais comum nos meninos (principalmente nos primeiros três meses).

Pode ser caracterizada clinicamente pela presença de três queixas: disúria, polaciúria e hematúria. Esses sintomas são geralmente agudos, concomitantes e de aparecimento abrupto, o que não acontece comumente na uretrite, quando são leves e graduais. A piúria é encontrada na cistite e na uretrite, porém não é comum na vaginite.

Outros sintomas podem estar presentes, tais como: dor na palpação da região suprapúbica, mal-estar geral, urina turva e com odor desagradável e raramente febre.

Importante lembrar que, na população de idosos e gestantes, a apresentação pode ser atípica.

No primeiro grupo, há alta prevalência de bacteriúria assintomática, não sendo obrigatório o tratamento, mesmo com urocultura positiva. Entretanto, no segundo grupo, 4%-10% das grávidas podem evoluir para cistite aguda, mesmo com bacteriúria assintomática, sendo imprescindível o tratamento.

O diabético também merece um olhar diferenciado, pois nesse grupo de indivíduos a ITU pode evoluir mais rapidamente para complicações que podem prejudicar a função renal significativamente (sobretudo em mulheres). Os pacientes podem apresentar apenas como sinal da cistite a bacteriúria assintomática, e outros agentes etiológicos podem estar envolvidos: fungos, *Streptoccocus* do grupo B, *Klebsiella sp*.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Nas crianças, a apresentação clínica é variada, dependendo da idade, conforme quadro a seguir.

Quadro 27 – Apresentação clínica dos quadros de ITU, por grupo etário

| Grupo etário | Apresentação clínica |
|---|---|
| Neonatos e crianças pequenas | Hipotermia, hipertemia, retardos no desenvolvimento, vômitos, diarreia, irritabilidade, letargia, icterícia, urina fétida, sepse |
| Pré-escolar | Dor abdominal, vômitos, diarreia, constipação, padrões miccionais anormais, urina fétida, febre, retardos no crescimento |
| Crianças em idade escolar | Disúria, frequência e urgência, dor abdominal, padrões miccionais anormais (incluindo incontinência e enurese), constipação, urina fétida, febre |
| Adolescentes | Disúria, frequência e urgência, desconforto abdominal, urina fétida, febre |

Fonte: (PORTO, 2005).

Na prática do atendimento clínico nas Unidades Básicas de Saúde, é importante que nas crianças seja feita, posteriormente, a investigação da causa de ITU, principalmente naquelas de repetição, de modo a prevenir lesões irreversíveis e complicações futuras.

Mulheres sem anormalidades anatômicas do trato urinário e que apresentam quadro clínico sugestivo de ITU leve ou não complicada não necessitam de exames laboratoriais para confirmação diagnóstica.

Em contrapartida, nos homens em geral, idosos, diabéticos, imunodeprimidos, gestantes e pacientes com cateterização vesical prolongada, é fundamental a realização de exames complementares (urinálise eurocultura), até porque nos homens a cistite é considerada infecção complicada.

Quadro 28 – Tratamento farmacológico de ITU

| | |
|---|---|
| **Mulheres** | Norfloxacino 400mg, 12h/12h, por três dias<br>Nitrofurantoína 100mg, 6h/6h, por três dias<br>Cefalexina 250mg, 6h/6h, por três dias |
| **Gestantes** | Cefalexina 500mg, 6h/6h, por sete dias<br>Amoxacilina 500mg, 8h/8h, por sete dias<br>Nitrofurantoína 100mg, 6h/6h, por sete dias |
| **Homens** | Norfloxacino 400mg, 12h/12h, por sete dias<br>Ciprofloxacino 500mg, 12h/12h, por sete dias<br>Cefalexina 250mg a 500mg, 6h/6h, por sete dias |
| **Idosos** | Ciprofloxacino 500mg, 12h/12h, por três dias |
| **Crianças** | Sulfametoxazol/trimetropim 40/8mg/kg/dia por dez dias<br>Cefalexina 50mg-100mg/kg/dia por dez dias<br>Amoxacilina 30mg-50mg/kg/dia por dez dias |

Fonte: (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2004; FRISOLI JUNIOR et al., 2004; MARTINS et al., 2007).

* Nos locais onde a resistência ao sulfametoxazol/trimetropim for menor que 20%, este passa a ser o medicamento de escolha, 800mg/160mg, de 12h/12h, sete dias.

Em pacientes diabéticos, podem ocorrer infecções por Cândida sp e, nesse caso, o tratamento é feito com fluconazol 200mg ao dia, por 7 a 14 dias.

## Prostatite

É uma doença prevalente no homem e representa uma das suas principais queixas urológicas. As prostatites podem ser classificadas em:



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 146/359



- Agudas ou crônicas.
- Bacterianas ou não bacterianas.
- Sintomáticas ou assintomáticas.

O diagnóstico e a classificação das prostatites podem ser feitos por meio da anamnese e do exame físico. A próstata é examinada durante o exame e toque do reto. Sua consistência deve ser fibroelástica, e não deve ser dolorosa a palpação. O exame de toque pode provocar vontade de urinar. Portanto, seu exame visa avaliar: tamanho, consistência e sensibilidade do órgão.

A prostatite aguda é mais comum em homens mais velhos (50-70 anos). É caracterizada por dor súbita, de forte intensidade, geralmente na região retal, suprapúbica ou lombar baixa. Pode estar acompanhada de sintomas gerais (febre, mialgia) ou outros sintomas do trato urinário (disúria). Na anamnese deve-se interrogar manipulação do trato urinário. Ao avaliar a próstata, por meio do toque retal, ela vai se apresentar quente e dolorosa com consistência firme. Na maior parte dos casos não há necessidade de realização de exames complementares para o diagnósticode prostatite aguda.

O tratamento é feito com antibioticoterapia e sintomáticos. O curso de antibióticos deve ser de três a quatro semanas. Veja no quadro abaixo os antibióticos mais indicados.

Quadro 29 - Tratamento farmacológico de prostatite

| Medicamento | Dosagem |
|---|---|
| Sulfametoxazol/Trimetropim | 800mg — 160mg, 12h/12h |
| Doxiciclina | 100mg, 12h/12h |
| Norfloxacino | 400mg, 12h/12h |
| Ciprofloxacino | 500mg, 12h/12h |

Fonte: (GARCIA, 2006).

É importante avaliar o estado clínico do paciente. Algumas vezes há a necessidade de internação e terapia endovenosa, dependendo do estado geral do paciente e da resposta ao tratamento inicial. Uma complicação possível é o abcesso prostático, que exige tratamento cirúrgico.

Nas prostatites crônicas, a disúria é um sintoma importante e pode estar acompanhada de dor à ejaculação e ao toque; a próstata pode estar aumentada de volume e algumas vezes endurecida. As prostatites crônicas bacterianas são mais comuns nos homens acima de 50 anos, já as crônicas não bacterianas são mais comuns nos homens entre 30-50 anos. A contagem de leucócitos no líquido prostático pré e pós-massagem prostática pode ajudar no diagnóstico das prostatites crônicas.

As prostatites crônicas bacterianas devem ser tratadas com antibioticoterapia: a primeira escolha é o sulfametoxazol/trimetropim e a segunda linha são as quinolonas. O tratamento deve ser feito durante quatro a 12 semanas. Alfabloqueadores podem ser usados para alívio dos sintomas.

As prostatites crônicas não bacterianas são quadros clínicos mais arrastados e que se caracterizam por dor pélvica crônica, portanto podem ser mais bem abordadas em consultas programadas para investigação



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

e acompanhamento do caso. Quando esta se apresenta na demanda espontânea, nesse primeiro momento, pode ser tratada com sintomáticos, para, posteriormente, ser conduzida pelo médico de Família e Comunidade.

## Pielonefrite

É a infecção dos rins, que na maioria das vezes se deve à ascensão de germes do trato urinário inferior. Essa infecção é caracterizada clinicamente por dor na região dos flancos, com irradiação para o abdome, febre, náusea, vômito e sintomas urinários irritativos.

No exame físico, o sinal mais característico é a presença do sinal de Giordano (punho percussão dolorosa em flancos). Prostração, taquicardia e hipotensão arterial podem estar presentes.

Dependendo da apresentação clínica, seu manejo deve ser realizado em ambiente hospitalar.

Diferentemente das infecções do trato urinário baixo, a pielonefrite exige investigação laboratorial e, por isso, é fundamental a coleta de urinálise e urocultura antes do início da antibioticoterapia.

Quando a infecção ocorrer no sexo masculino, deve-se estar atento à necessidade de investigação de problemas estruturais no trato urinário com exames de imagem e, por isso, a referência a uma unidade de saúde especializada pode ser necessária.

Nos casos leves (com pouco comprometimento do estado geral) e sem comorbidades, o tratamento poderá ser empírico oral: **ciprofloxacino 500mg, VO, de 12h/12h, 10-14 dias**. É fundamental a reavaliação do paciente após 48h de tratamento e orientação dos sinais de piora.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

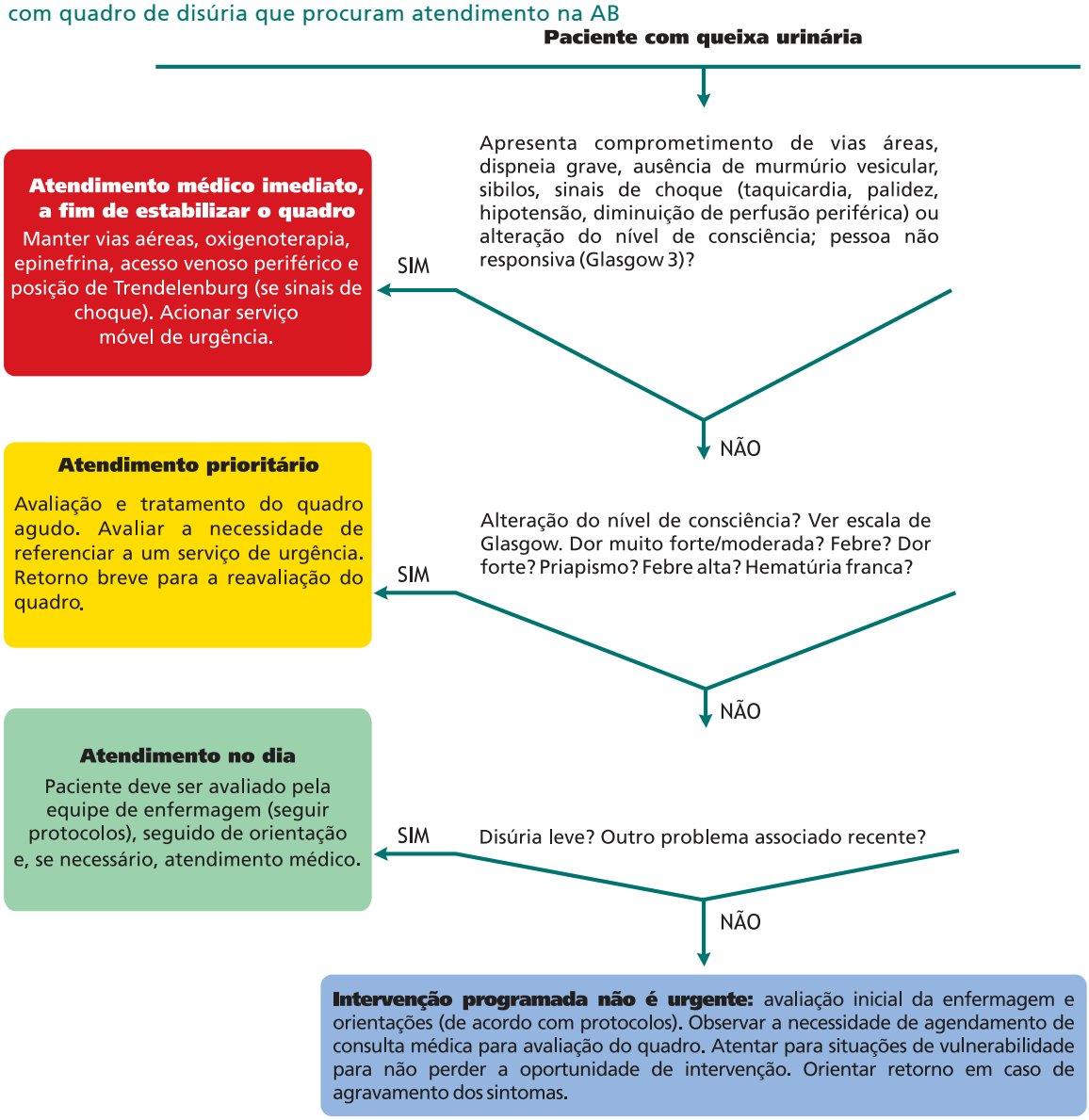
Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 148/359



Não havendo melhora do quadro, faz-se necessária avaliação hospitalar devido à necessidade de antibioticoterapia EV e complementação diagnóstica por meio de exames laboratoriais e de imagem.

Figura 13 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabiliadade dos pacientes com quadro de disúria que procuram atendimento na AB




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## 2.8 DOENÇAS DE PELE

Este capítulo tem como objetivo abordar o manejo da pessoa que vem à Unidade Básica de Saúde para o atendimento não programado, com queixa de doenças dermatológicas agudas, de etiologia viral, parasitária, bacteriana ou fúngica.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Impetigo

Infecção bacteriana superficial, observada mais frequentemente em crianças, e tem como principais agentes o Staphylococcus aureus e o Streptococcus beta-hemolítico do grupo A. inoculação é facilitada por escoriações, picadas de inseto e traumas.

O diagnóstico é clínico, baseado na anamnese e no exame físico. No exame físico, o impetigo pode ser caracterizado com não bolhoso ou bolhoso (Figura 14).

No impetigo não bolhoso, observam-se pápulas eritematosas, as quais evoluem para vesículas e pústulas, que se rompem facilmente, deixando crostas melicéricas. Áreas expostas como face e extremidades são mais afetadas. Já o impetigo bolhoso, relacionado principalmente ao Staphylococcus aureus, caracteriza-se por bolhas flácidas, mais duradouras, que ao se romperem deixam restos na sua periferia. Em alguns casos, bacterioscopia e cultura podem ser necessárias para identificar o agente causal.



Figura 14 – Impetigo bolhoso e não bolhoso
Fonte: (BRASIL ESCOLA, [2010]).

## Tratamento

- **Tópico:** limpeza e remoção de crostas, com água e sabão, duas a três vezes ao dia. Se houver dificuldade na remoção de crostas, elas podem ser amolecidas com aplicação de vaselina.

**Antimicrobianos tópicos:** neomicina, mupirocina e ácido fusídico, aplicados após limpeza e remoção de crostas. A mupirocina utilizada três vezes ao dia demonstrou eficácia similar à eritromicina em casos de leve a moderada intensidade.

- **Sistêmico:** deve ser realizado quando existem lesões disseminadas e comprometimento do estado geral.

## Antimicrobianos sistêmicos

- ***Penicilina benzatina:*** 1.200.000U para adultos e 50.000U/kg, até no máximo 900.000U para crianças com peso abaixo de 27kg, dose única;
- ***Eritromicina:*** 250mg a 500mg, quatro vezes ao dia, em adultos, e 30mg a 50mg/kg/dia, em crianças, por sete dias;
- ***Cefalexina:*** 250mg a 500mg, quatro vezes ao dia, em adultos, e 25mg a 50mg/kg/dia, em crianças, por sete dias.

OBSERVAÇÃO: Deve-se preferir cefalexina em caso de suspeita de infecção por *Staphylococcus* devido à resistência bacteriana a penicilina e eritromicina.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 150/359



## Erisipela

É caracterizada por uma celulite superficial, observada mais frequentemente acima dos 60 anos, e tem como principal agente o *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A. Afeta principalmente os membros inferiores, e a penetração ocorre por soluções de continuidade como as micoses interdigitais.

O diagnóstico é clínico, com lesão de instalação rápida e evolução com eritema e edema de limites bem definidos e ainda calor e dor. A pele tem aspecto de casca de laranja (Figura 14). É comum observar comprometimento linfático. Surtos repetidos podem ocorrer em uma mesma região.

Os fatores predisponentes locais são principalmente a insuficiência venosa e a linfangite crônica. Os sistêmicos são a obesidade, diabetes, hipertensão arterial, fumo e alcoolismo. Hemoculturas raramente são positivas. Cultura de material (biópsia) identifica o agente em apenas 20% a 30% dos casos.



Figura 15 – Erisipela
Fonte: (ERISIPELA, [2010]).

## Tratamento

O tratamento é composto por orientações e medicação sistêmica, feito com antibiótico terapia oral (ou intramuscular) e, se necessário, sintomáticos (analgésicos). Se o comprometimento do estado geral for importante ou se houver alguma comorbidade grave, o paciente pode necessitar de hospitalização.

### a. Antimicrobianos sistêmicos

- ***Penicilina G procaína*** – 400.000U, IM, duas vezes ao dia, por 10 dias, e 25U a 50.000U/kg/dia, para crianças.
- ***Penicilina benzatina*** – 1.200.000U para adultos e 50.000U/kg, até no máximo 900.000U, para crianças com peso abaixo de 27kg, IM.
- ***Eritromicina*** – 250mg a 500mg, quatro vezes ao dia, em adultos, e 30mg a 50mg/kg/dia, em crianças, por 10 dias.
- ***Cefalexina*** – 250mg a 500mg, quatro vezes ao dia, em adultos e 25mg a 50mg/kg/dia, em crianças, por sete dias.

OBSERVAÇÃO: Deve-se preferir cefalexina em caso de suspeita de infecção por *Staphylococcus* devido à resistência bacteriana a penicilina e eritromicina.

## Orientações

Pacientes com lesões em membros inferiores necessitam de repouso e elevação dos membros. Medidas para controle de fatores predisponentes, como uso de meias compressivas, elevação dos membros, uso de diuréticos, tratamento de macerações interdigitais, podem evitar recorrências e devem ser orientadas após o tratamento do quadro agudo.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 151/359



## Herpes simples

As infecções na face e tronco geralmente estão relacionadas ao vírus do herpes simples (HSV) tipo-1, enquanto que as infecções genitais, de transmissão geralmente sexual, são causadas pelo HSV tipo-2. A transmissão ocorre por contato pessoal com lesões ativas. A primoinfecção é em geral subclínica, tornando o indivíduo portador do vírus. Os fatores que desencadeiam a reativação são variados, como a imunodepressão, alterações hormonais, radiação ultravioleta.

No período neonatal, em imunocomprometidos ou portadores de dermatoses, como no eczema atópico, os pacientes estão expostos a formas disseminadas da doença.

O quadro clínico do herpes simples é caracterizado por: máculas eritematosas, no local da inoculação, acompanhadas de dor, queimação ou prurido; sob a base eritematosa, formam-se vesículas agrupadas, que, após três a cinco dias, vão ulcerar e evoluir com crostas. Linfadenite regional é frequentemente observada.

O herpes simples recorrente manifesta-se sempre na mesma topografia.

A localização mais frequente é nos lábios, mas podem se localizar em qualquer lugar da pele ou mucosa (Figuras 16 e 17).

Figura 16 – Herpes simples labial



Fonte: (HERPES SIMPLES LABIAL, [2010])

Figura 17 – Herpes genital



Fonte: (HERPES GENITAL, [2010]).

A gengivoestomatite herpética também pode ser uma apresentação clínica e é mais comum em crianças. Pode variar de um quadro discreto, com poucas lesões vesicoerosivas, até quadros graves, com comprometimento sistêmico e formação de exulcerações e placas esbranquiçadas, com edema das gengivas.

Herpes genital ocorre após 5-10 dias do contato, surgem vesículas agrupadas, dolorosas, na região perigenital ou anoretal. Pode ter sintomas sistêmicos, como cefaleia, febre, mal-estar e pode ser recidivante.

Ceratoconjuntivite herpética é geralmente unilateral, pode determinar ulcerações profundas, com perda da visão.

## Tratamento

A maioria dos casos é autolimitado, mas o uso da terapia antiviral pode diminuir o curso, evitar a disseminação e a transmissão. O tratamento é mais efetivo quando iniciado até 72 horas do início dos sintomas. A terapia oral pode ser utilizada durante as reagudizações ou cronicamente para suprimir novos surtos. O tratamento tópico é pouco eficaz.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 152/359



b. **Antivirais sistêmicos**

- **Aciclovir** – 200mg, cinco vezes ao dia, de 4/4 horas, omitindo a dose noturna, por sete a 10 dias, na primoinfecção e, por cinco dias, nos casos de recorrência. Para os tratamentos de lesões crônicas/repetidas, usamos 400mg ao dia para supressão. O uso seguro durante a gestação ainda é incerto, e devemos levar em conta os benefícios e potenciais riscos.
- **Famciclovir** – 250mg, três vezes ao dia, por sete dias. Recorrência: 125mg, duas vezes ao dia, por cinco dias.
- **Valaciclovir** – 500mg a 1g, duas vezes ao dia, por sete dias, na primoinfecção. Recorrência: 500mg, duas vezes ao dia, por cinco dias.
- **Penciclovir tópico** – creme a 1%, cinco vezes ao dia.

## Herpes zoster

Deve-se à ocorrência da reativação tardia do vírus da varicela zoster, observada em pacientes com comprometimento imunológico, como nas doenças sistêmicas, pacientes em uso de drogas imunossupressoras e ainda naqueles acima dos 60 anos, pela diminuição da imunidade celular.

Após um período prodrômico de dor, parestesia e queimação de aproximadamente três dias, observa-se o aparecimento das vesículas, agrupadas, sobre base eritematosa, de distribuição unilateral, seguindo um dermátomo. O rompimento das vesículas deixa a área ulcerada, que será recoberta por crosta, evoluindo para a cura em duas a três semanas. Infecção bacteriana secundária pode complicar o quadro. O local mais acometido é o tronco, mas pode se desenvolver em qualquer parte do corpo, inclusive na face, com comprometimento do nervo trigêmeo (Figura 18).



Figura 18 – Herpez zoster em tronco
Fonte: (HERPEZ ZOSTER EM TRONCO, [2010]).

A dor tem intensidade variável e geralmente é pior em adultos, se comparada à das crianças e à dos adolescentes. Alguns pacientes podem apresentar sintomas sistêmicos, como febre, cefaleia e mal-estar.

A nevralgia pós-herpética é a complicação mais comum, a dor pode persistir por meses até anos após a resolução do quadro, interferindo na qualidade de vida e ainda com comprometimento das atividades motoras. Manchas hipo ou hiperpigmentadas e cicatrizes podem persistir por longos períodos.

O diagnóstico é clínico, não necessitando na maioria dos casos do diagnóstico laboratorial, que é semelhante ao herpes simples.

## Tratamento

Tem objetivo de diminuir a severidade e duração da dor, o risco de transmissão e as complicações,



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

como a nevralgia pós-herpética. Deve ser iniciado, preferencialmente, nas primeiras 72 horas do aparecimento das vesículas. O tratamento tópico não está recomendado pela baixa eficácia.

c. **Antivirais sistêmicos**

- **Aciclovir** – dose de 800mg, cinco vezes ao dia, de sete a dez dias;
- **Famciclovir** – 250mg a 500mg, três vezes ao dia, por sete dias;
- **Valaciclovir** – 1g, três vezes ao dia, por sete dias.

d. **Analgesia:** deve ser utilizada conforme a intensidade da dor; pacientes com dor moderada poderão utilizar associação de paracetamol e opioides, como a codeína. Os corticioides sistêmicos têm uso controverso. Associados aos antivirais, devem ser utilizados em pacientes para controle da dor aguda que não tenham contraindicações, como hipertensão, diabetes e úlcera péptica. O uso de antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina, e de anticonvulsivantes,como a gabapentina e a carbamazepina , tem sido utilizado no controle da neuralgia pós-herpética.

## Escabiose

É causada pela infestação do ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis,* que não sobrevive por mais de uma semana fora do hospedeiro e completa todo o seu ciclo biológico no homem. É transmitida por contato pessoal e menos comumente por vestimentas utilizadas por pessoa infectada.

A distribuição das lesões, o prurido intenso, que piora à noite, e sintomas semelhantes em contato íntimos sugerem o diagnóstico. Em adultos, as lesões distribuem-se principalmente em áreas flexoras de punhos, região interdigital, cotovelos, axilas, cintura, nádegas e região peniana e escrotal,nos homens, e mamilos, nas mulheres. Em crianças, as lesões predominam principalmente na face,couro cabeludo, pescoço, região palmar e plantar. (Figura 19)

Figura 19 – Lesões de escabiose em abdome



Fonte: (ROSSANA, [2010]).

As lesões típicas incluem pápulas, que, devido às escoriações, apresentam pequenas crostas hemáticas, nódulos, vesículas e sulcos, caracterizados por pequena saliência linear, de aproximadamente 1cm, que apresenta em uma das extremidades uma vesicopápula, onde se encontra a fêmea do ácaro.

O diagnóstico é essencialmente clínico. Se houver necessidade de diagnóstico laboratorial, ele é feito por meio de pesquisa microscópica do ácaro, ovos ou cíbalos (fezes) em material obtido da escarificação do sulco ou pápula suspeita.

## Tratamento

O principal enfoque deve ser dado às orientações em relação às vestimentas, toalhas e roupas de cama, que devem ser lavadas e passadas com ferro quente. Outros itens que não puderem ser lavados devem ficar fechados em saco plástico por uma semana. O tratamento deve ser feito simultaneamente



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

por todas as pessoas atingidas pela parasitose. Crianças poderão retornar a creches e escolas um dia após o término do tratamento.

### Tratamento tópico

- **Permetrina** – creme a 5% é a droga de escolha, que deve ser aplicado por um período de 8 a 12 horas, sem necessidade de repetir o tratamento. Apresenta boa tolerância local.

A segurança da droga não foi totalmente estabelecida em crianças abaixo dos três meses, gestantes e mulheres que estejam amamentando.

- **Benzoato de benzila** – loção a 25%, que deve ser aplicada durante três dias. Considerado menos efetivo que a permetrina, com frequência causa dermatite irritativa, o que tem restringido o seu uso.
- **Monossulfiram** – aplicado diluído (em duas partes iguais de água em adultos – 1:2 – e três – 1:3 – em crianças), por três dias.
- **Enxofre** – empregado a 5% em vaselina ou pasta d´água. Deve ser aplicado por três dias, remover no banho a cada 24 horas. Pode ser utilizado em crianças abaixo dos 3 meses de idade e gestantes;
- **vermectina** – deve ser administrada a pacientes com contraindicação ou dificuldade de aplicação da terapia tópica, como nas lesões muito eczematizadas, pacientes acamados ou infestação em instituições. Está contraindicado em gestantes e mulheres que estejam amamentando. A dose é de 200µg/kg, podendo ser utilizada a partir dos cinco anos de idade ou 15kg de peso. Pode ser repetida em sete dias.

O tratamento tópico deve ser aplicado do pescoço aos pés, com atenção à região interdigital e extremidades subungueais. O uso após banho quente pode aumentar a absorção, podendo causar dermatite de contato, assim como o uso repetido e desnecessário pode irritar a pele. O prurido pode permanecer por semanas após o tratamento, por isso o uso de anti-histamínicos e corticoides tópicos ou até sistêmicos podem estar indicados. Alguns nódulos podem também persistir após o tratamento, como reação de sensibilidade a produtos de degradação parasitária.

## Doenças exantemáticas

As doenças exantemáticas são muito frequentes nos atendimentos eventuais e levam a inúmeros diagnósticos diferenciais. Alguns exantemas têm morfologias bastantes características, facilitando o diagnóstico, mas a história clínica, imunizações prévias, epidemiologia e sorologia são muitas vezes necessárias para estabelecer diagnóstico. Abaixo seguem as doenças exantemáticas mais frequentes na prática da atenção primária.

### Sarampo

Causada por vírus da família *Paramyxoviridae*, o contágio ocorre por via respiratória, por meio de secreções nas ofaríngeas de indivíduo infectado. **No Brasil, encontra-se em fase de erradicação.**

### Tem período de incubação de uma a duas semanas.

Os pródromos característicos são: febre alta, coriza, tosse e conjuntivite (fase catarral) e ocorrem por três a cinco dias. Anorexia e diarreia também podem estar presentes. O sinal de *Koplik*, caracterizado por manchas esbranquiçadas na mucosa oral, geralmente precede o exantema.

O exantema é maculopapular e aparece entre o terceiro e sétimo dias (fase eruptiva), com início na região retroauricular, progride no sentido craniocaudal, que tende a confluir; desaparece após sete dias, deixando descamação leve e furfurácea (Figura 20).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 155/359





Figura 20 – Exantema é maculopapular
Fonte: (: (BRASIL, [2010]).

Otite média, broncopneumonia, traquobronquite são complicações comuns. O sarampo é transmissível do período prodrômico até cinco dias após o aparecimento do exantema.

**Diagnóstico laboratorial** – IgM reagente na fase aguda (pode permanecer elevado por quatro a seis semanas). Os anticorpos IgG podem aparecer na fase aguda. Isolamento viral em secreções, soro, urina.

**Tratamento** – sintomáticos. Administração de vitamina A – menores de 6 meses: 50.000UI, entre 6 e 12 meses: 100.000UI e maiores de 12 meses: 200.00UI, via oral, uma vez ao dia, dois dias.

**Todo caso que apresente quadro clínico suspeito, com exantema e febre, associado a sintomas respiratórios (coriza, tosse e conjuntivite), deve ser notificado.**

As principais complicações do sarampo são as manifestações respiratórias, sendo mais comuns em gestantes, pessoas imunocomprometidas e nas crianças que apresentam desnutrição e hipovitaminose A. Devemos atentar para infecções secundárias virais e bacterianas do trato respiratório alto (otite média) e baixas (traqueobronquite e pneumonias), sendo as bactérias mais comuns o *Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Haemophilus influenzae* e *Staphylococcus aureus*. Mais raramente os pacientes podem desenvolver quadros neurológicos no período de recuperação, apresentando cefaleia, febre, confusão mental, alteração do nível de consciência, rigidez de nuca e convulsões.

## Rubéola

É causada por vírus da família *togaviridae*, transmitida pelo contato com secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas, ou por meio da placenta de mães infectadas, podendo levar à síndrome da rubéola congênita. Tem período de incubação de 2-3 semanas.

Antes do início do exantema, sintomas leves como cefaleia, febre baixa e mal-estar podem ser observados. Evolui com linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical posterior. Podem ser visualizadas máculas eritematosas e petequiais no palato mole e úvula (sinal de *Forschheimer*).

O exantema é maculopapular róseo, difuso, de distribuição craniocaudal que tende a confluir e desaparece no final da primeira semana. A transmissibilidade ocorre entre cinco a sete dias antes e até cinco a sete dias após o início do exantema (Figura 21).

**Diagnóstico laboratorial** – detecção de anticorpos específicos no soro (IgM e IgG) e isolamento viral nas secreções. Sorologia coletada entre o primeiro e quarto dia após o início do exantema, com IgM positivo confirma o caso; se IgM negativo, coletar nova amostra. Entre o quinto e 28°dia, IgM positivo confirma o caso.

### Tratamento – sintomáticos

Quadros clínicos suspeitos, com febre e exantema maculopapular, acompanhados de linfadenopatia



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 156/359



retroauricular, occipital cervical posterior, independente da idade e da situação vacinal devem ser notificados.



Figura 21 – Exantema é maculopapular róseo
Fonte: (EXANTEMA MACOPAPULAR ROSE, [2010]).

## Varicela

É causada pelo vírus varicela-zoster, transmitido pelo contato com secreção das vesículas ou respiratória de indivíduo infectado. O período de incubação é de 14 a 21 dias. O contágio ocorre no período de dois dias antes do aparecimento do exantema até cinco dias após (período que todas as lesões estejam em fase de crosta).

O pródromo é caracterizado por febre baixa e mal-estar. O exantema inicia na face, couro cabeludo ou tronco e evolui com máculas, pápulas, vesículas e crostas e tem aspecto polimorfo (em uma mesma região, lesões em vários estágios evolutivos), acomete mucosas e é pruriginoso (Figuras 22 e 23).

Figura 22 – Lesões polimorfas de varicela



Figura 23 – Lesões polimorfas de varicela



A varicela costuma ter curso benigno e autolimitado, mas pode cursar com infecções bacterianas secundárias. Atenção para a possibilidade de evolução mais grave em adolescentes e adultos.

**Diagnóstico** – o diagnóstico é clínico.

**Tratamento** – o uso de antibióticos está indicado em casos de infecção secundária. Deve-se também usar aciclovir em indivíduos com maior risco de desenvolver formas graves de varicela, sobretudo imunocomprometidos, crianças com doenças graves ou complicadas e neonatos. Contudo a terapêutica deverá ser iniciada dentro das primeiras 24 a 48 horas.

Apesar do uso corrente de óxido de zinco tópico e anti-histamínicos para alívio do prurido, não há evidências clínicas consolidadas.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 157/359



## Eritema infeccioso

É causado pelo parvovírus B19 e transmitido por via respiratória ou por meio da placenta de mães infectadas, podendo levar à hidropsia fetal. Tem período de incubação de aproximadamente 14 a 21 dias.

Pode evoluir com sintomas prodrômicos leves, como febre, cefaleia, mialgia. O exantema inicia na face, nas bochechas, acompanhado de palidez perioral, configurando a chamada "face esbofeteada" (Figura 24). Tronco e membros são comprometidos na sequência por um eritema maculopapular, após ocorre clareamento central, dando aspecto rendilhado às lesões.

Pode reaparecer ou intensificar-se com exposição solar, exercício físico e tensões emocionais por semanas após a infecção. Em adultos, mialgia e artralgia de intensidade variável podem ser observadas. Aparentemente a transmissão ocorre apenas anteriormente ao aparecimento do exantema.



Figura 24 – "Face esbofeteada" – eritema infeccioso
Fonte: (FACE ESBOFETEADA, [2010]).

**Diagnóstico** – o diagnóstico é clínico.

**Tratamento** – sintomático.

## Exantema súbito – roséola

É causado pelo herpes vírus 6 e 7 e a transmissão ocorre pelo contato com secreções de um portador assintomático. O período de incubação é de 10 dias e o quadro clínico prodrômico é de febre e irritabilidade, e dura de três a quatro dias. Após a normalização da temperatura, há início de exantema maculopapular, no tronco, que progride para região cervical e raiz dos membros, com duração de dois dias. Pode também apresentar edema periorbitário e geralmente não ocorre descamação da pele.

**Diagnóstico** – o diagnóstico é clínico.

**Tratamento** – sintomático.

## Escarlatina

É causada pelas toxinas do Streptococcus beta-hemolítico do grupo A. Tem período de incubação de dois a cinco dias e a transmissão pode ocorrer desde o início dos primeiros sintomas até 24 a 48 horas da introdução da antibioticoterapia.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 158/359



Evolui com febre alta, mal-estar, adenomegalia cervical e submandibular, logo após surge exantema difuso, papular, áspero, deixando a pele, à palpação, com aspecto de lixa, centrífugo. Em geral, poupa a região palmar e plantar. Pode-se observar, na face, palidez perioral (sinal de Filatov) e linhas marcadas nas dobras flexoras (sinal de Pastia). Na língua, papilas edemaciadas e eritematosas sobressaem (língua em framboesa). O exantema desaparece em cinco a sete dias, iniciando a descamação até as extremidades.

Eritema e exsudato amigdaliano e petéquias no palato são frequentemente observados. O quadro clínico geralmente possibilita o diagnóstico (Figuras 25, 26 e 27).

Figura 25 – Exantema difuso, papular



Fonte: (EXANTEMA DIFUSO PAPULAR, [2010]).

Figura 26 - Língua em framboesa



Fonte: (LINGUA EM FRAMBOESA, [2010]).



Figura 27 – Linhas demarcadas nas dobras flexoras (Sinal de Pastia) e eritema papular difuso
Fonte: (SINAL DE PASTIA, (2010)).

**Diagnóstico laboratorial:** cultura de secreção de orofaringe com isolamento do *Streptococcus* pode auxiliar no diagnóstico.

## Tratamento

- ***Penicilina benzatina*** – 1.200.000 para adultos e crianças com peso acima de 27kg; e 50.000U/kg até no máximo 900.000U para crianças com peso abaixo de 27kg, IM;
- ***Amoxicilina*** – 50mg a 70mg/kg/dia, a cada oito horas, por dez dias;
- ***Eritromicina*** – 30mg a 50mg/kg/dia em crianças, por sete dias.

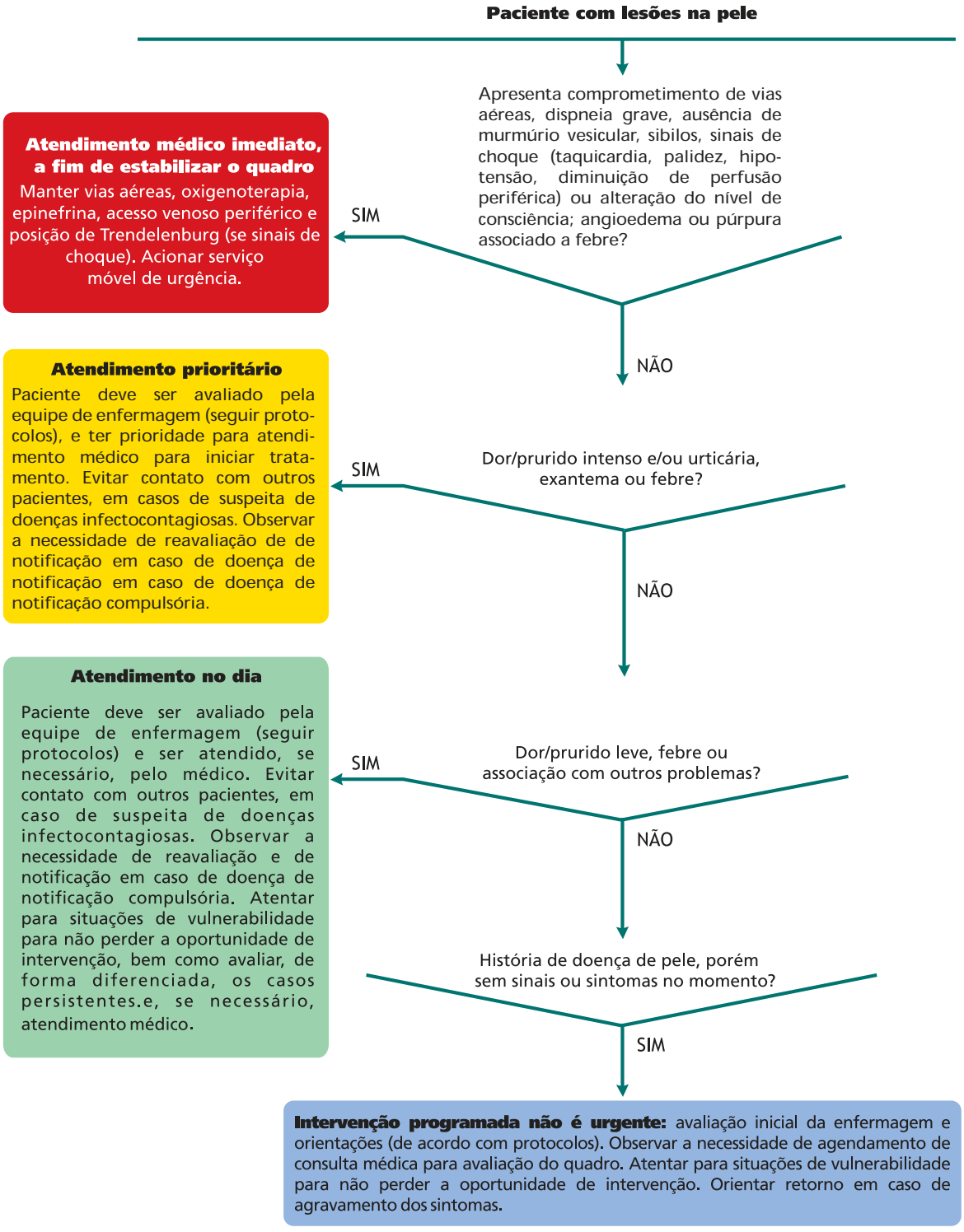
Profilaxia com antibióticos em contactantes é controversa.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 28 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com doença de pele aguda que procuram a AB




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 160/359



## 2.9 DOR ABDOMINAL

### Introdução

A dor abdominal é uma das queixas mais comuns na Atenção Primária. Neste contexto, o capítulo tem como objetivo auxiliar as equipes de saúde no primeiro atendimento à pessoa com dor abdominal aguda, tendo como principal enfoque a suspeição de causas agudas graves (que necessitam de encaminhamento rápido para outros níveis de atenção) e determinar quais pacientes podem ser observados ou tratados sintomaticamente.

Dada a diversidade de possíveis etiologias e a necessidade, em muitos casos, de exames mais sofisticados, não pretendemos esgotar a investigação, nem tratar aqui do atendimento às pessoas com dor abdominal crônica, certos de que estas estarão sendo acompanhadas longitudinalmente.

### Conceitos

A definição de dor abdominal aguda é bastante arbitrária, já que não está estabelecida uma duração específica para ela. Quadros que duram poucos dias, com piora recente, configuram claramente uma dor abdominal aguda; quadros com instalação por meses ou anos configuram dor abdominal crônica. O grande desafio é classificar as dores que não pertencem a essas categorias.

Assim, entendemos como dor abdominal aguda aquela onde há a combinação de lesão tecidual, dor e ansiedade. O que define a crônica é a persistência e refratariedade ao tratamento.

Já as dores recorrentes evoluem em surtos, com duração, intensidade e frequência bastante diversificados, separados por períodos assintomáticos.

Pacientes com dor abdominal crônica podem apresentar exarcebações agudas de uma doença desconhecida ou mesmo de uma doença crônica de base.

### Diagnóstico

### Causas de dor abdominal

Os primeiros diagnósticos que devem ser aventados são aqueles que podem requerer intervenção breve. Define-se como abdome agudo cirúrgico a condição que apresenta piora rápida no prognóstico, caso não haja intervenção cirúrgica.

As síndromes inflamatórias e obstrutivas constituem as mais importantes causas de dor abdominal aguda cirúrgica. Os abdômens agudos hemorrágicos e isquêmicos possuem algumas características clínicas semelhantes às peritonites.

O quadro obstrutivo normalmente tem evolução rápida, exceto os pacientes que apresentam obstrução parcial das alças intestinais e evoluem para obstrução total. Nesses casos, os sintomas podem ser prolongados e vagos e, com a obstrução total, evoluem com piora súbita.

A história de dor abdominal, nas causas obstrutivas, pode vir associada à anorexia, náuseas, vômitos (alimentares, biliares ou fecaloides), e parada de eliminação de gases e fezes. É normalmente descrita como uma dor tipo cólica, seguida por períodos de remissão espontânea.

O exame físico pode revelar distensão abdominal, aumento ou ausência dos ruídos hidroaéreos e timpanismo à percussão. A presença de massa palpável pode sugerir a etiologia da obstrução.

As causas mais comuns (até 96% dos casos de obstrução) são: aderência (50% a 70%), hérnia encarcerada (15%), neoplasia (15%), intussuscepção e volvo. Pacientes com cirurgia abdominal



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

prévia e doença de Crohn têm maior risco de obstrução. A inflamação do peritônio pode ser difusa ou localizada, no entanto, mesmo no acometimento difuso, a dor é mais acentuada no local correspondente ao foco inicial da infecção.

Os sinais gerais que compõem o quadro clínico variam com a gravidade da infecção, sendo desde toxemia, rigidez da parede abdominal, defesa e distensão abdominal por inibição do peristaltismo, podendo chegar ao íleo paralítico, até com menor comprometimento do estado geral, nos casos da peritonite localizada.

As peritonites localizadas podem evoluir para a formação de abscessos. Suas causas mais frequentes são: apendicite supurada, colecistite e os processos inflamatórios pélvicos nas mulheres e gastrenterites, sendo este diagnóstico de exclusão. Outras causas são: doença diverticular complicada, úlcera péptica perfurada e peritonite bacteriana espontânea.

Na suspeita de abdômens cirúrgicos, não oferecer água ou comida e encaminhar o paciente imediatamente para um serviço de pronto-socorro que ofereça assistência cirúrgica e exames complementares.

A exposição ocupacional a tóxicos ou químicos, obstipação crônica, viagem recente e sintomas similares com contactantes podem indicar causas não cirúrgicas de dor abdominal.

Depois de descartada a possibilidade de emergência cirúrgica, considerar outras hipóteses diagnosticadas e, além das causas abdominais, considerar também a possibilidade de doenças extra-abdominais, que podem se apresentar com dor referida no abdome (Quadro 30). Para essa diferenciação, anamnese cuidadosa e exame físico detalhado são fundamentais. É evidente que a maioria das possíveis causas da dor não poderá ser checada em uma unidade básica, tanto que o capítulo pretende apenas auxiliar a identificação de uma situação de emergência. No entanto, citamos uma gama de possibilidades, na certeza que uma história clínica e exames físicos minuciosos ajudarão o centro de referência a conduzir o caso e acessar dados mais precisos.

Quadro 30 – Classificação do abdome agudo, segundo a natureza do processo determinante

| |
|---|
| 1. Inflamatório: apendicite aguda, colecistite aguda, pancreatite aguda, diverticulite do cólon, doença inflamatória pélvica, abscessos intracavitários, peritonites primárias e secundárias, febre do Mediterrâneo. |
| 2. Perfurante: úlcera péptica, câncer gastrointestinal, febre tifoide, amebíase, divertículos de cólons, perfuração do apêndice, perfuração da vesícula biliar. |
| 3. Obstrutivo: obstrução pilórica, hérnia estrangulada, bridas, áscaris, corpos estranhos, cálculo biliar, volvo, intussuscepção. |
| 4. Hemorrágico: gravidez ectópica, rotura de aneurisma abdominal, cisto hemorrágico de ovário, rotura de baço, endometriose, necrose tumoral. |
| 5. Vascular: trombose da artéria mesentérica, torção do grande omento, torção do pedículo de cisto ovariano, infarto esplênico. |

Fonte: (DANG et al., 2002).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 162/359



Quadro 31 - Causas abdominais e extra-abdominais de abdome agudo

| CAUSAS ABDOMINAIS | |
|---|---|
| Gastrointestinal | Peritonites secundárias a doenças agudas de órgãos abdominais ou pélvicos e a traumas abdominais |
| Apendicite | Urológica |
| Obstrução intestinal (delgado e grosso) | Cálculo ureteral |
| Isquemia mesentérica | Cistite |
| Diverticulite de Meckel | Pielonefrite |
| Úlcera péptica perfurada | Retroperitoneal |
| Perfuração intestinal | Aneurisma aórtico |
| Diverticulite do cólon | Hemorragia |
| Doença inflamatória intestinal | Ginecológicas |
| Pâncreas, vias biliares, fígado e baço | Cisto ovariano roto |
| Pancreatite aguda | Gravidez ectópica |
| Abscesso hepático | Endometriose |
| Hepatite aguda | Torsão ovariana |
| Rotura esplênica | Salpingite aguda |
| Colecistite aguda | Rotura uterina |
| Tumor hepático hemorrágico | Parede abdominal |
| Colangite aguda | Hematoma do músculo reto |
| Peritoneal | |
| Peritonite primária (peritonite bacteriana espontânea) | |
| **CAUSAS EXTRA-ABDOMINAIS** | |
| Cardíacas hematológicas | Neurológicas |
| Infarto agudo do miocárdio (IAM) | OUTRAS |
| Anemia falciforme | Radiculite |
| Miocardite | Contusão muscular ou tumor |
| Anemia hemolítica | Epilepsia abdominal |
| Endocartite | Uso de narcóticos |
| Púpura de Henoch-Schonlein | Tabes dorsalis |
| Falência cardíaca congestiva | Doenças psiquiatricas |
| Leucemia aguda | Metabólicas |
| Torácicas tóxicas | Hematoma |
| Pneumonites | Uremia |
| Reação de hipersensibilidade | Diabetes Mellitus |
| Infarto ou ebolismo pulmonar | Porfiria |
| Picada de animais venenosos | Insuficiência adrenal aguda |
| Pneumotórax | Hiperlipidemia |
| INFECCIOSAS | Hiperparatireoidismo |
| Empiema | |
| Herpes zoster | |
| Esofagite | |

Fonte: (DANG, 2002; FISHMAN, 2009).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 163/359



## Anamnese e exame físico

Os pacientes com dor abdominal aguda frequentemente necessitam de investigação e manejo urgentes. Cada indivíduo deve ser avaliado quanto à permeabilidade das vias aéreas, respiração e circulação e sinais vitais antes da avaliação abdominal.

Pacientes com suspeita de abdome agudo, necessidade de reanimação ou analgesia parenteral devem ser transferidos para um serviço de pronto-socorro que disponha de exames complementares e atendimento cirúrgico. Os pacientes com doenças menos agudas merecem abordagem detalhada (conforme descrição abaixo) e alguns ainda podem necessitar de transferência para avaliação suplementar.

A abordagem dos pacientes com dor é um grande desafio, pois algumas vezes eles e seus familiares trazem consigo uma carga de angústia. Assim, a avaliação deve possibilitar a compreensão da queixa da dor, incluindo os aspectos emocionais, as dificuldades nas relações familiares e sociais e ainda a habilidade potencial de enfrentamento da dor e dos fatores que a influenciam.

Muitos fatores modificam a expressão da dor como em crianças, imunocomprometidos (incluindo diabéticos e renais crônicos), gestantes e idosos.

Sugere-se que alguns dados sejam observados durante a anamnese:

**1.** Faixa etária.

**2.** Sexo.

**3.** Ocupação.

**4.** Características da dor: localização, irradiação, caráter, intensidade, duração, evolução, fatores desencadeantes ou agravantes, fatores de alívio e relação com as funções orgânicas.

**5.** História pregressa: cirurgias prévias, fatores de risco para doenças cardiovasculares e viagem recente.

**6.** Uso de medicamentos.

**7.** Período do ciclo menstrual e contracepção.

**8.** História de doenças sexualmente transmissíveis.

**9.** Sinais e sintomas associados:

- **a.** Sistêmicos: perda ponderal significativa, febre, adenomegalias, fadiga, ganho de peso, sudorese noturna, adinamia.
- **b.** Digestivos: náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, distensão abdominal, eructações, pirose, plenitude pós-prandial, empachamento (sensação de repleção gástrica), sinais ou sintomas de colestase (icterícia, colúria, acolia e prurido), hemorragia digestiva (hematêmese, melena, enterorragia, hematoquesia), hepato-esplenomegalia.
- **c.** Extradigestivos: artite/artralgia, dor pleural, urgência miccional, dispareunia, dismenorreia, dor lombar, dorsalgia, fraqueza dos membros, enxaqueca.
- **d.** Estresse: palpitações, insônia, faticabilidade, alteração do apetite, sono e desejo sexual, tristeza, adinamia, preocupação.

**10**. História familiar: ênfase a doenças intestinais e comunicantes com quadros agudos.

**11.** História psicossocial. É importante compreender a percepção que o indivíduo tem acerca da dor, pois o nível cognitivo, experiências dolorosas prévias, padrões culturais, relações familiares e repercussões da dor na vida cotidiana podem interferir na expressão da queixa.

**12.** Hábitos: uso de álcool, drogas e tabaco.

A apresentação clínica das diversas causas de dor abdominal aguda pode ser diferente em cada pessoa, por isso a história detalhada e o exame físico minucioso ainda são as ferramentas mais importantes do médico. O exame físico deve seguir as normas semiotécnicas.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 164/359



**Inspeção:** observar a presença de distensão abdominal, hérnias, cirurgias prévias, exame da pele e conjuntiva (buscando icterícia, sinais de hepatopatia crônica ou outros, como herpes zoster) e a posição no leito (posições antiálgicas). Pacientes que se encontram visivelmente agitados e inquietos podem sugerir cólica renal, enquanto os imóveis, com membros inferiores fletidos, podem sugerir peritonite. Equimose periumbilical (sinal de Cullen) ou em flanco (sinal de Grey-Turner) que podem sugerir pancreatite aguda grave ou hemorragia abdominal.

**Ausculta:** dois objetivos são básicos: avaliar o estado da motilidade intestinal e pesquisar a presença de sopros vasculares, especialmente da aorta abdominal em idosos e artérias renais eilíacas. Deve ser efetuada durante dois minutos, em um ou dois pontos de pesquisa. Normalmenteos ruídos são escutados de duas a 12 vezes por minuto.

**Percussão:** deve ser feita com a técnica habitual, abrangendo todos os quadrantes e, no local em que se suspeite de alterações patológicas, pode ser intensificada. Esta será útil para identificar a presença de líquido ascítico, de massas sólidas, distensão abdominal e os limites hepáticos e esplênicos. Realizar a punho percussão lombar para avaliar os rins (sinal de Giordano).

**Palpação:** nesse momento, durante a palpação superficial e profunda, o examinador poderá pesquisar hérnias, massas e eventuais anormalidades nos órgãos que são identificados. Algumas manobras podem ser importantes para a elucidação diagnóstica, como: descompressão brusca, piparote, palpação de pulsos arteriais e pesquisa do sinal de Murphy. Um fato importante é o fenômeno da migração do epíploon em direção às vísceras acometidas, para tamponar a área, bem como das vísceras adjacentes. Ao exame isso aparece como um "plastrão". No exame do hipogástrio, atentar para a presença de útero gravídico.

Além do exame segmentado, realizar o exame detalhado do tórax, genitália e região anal (com toque retal), incluindo exame ginecológico para mulheres com dor em baixo ventre.

Apresentamos abaixo o Quadro 32 que resume os fatores que indicam alto risco de um quadro de dor abdominal ser um abdome agudo

Quadro 32 – Fatores que indicam alto risco em dor abdominal

| HISTÓRIA |
|---|
| Idade maior de 60 anos. |
| Imunocomprometidos (HIV, usuário crônico de corticoide, drogas antineoplásicas ou pós-transplantados). |
| Uso abusivo de álcool (risco de hepatite, cirrose e pancreatite). |
| Doença cardiovascular (insuficiência coronariana e vascular periférica, HAS e fibrilação atrial). |
| Comorbidades importantes (câncer, doença diverticular, pancreatite, insuficiência renal). |
| Cirurgia prévia ou manipulação gastrointestinal recente (risco de obstrução e perfuração). |
| Gravidez recente (risco de gravidez ectópica). |
| **CARACTERÍSTICAS DA DOR** |
| Início súbito e intenso. |
| Dor seguida de vômito. |
| Dor constante e com duração menor que dois dias. |
| **ACHADOS DE EXAME FÍSICO** |
| Sinais de choque. |
| Abdome tenso ou rígido. |
| Sinal de defesa ao exame. |
| Posição antiantálgica. |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

(continuação)

| |
|---|
| Equimose periumbilical (sinal de Cullen) ou em flanco (sinal de Grey-Turner). |
| Distensão abdominal e/ou rigidez da parede abdominal. |
| Piora da dor abdominal às seguintes manobras: |
| Descompressão brusca (sinal de Blumberg). |
| Hipersensibilidade localizada. |
| Sinal de Rovsing (dor no quadrante inferior direito durante a compressão do lado esquerdo). |
| Sinal do psoas (dor abdominal quando o examinador coloca a mão mediatamente acima do joelho direito do paciente e pede para que ele eleve a coxa direita contra a sua mão). |
| Sinal do obturador (estire o músculo obturador interno flexionando a coxa esquerda do paciente na altura do quadril, com o joelho dobrado, e gire a perna para dentro, na altura do quadril). |
| Hiperestesia cutânea. |
| Sinal de Murphy (para identificar colecistite aguda). |
| Toque retal doloroso (deve-se associar a outros sinais para aumentar a sensibilidade). |
| Toque vaginal doloroso (deve-se associar a outros sinais para aumentar a sensibilidade). |

Fonte: (BENSEÑOR et al., 2002).

## Localização da dor

Não devemos basear nossos diagnósticos diferenciais apenas na localização da dor, pois em até 40% dos casos eles não correspondem aos achados de exame físico. Obviamente, a correlação com anamnese é capaz de minimizar essa diferença. Além disso, a localização da dor pode modificar-se ao longo do tempo, caracterizando a progressão da doença. Ver Quadro 33.

Quadro 33 – Causas mais prováveis de dor abdominal segundo a sua localização

| QUADRANTE SUPERIOR DIREITO | QUADRANTE SUPERIOR ESQUERDO |
|---|---|
| Hepatites | Abscesso esplênico |
| Colecistite | Infarto esplênico |
| Colangite | Gastrite |
| Sindrome de Budd-Chiari | Úlcera gástrica |
| Pneumonia/enfisema pleural | Pancreatite |
| Abscesso subdiafragmático | **QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO** |
| **QUADRANTE INFERIOR DIREITO** | Diverticulite |
| Apendicite | Salpingite |
| Salpingite | Gravidez ectópica |
| Gravidez ectópica | Hérnia inguinal |
| Hérnia inguinal | Nefrolitíase |
| Nefrolitíase | Sindrome do intestino irritável |
| Doença inflamatória pélvica (DIP) | Doença inflamatória intestinal (DIP) |
| Adenite mesentérica | **DIFUSA** |
| **EPIGÁSTRICA** | Gastrenterite |
| Doença ulcerosa péptica | Isquemia mesentérica |
| Refluxo gastroesofáfico | Metabólica |
| Gastrite | Malária |
| Pancreatite | Obstrução Intestinal |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 166/359



(continuação)

| | |
|---|---|
| **IAM** | Peritonite |
| Pericardite | Síndrome do intestino irritável |
| Ruptura de aneurisma de aorta | Obstipação |
| **PERIUMBILICAL** | |
| Quadro inicial das apendicites | |
| Gastroenterites | |
| Obstrução intestinal | |
| Ruptura de aneurisma de aorta | |

Fonte: (BENSEÑOR et al., 2002; FISHMAN et al., 2009).

## Principais causas de dor abdominal aguda não cirúrgica

Se, por meio da anamnese e exame físico, o médico assistente na APS identificar que não há sinais de suspeição de abdome agudo, o paciente deverá ser acompanhado na própria UBS e tratado de acordo com a hipótese diagnóstica. As principais causas de dor abdominal aguda não cirúrgica são:

### Dismenorreia

**Diagnóstico:** normalmente apresenta-se em mulheres jovens como dor tipo cólica, em baixo ventre, relacionada ao período menstrual, durando até 72 horas, cuja intensidade varia consideravelmente e pode trazer outros sintomas, como: náuseas, vômito, diarreia, cefaleia, mastalgia, alterações do humor e raramente episódios de síncope. Dependendo da intensidade, é também causa frequente de absenteísmo no trabalho e má qualidade de vida. Não é raro se manifestar em episódios recorrentes. A dor alivia com massagem, contrapressão ou movimentação do corpo.

O diagnóstico é baseado na anamnese e natureza cíclica da dor, com exame ginecológico normal ou revelando desconforto à palpação do útero, sem dor considerável à palpação e à mobilização dos anexos e à mobilização uterina.

Antes de iniciar o tratamento, é importante diferenciar dismenorreia primária (sem problemas orgânicos subjacentes) ou secundária (associada a doenças pélvicas como malformações uterinas, endometriose, miomas, uso de DIU).

**Tratamento:** as dismenorreias secundárias têm tratamento específico, conforme a entidade nosológica relacionada. Já as dismenorreias primárias têm ocorrência e gravidade influenciadas por fatores potencialmente modificáveis, como: alimentação, peso, tabagismo, estresse, sedentarismo e consumo de álcool. Dessa forma, a adoção de hábitos de vida mais saudáveis frequentemente proporciona o alívio dos sintomas. Pode ser feito uso de anticoncepcionais hormonais, AINES, inibidores das prostaglandinas, antiespasmódicos, além de antidepressivos e psicoterapia.

### Dispepsias

**Diagnóstico:** dor epigástrica, normalmente recorrente ou persistente, associada a sintomas de refluxo gastroesofágico (azia, pirose, eructação, plenitude pós-prandial, náusea, distensão abdominal etc.), classicamente compõe o quadro de doença ulcerosa péptica. O desafio é definir quais pacientes devem prosseguir à investigação e quais devem receber tratamento medicamentoso e ser observados clinicamente. Sugere-se ter base nesses critérios (sinais de alerta): idade maior que 50 anos, emagrecimento, vômitos persistentes, disfagia, anemia, hematêmese, massa abdominal palpável, história familiar de câncer gastrointestinal, cirurgia gástrica prévia.



**Tratamento:** na ausência dos sinais de alarme, manejar com orientação de medidas gerais (dieta, cessação de tabagismo, restrição no consumo de álcool, AINES e bebidas gaseificadas), antiácidos

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 167/359



(hidróxido de alumínio e magnésio), bloqueadores dos receptores de histamina (cimetidina e ranitidina) ou inibidores da bomba de prótons (omeprazol e pantoprazol).

## Cólica renal

**Diagnóstico:** dependendo do local da obstrução ureteral, pode ser confundida com um quadro de abdome agudo, fazendo diferencial inclusive com aneurisma abdominal, tal é a intensidade da dor em alguns casos. No entanto, pode variar de intensidade desde desconforto leve até dor severa, as quais costumam evoluir como cólicas intermitentes, paroxísticas. A dor pode irradiar-se para flanco e região inguinal ou genital. Hematúria está presente em 70%-90% dos casos. Para o seguimento ambulatorial, os métodos de imagem também têm sua relevância, como radiografia, ultrassonografia, urografia excretora e tomografia computadorizada, especialmente para avaliar a necessidade de intervenção urológica (cálculos sintomáticos maiores que 7mm, via de regra, necessitam de alguma abordagem intervencionista).

**Tratamento:** cabe falar inicialmente da importância da prevenção de formação dos cálculos, no entanto, nesse momento, devemos nos ater ao manejo agudo. Recomenda-se analgesia (Aines) e hidratação.

## Doença inflamatória pélvica (DIP)

**Diagnóstico:** o sinal cardinal é dor em baixo ventre. A tríade clássica consiste em: dor pélvica, dor à mobilização cervical e à palpação dos anexos e febre. Em alguns pacientes pode haver associação com dispareunia, irregularidade menstrual, sintomas geniturinários e leucorreia (fluxo cervical purulento). O diagnóstico é baseado na história e exame físico, enfatizando o exame ginecológico.

**Tratamento (Quadro 34):** os principais agentes etiológicos são *Neisseria gonorrhoeae*; *Chlamydia trachomatis; Micoplasma hominis; Ureaplasma urealyticum; Streptococus* B hemolítico grupo A; anaeróbios; outros aeróbios. Dessa forma, devemos fazer cobertura ampla com antibióticos e incentivar repouso, sintomáticos e indicar a retirada do DIU, se a mulher for usuária. Pacientes com queda do estado geral ou sintomas severos (vômitos, instabilidade nos sinais vitais e toxêmicos) podem necessitar de terapia endovenosa. Investigar o parceiro e tratá-lo (azitromicina ou doxiciclina), além de oferecer sorologias (HIV, VDRL, sorologia para hepatite B e C) para ambos.

Quadro 34 – Tratamento ambulatorial

| ESQUEMA A | ESQUEMA B |
|---|---|
| Cefoxitina 2g IM com probenecida 1g, VO ou | Norfloxacina 400mg, VO, 12h/12h, por 14 dias, ou |
| Ceftriaxone 250mg IM, ou | Levofloxacina 500mg, VO, 1 vez/dia, por 14 dias |
| Cefalosporina equivalente | **COM OU SEM** |
| **MAIS** | Metronidazol 500mg, 12h/12h, por 14 dias |
| Doxiciclina 100mg, VO, 12h/12h por 14 dias | |
| **COM OU SEM** | |
| Metronidazol 500mg, VO, 12h/12h, por 14 dias | |

Fonte: (BEREK, 2008).

## Constipação intestinal

**Diagnóstico:** baseado na história clínica. O paciente normalmente se refere à dor abdominal tipo cólica, difusa, geralmente recorrente, associada à alteração do hábito intestinal (com diminuição da frequência – menor que três vezes/semana e ressecamento das fezes), esforço evacuatório doloroso, sensação de evacuação



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 168/359



incompleta e necessidade de manipulação digital para facilitar a saída das fezes. Em adultos, a constipação intestinal pode estar associada ao uso de medicamentos anticolinérgicos (opioides, antidepressivos, anti-histamínicos, corticoides, benzodiazepínicos, entre outros) e comorbidades (neurológicas, metabólicas, psiquiátricas, endócrinas e proctológicas) e, em crianças, a grande maioria se trata de obstipação funcional ou está associada à hipersensibilidade alimentar.

Ao exame, podem ser observadas alterações anorretais, com mais de 60 anos apresentam risco aumentado de doenças graves e uma grande porção delas não manifesta sinal ou sintoma que indique gravidade, ou apresenta sintomas vagos, não específicos e atípicos.

Medicamentos como betabloqueadores, corticoides e comorbidades (por exemplo, a Diabetes Mellitus) são comuns nessa faixa etária e costumam contribuir para mascarar os sintomas. São diagnósticos importantes para essa população: ruptura de aneurisma de aorta abdominal, isquemia mesentérica, IAM, obstrução e perfuração intestinal, doença diverticular, volvo, patologias biliares e neoplasias.

**Crianças:** nelas, a abordagem constitui grande desafio. Apesar de muitos casos serem benignos e autolimitados, alguns requerem rápido diagnóstico e tratamento para minimizar as morbidades.

**A causa mais comum são as gastroenterites, e a causa cirúrgica mais frequente é a apendicite.**

A idade é o fator-chave na avaliação das etiologias, pois a incidência e os sintomas variam demasiadamente. Acompanhe no Quadro 35:

Quadro 35 – Diagnóstico diferencial de dor abdominal aguda em crianças, segundo a faixa etária

| Até 1 ano de vida | 2-5 anos | 6-11 anos | 12-18 anos |
|---|---|---|---|
| Cólica infantil | Gastroenterites | Gastroenterites | Apendicite |
| Gastroenterites | Apendicite | Apendicite | Gastroenterites |
| Obstipação | Obstipação | Obstipação | Obstipação |
| Infecção do trato urinário | Infecção do trato urinário | Dor funcional | Dismenorreia |
| Intussuscepção | Intussuscepção | Infecção do trato urinário | Mittelschmerz (dor do meio) |
| Volvo | Volvo | Trauma | DIP |
| Hérnia encarcerada | Trauma | Faringite | Abortamento |
| Doença de Hirshprung | Faringite | Pneumonia | Gravidez ectópica |
| | Anemia falciforme | Anemia falciforme | Ovário/testicular torsão |
| | Púrpura de Henoch-Schonlein | Púrpura de Henoch-Schonlein | |
| | Linfadenite mesentérica | Linfadenite mesentérica | |

Fonte: (FISHMAN et al. 2009; LEUNG, 2003; FERRY, 2009).

**Pacientes portadores de HIV:** há predisposição para infecções oportunistas ou dor abdominal decorrente do uso de medicação: DDI (dideoxinosine), por exemplo. Além disso, o tratamento instituído aumenta o risco de outras doenças, como pancreatite e nefrolitíase.

**Gestantes:** podem apresentar poucos sinais clínicos e, muitas vezes, não apresentam sinais de peritonite, pela menor sensibilidade peritoneal, fruto da distensão da cavidade. A apendicite é a causa mais comum de cirurgia durante esse período. Tenha em mente que hematúria microscópica e piúria ocorrem em um terçodos pacientes com apendicite, cuidado para não atribuir esses achados a uma infecção do trato urinário unicamente.

**Trato genitourinário:** é um sítio comum para desencadear quadros de dor abdominal, especialmente em baixo ventre. Infecções no trato urinário, nefrolitíase, obstrução ureteral, torção de anexos, ruptura de cistos ovarianos, doenças inflamatórias pélvicas (DIP), vaginoses e vítimas de violência doméstica são uns exemplos de diagnóstico que devem ser aventados.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Lembrar que, se não pensamos em uma situação/doença, não faremos seu diagnóstico, neste contexto, o exame ginecológico assume papel de destaque na investigação de quadros de dor abdominal aguda em mulheres em idade reprodutiva.

**Uso de drogas:** muitos tóxicos e drogas podem causar dor abdominal. Nas dores tipo queimação, os principais fármacos envolvidos, por causarem lesão na mucosa, são: sulfato ferroso, bisfosfonados, AAS, anti-inflamatórios não esteroidais. Esses fármacos podem levar até a perfuração esofágica ou gástrica. Anticolinérgicos e narcóticos podem causar dor secundária a volvo ou obstrução.

Anfetaminas, ergotaminas e cocaína podem causar dor por vasoconstricção, levando à isquemia intestinal. Acetominofen pode causar lesão hepática e DDI, pancreatite. Intoxicação por metais pesados faz diagnóstico diferencial para pacientes com dor abdominal associada à anemia.

**Neoplasia:** dor abdominal pode ser uma manifestação de câncer. Na neoplasia de ovário, pode estar associada com inchaço, dispepsia, distensão abdominal, flatulência, anorexia, sensação de "plenitude pélvica e retal", dorsalgia, urgência ou aumento na frequência das evacuações. Já no câncer colorretal, podemos observar alteração do hábito intestinal, emagrecimento e sangramento anal. Nas leucemias, pode haver sintomas sugestivos de abdome agudo com obstrução funcional, disfunções autonômicas e irritação peritoneal.

## Encaminhamento

De fato, atender um paciente com dor abdominal é um grande desafio não só pela vastidão de possíveis diagnósticos, mas principalmente por sabermos que, muitas vezes, a decisão de transferir o paciente e solicitar um exame – e a demora em mobilizar tais recursos – é capaz de interferir no prognóstico. O paciente deve ser referenciado para avaliação cirúrgica nas seguintes situações:

- Dor intensa ou piora brusca com sinais de deterioração
- Vômito fecaloide
- Defesa abdominal/rigidez
- Distensão abdominal importante
- Trauma importante
- Suspeita de causa cirúrgica
- Dor abdominal aguda sem etiologia evidente
- Sinais de líquido ascítico ou sangue na cavidade abdominal



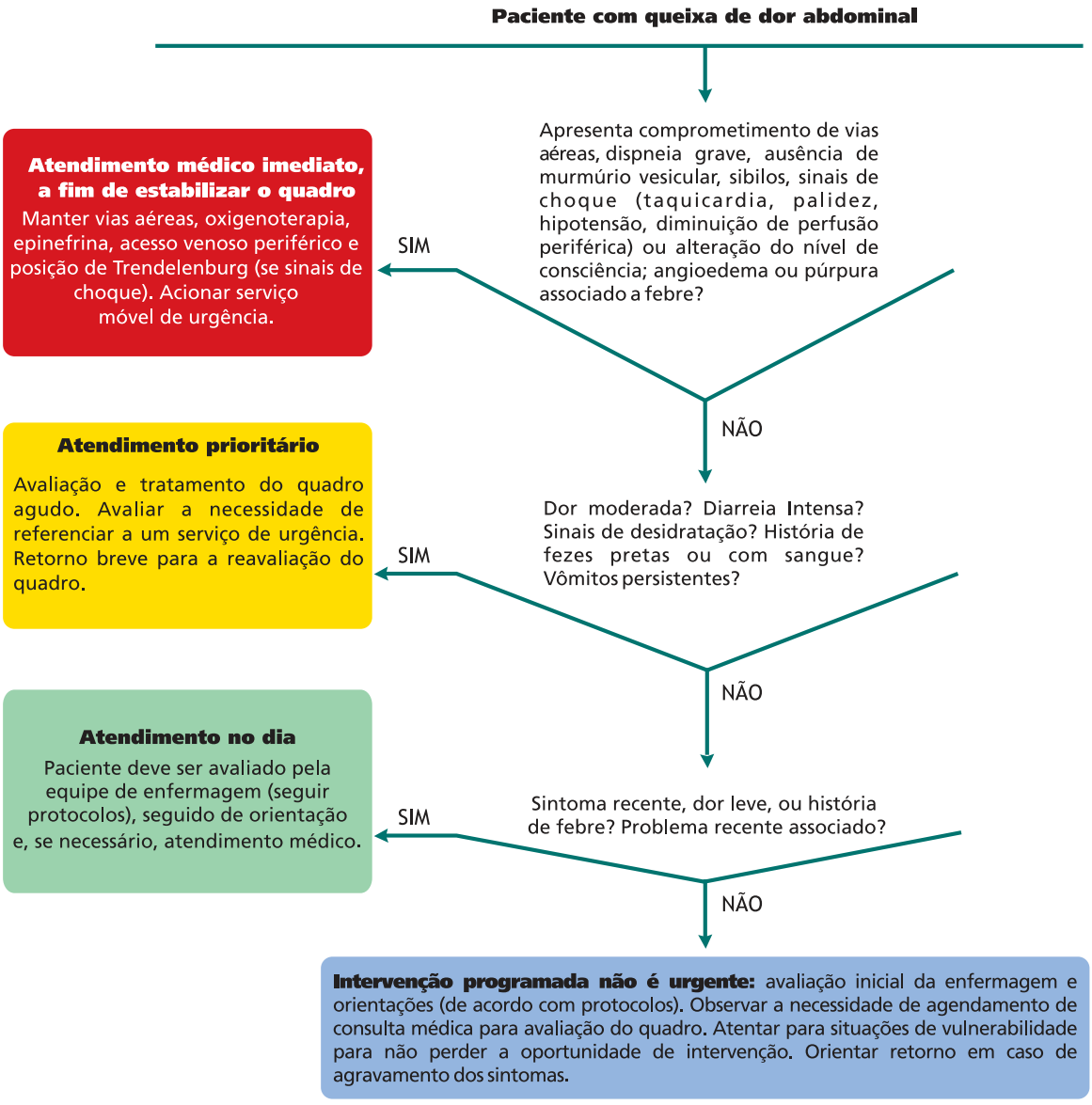
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 170/359



Figura 29 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor abdominal que procuram atendimento na AB




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## 2.10 DOR DE OUVIDO

O objetivo deste capítulo é facilitar a abordagem de indivíduos com dor de ouvido aguda nas Unidades Básicas de Saúde, enfatizando as síndromes clínicas e os problemas mais frequentes relacionados com essa queixa.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Conceitos fundamentais

A dor de ouvido (ou otalgia) está entre as queixas mais comuns nos atendimentos de demanda espontânea na atenção primária. A otalgia pode ser de origem primária, na orelha externa ou média, ou secundária, causada por problemas em pontos distantes do ouvido (dor referida ou reflexa) (Quadro 36). A irradiação da dor de outras áreas para o ouvido deve-se ao fato de essa região ser rica em terminações nervosas. O ouvido recebe fibras sensitivas dos nervos cranianos V (trigêmio), VII (facial), IX (glossofaríngeo) e X (vago), e dos nervos cervicais de C2 e C3. Esses nervos têm longo trajeto na cabeça, pescoço e tórax, o que pode fazer com que várias doenças possam causar otalgia.

Os diagnósticos mais comuns em pacientes com otalgia são de origem primária, com destaque para otite média aguda (OMA), otite externa (OE) e otite média com efusão (OME), geralmente sem complicações. As causas principais de otalgia secundária são dentárias, desordens da articulação temporomandibular (ATM), desordens da coluna cervical e neuralgias. As causas de otalgia em crianças são semelhantes às dos adultos, embora a otite média aguda seja mais frequente nelas.

Além das causas mais comuns, o médico deve estar preparado para diagnosticar problemas menos frequentes, mas cujo atraso no diagnóstico pode trazer prejuízos ao paciente devido a sua gravidade.

Entre estes devem ser lembrados: otite externa maligna, colesteatoma, mastoidite, meningite, trombose de seio venoso, infarto do miocárdio, arterite temporal e tumor maligno. Fratura da base do crânio ou hematoma subdural após trauma de crânio também pode provocar dor de ouvido. Na maioria das vezes, essas doenças podem ser excluídas apenas com base em anamnese e exame físico cuidadosos, sem necessidade de investigação complementar extensiva (Quadro 37).

Quadro 36 – Causas de otalgia

| **Primárias (otológicas)** | **Secundárias** |
|---|---|
| Orelha externa | Articulares/Cervicais |
| Otite externa | Disfunção da articulação temporomandibular |
| Miringite bolhosa | Desordens da coluna cervical |
| Cerume impactado | Dentárias |
| Otite externa maligna | Cáries |
| Orelha média e/ou mastoide | Abscessos periodontais |
| Otite média aguda/crônica | Terceiro molar impactado |
| Otite média com efusão | Pulpite |
| Barotrauma | Neurológicas |
| Perfuração traumática do tímpano | Neuralgias |
| Mastoidite | Paralisia facial |
| **Secundárias** | Infecciosas |
| Oncológicas | Infecções da orofaringe (faringe, tonsilite) |
| Tumores de cabeça ou pescoço | Sinusite |
| Outras | Linfadenite |
| Trauma | Parotidite |
| Cirurgia de orofringe | Meningite |
| Cirurgia de orofringe | |
| Arterite temporal | |
| Trombose de seio venoso | |
| Infarto do miocárdio | |

Fonte: (ELY; HANSEN; CLARK, 2008).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 172/359



Quadro 37 – Fatores de risco para diagnósticos de pior prognóstico em pacientes com otalgia

| Fatores de risco | Diagnósticos possíveis |
|---|---|
| Idade maior ou igual a 50 anos, VHS* acima de 50mm/h | Arterite temporal |
| Fatores de risco para doença coronariana | Infarto do miocárdio |
| Diabetes ou imunossupressão | Otite externa maligna (necrotizante) |
| Tabagismo ou etilismo, disfagia, perda de peso, idade maior que 50 anos | Tumor de cabeça ou pescoço |
| Retração da membrana timpânica superior, otorreia | Colesteatoma |
| Perda da audição unilateral | Otite externa maligna, colesteatoma |

Fonte: (ELY; HANSEN; CLARK, 2008).
*VHS = velocidade de hemossedimentação

## Diagnóstico e tratamento das otites

A idade do paciente, as características da dor (tipo, intensidade, localização, irradiação, fatores agravantes e de alívio), o cortejo sintomático associado (local ou sistêmico), a identificação de fatores predisponentes à otite (natação, trauma, barotrauma, resfriado recente, rinite etc.) e fatores de risco para outros problemas de pior prognóstico (idosos, etilistas, tabagistas, imunodeficientes etc.) são alguns dos dados que mostram a relevância da anamnese.

História de otites prévias ou de timpanostomia, com colocação de tubos de drenagem, aumenta a chance de otite média. O uso de medicações tópicas pode causar otite externa por dermatite de contato ou otite externa fúngica pela destruição da flora bacteriana habitual devido ao uso de antibióticos tópicos.

Otalgia, com otorreia e febre, fala a favor de origem primária (otológica) da dor. A intensidade da dor nem sempre está relacionada com a gravidade da causa. Febre é comum em quadros benignos e não complicados, como infecções respiratórias agudas associadas à otite média com efusão ou otite média aguda. Entretanto, pode estar presente também em quadros mais graves, como mastoidite, meningite, abscesso cerebral e otite externa maligna. Atenção especial deve ser dada a indivíduos com cefaleia, vômitos, alteração do nível de consciência ou sinais de toxicidade, que podem indicar problemas mais graves.

Pontos-chave no exame físico incluem a inspeção da orelha, das regiões pré e pós-auriculares, e da região cervical. A palpação, dor à mobilização da orelha ou na compressão do tragus sugerem otite externa.

A otoscopia é fundamental para descrever achados no conduto auditivo e na membrana timpânica.

Adicionalmente, são fundamentais as inspeções da cabeça, do nariz e da orofaringe e o exame dos pares cranianos V, VII, IX e X. Quando o exame da orelha é normal, há maior chance de a otalgia ser secundária, e o médico deve pesquisar causas originárias em outros locais. Para invetigar disfunções da articulação temporomandibular, é necessário palpar região dessa articulação e pedir para o paciente abrir e fechar a boca, em busca de crepitações e/ou dor. Causas dentárias de otalgia geralmente acomentem os dentes molares. Faringite e tonsilite também podem causar otalgia.

## Principais causas de dor de ouvido

Abordaremos o manejo clínico das causas mais comuns de dor de ouvido, que são causas de procura aos serviços de atenção primária, por demanda espontânea.

## Por acometimento do pavilhão auricular

As causas de otalgia acometendo a orelha externa podem ser: contusão pós-traumática, celulite (após picada de inseto, trauma ou colocação de brincos), processos alérgicos (angioedema, dermatite de contato), queimadura solar, pericondrite e, com menor frequência, herpes zoster.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Nessas condições, a anamnese e o exame físico costumam ser bem esclarecedores e o tratamento depende de cada causa.

## Por acometimento do conduto auditivo

### Otite externa

A otite externa é a afecção da pele que reveste o conduto auditivo. Vários fatores contribuem para seu aparecimento, como umidade ambiental ou por natação, traumatismos (com cotonetes, dedo ou outros instrumentos), corpo estranho e processos alérgicos (por exemplo, a um medicamento tópico).

A principal manifestação é a dor de ouvido, mas o espectro pode variar desde prurido local até dor intensa. A mobilização do pavilhão auricular, a compressão do tragus e a mastigação/deglutição podem provocar ou exacerbar a dor. Sensação de ouvido congesto e hipoacusia decorrem de obstrução do conduto auditivo. Na otoscopia encontra-se edema e hiperemia do conduto, por vezes com exsudato purulento secundário. Pequenas ulcerações podem ser vistas nos processos traumáticos e descamação é encontrada no eczema do conduto. O uso de gotas otológicas tópicas pode provocar dermatite de contato, com *rash* confluente e róseo no canal auditivo, podendo se estender para o pavilhão auricular ou para a pele adjacente. Prurido costuma ser o sintoma predominante.

As possibilidades de corpo estranho são muito variadas, como pedaço de algodão, grãos (ex. feijão), insetos, baterias, entre outros. Podem ser achados casualmente ao exame físico, com pouco ou nenhum sintoma associado, em especial, em crianças pequenas. Insetos podem provocar dor e sensação de movimento no ouvido. Os corpos estranhos nem sempre causam otalgia. Na maioria das vezes, o manejo do paciente com corpo estranho no ouvido não requer condutas urgentes, porém, no caso de pequenas baterias (de relógios, calculadoras, *minigames*), a retirada deve ser imediata para evitar queimadura química, necrose ou perfuração. Rolhas de cerume também podem causar incômodo no ouvido, sensação de ouvido entupido e hipoacusia, mas raramente são causa de dor importante.

Os agentes infecciosos mais frequentes de otite externa são Pseudomonas aeruginosa, *Staphylococcus aureus, Proteus Mirabilis, Escherichia coli* e fungos (Aspergillus ou Candida). A otite externa fúngica é favorecida pela destruição da flora bacteriana normal do conduto por uso excessivo de antibióticos tópicos. O prurido do conduto costuma incomodar mais do que a dor, e micélios (flocos brancos ou escuros) podem ser vistos no canal auditivo. Herpes zoster pode ser uma causa também de otalgia, em que se encontram vesículas no canal auditivo, por vezes acompanhada de paralisia facial (síndrome de *Ramsay Hunt*) ou de outros sintomas como hipoacusia, zumbido, vertigem e alteração do paladar.

**O tratamento da otite externa visa à limpeza do conduto, alívio da dor e do prurido e destruição do agente infeccioso. Deve-se evitar a entrada de água no conduto externo durante o banho e esportes aquáticos, além de traumatismos pelo uso de hastes flexíveis.**

Na maioria das vezes, o tratamento é apenas tópico, com medicações em gotas que podem conter apenas antibiótico ou drogas associadas, incluindo: anti-inflamatório (corticoide), antibiótico (neomicina, gentamicina, clindamicina) e antifúngico (polimixina). A terapia tópica deve ser feita com drogas seguras para o ouvido médio, pois, em caso de perfuração da membrana timpânica, podem atingir essa região. Caso o conduto esteja obstruído em decorrência de edema, algodão ou gaze com o medicamento pode ser usado nos primeiros dias para facilitar a sua penetração. No entanto, não se recomenda manter o ouvido tampado, para evitar infecção prolongada. O tempo de tratamento costuma ser de cinco a sete dias. Nas otites externas fúngicas deve ser mais prolongado, em torno de 21 dias, e associado à retirada dos micélios.

Analgésicos e/ou antibióticos por via oral podem ser necessários no tratamento da otite externa. Geralmente o tratamento tópico é suficiente, porém antibióticos sistêmicos são recomendados



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 174/359



quando há qualquer sinal de infecção invasiva (febre, celulite auricular ou adenomegalia dolorosa retroauricular) (Ver item "Tratamento"). Pacientes imunodeficientes, com febre ou sinais de toxicidade, paralisia facial e dor intensa podendo acometer a calota craniana, podem estar com otite externa maligna, que corresponde à otite associada à osteomielite de ossos do crânio. Linfadenopatia pré-auricular, protrusão da orelha externa e celulite na região da pele sobre a mastoide podem também ser encontradas na otite externa maligna. É um quadro grave cujo agente etiológico principal é *Pseudomonas aeruginosa* e que indica encaminhamento urgente para unidades de saúde de maior complexidade.

### Abscesso de conduto (otite externa furunculosa)

É uma infecção localizada em um folículo piloso, no terço externo do conduto auditivo. A lesão é bastante dolorosa e costuma dificultar a introdução do otoscópio no conduto. Pode se apresentar pontiaguda e se estender além do conduto. O agente etiológico principal é o *Staphylococcus aureus* e o tratamento deve ser feito com antibióticos sistêmicos e tópicos, calor local e analgésicos. Almeja-se a drenagem espontânea do abscesso, mas, eventualmente, a drenagem cirúrgica pode ser necessária. Nesta situação recomenda-se que seja feita com o otorrinolaringologista.

### Por acometimento do ouvido médio

Otite média é a inflamação da orelha média, composta anatomicamente pela caixa timpânica, a tuba auditiva e as células da mastoide. De forma geral, as otites médias podem ser classificadas em:

- **Otite média aguda:** infecção aguda da orelha média.
- **Otite média recorrente:** cinco ou mais epidódios por ano ou três ou mais em seis meses.
- **Otite média secretora (com efusão):** efusão na orelha média, com membrana timpânica íntegra e sem sinais de infecção aguda.
- **Otite média crônica simples:** perfuração da membrana timpânica maior que três meses sem otorreia persistente (alterações irreversíveis da orelha média).
- **Otite média crônica supurada colesteatomatosa:** presença de colesteatoma.
- **Otite média crônica supurada não colestematosa:** otorreia intermitente ou persistente, sem colesteatoma.

Ateremos-nos às formas agudas de otite média.

### Otite média aguda (OMA)

A OMA é um dos principais motivos de prescrição de antibióticos na Atenção Primária, principalmente em crianças. Alguns fatores as tornam mais predispostas à OMA do que os adultos: colonização bacteriana por Streptoccus pneumoniae, Haemophilus influenzae e Moraxella catarrhalis, maior frequência de infecções de vias aéreas superiores, tabagismo passivo, alergia e disfunção da tuba de Eustáquio. Pode ser de etiologia viral ou bacteriana. Na maioria das vezes, uma infecção viral inicial evolui com infecção bacteriana secundária.

Vírus sincicial respiratório, *influenza*, adenovírus, entre outros, podem ser agentes etiológicos.

Os principais agentes etiológicos bacterianos são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophylus influenzae* e *Moraxella catarralis*, com menor frequência, o *Staphylococcus aureus* também pode estar envolvido. Este último, assim como *Pseudomonas aeruginosa*, é mais comum na otite média crônica. No quadro crônico, a etiologia habitualmente é mista.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 175/359



Quadro clínico:

| |
|---|
| OMA é a principal causa de otalgia, que pode variar de leve a muito intensa. Congestão nasal e tosse frequentemente precedem a dor de ouvido. Febre ocorre em alguns casos. Irritabilidade, dificuldade para se alimentar e para dormir são algumas das manifestações atípicas encontradas em lactentes. |
| A otoscopia pode revelar opacificação, alteração da cor (vermelha, branca, amarela), abaulamento ou perda da mobilidade da membrana timpânica (MT). Quando a coleção do ouvido médio supura, observa-se otorreia de coloração variada, que costuma impedir a visualização da MT. A hiperemia da MT é um achado inespecífico, comum em crianças com febre ou choro intenso. Quando é o único achado, a otoscopia pneumática, que avalia a mobilidade da membrana timpânica, é de grande auxílio.<br>Há diminuição ou perda dessa mobilidade quando há secreção no ouvido médio. Bolhas na MT são encontradas na miringite bolhosa, que pode ser causada por Mycoplasma pneumoniae, vírus ou outros agentes. |
| A Academia Americana de Medicina de Família e a Academia Americana de Pediatria publicaram, em 2004, *guideline* em que especificam três critérios necessários para o diagnóstico de OMA: início agudo, presença de efusão no ouvido médio e sinais de inflamação. |

O diagnóstico de OMA requer:

1. **História de início agudo dos sinais e sintomas.**
2. **Presença de efusão em ouvido médio*.**
3. **Sinais e sintomas de inflamação do ouvido médio**.**

• *A presença de efusão no ouvido médio pode ser indicada por:

a. Abaulamento da membrana timpânica.

b. Diminuição ou perda da mobilidade da membrana timpânica.

c. Nível hidroaéreo atrás da membrana timpânica.

d. Otorreia.

• **Sinais e sintomas de inflamação no ouvido médio são:

a. Eritema da membrana timpânica.

b. Otalgia (desconforto claramente oriundo da orelha média) que interfere nas atividades normais ou no sono.

Alerta-se para a necessidade do uso cauteloso de antibiótico em decorrência da incidência crescente de ce pas de *Streptococcus pneumoniae* resistente e de *H. influenzae e M. catarralis* produtores de betalactamase. O mecanismo de resistência do S. pneumoniae à penicilina baseia-se na alteração da proteína ligadora de penicilina. O risco de resistência é maior em crianças do que em adultos, especialmente nas menores de dois anos, que frequentam creche e que usaram antibióticos nos últimos três meses.

As Academias Americanas de Medicina de Família e de Pediatria dão a opção de se observar por 48h-72h determinadas crianças com OMA não complicada. Esses casos incluem aquelas de seis meses a dois anos de idade, com diagnóstico duvidoso de OMA e sem sinais de gravidade, e as maiores de dois anos sem sinais de gravidade, mesmo que não haja dúvidas quanto ao diagnóstico de OMA. Se o paciente não melhora nesse período de observação, inicia-se a antibioticoterapia. Caso for decidido tratar com antibióticos, recomendam como droga de escolha a **amoxicilina na dose de 80mg a 90 mg/kg/dia, dividida em duas doses.**

Para pacientes com reação de hipersensibilidade tipo I (urticária ou anafilaxia), as alternativas são azitromicinaou claritromicina. **Em crianças menores de seis anos, o curso do tratamento deve ser**



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 176/359



**de dez dias. Naquelas de seis anos ou mais, como a secreção do ouvido médio costuma ficar estéril em três a seis dias, aceita-se tratamento mais curto. Metanálise publicada pela Cochrane mostra evidência de eficácia com o tratamento por cinco dias**. Ceftriaxone intramuscular, em dose única, pode ser uma opção para pacientes com vômitos e dificuldade de tratamento por via oral.

Se a doença é mais grave ou o tratamento com amoxicilina falha, a opção recomendada é a amoxicilina em dose alta associada ao clavulanato, para ampliar cobertura aos germes produtores da betalactamase. Nesse caso, devem ser usadas apresentações de amoxicilina com clavulanato em que a concentração de amoxicilina é maior, sem aumento da dose de clavulanato.

Este, se administrado em altas doses, tem grande risco de provocar diarreia. Pacientes com falha no tratamento com amoxicilina com clavulanato podem ser tratados com ceftriaxone por três dias, intramuscular. Os antibióticos, as doses e o tempo de tratamento recomendados para adultos com OMA são apresentados no Quadro 38.

Quadro 38 – Antibioticoterapia em adultos com OMA

| **OTITE MÉDIA AGUDA** | | |
|---|---|---|
| **PRIMEIRA OPÇÃO** | | |
| Antibiótico | Posologia | Duração |
| Amoxiclina | 500mg, 8h/8h, ou<br>875mg, 12h/12h | 10 dias |
| ALTERNATIVAS PARA ALÉRGICOS | | |
| Antibiótico | Posologia | Duração |
| Sulfametoxazol-trimetropim | 6mg SMT e 30mg TMP/kg/dia | 10 dias |
| Azitromicina | 500mg/dia | 5 dias |
| Claritromicina | 250mg-500mg, 12h/12h | 10 dias |
| SEGUNDA OPÇÃO | | |
| FALHA TERAPÊUTICA | | |
| OTITE MÉDIA AGUDA RECORRENTE | | |
| Antibiótico | Posologia | Duração |
| Amoxiclina/Clavulanato | 500mg, 8h/8h, ou<br>875mg, 12h/12h | 10-14 dias |
| Cefaclor | 250mg-500mg, 8h/8h | 10-14 dias |
| Cefprozil | 250mg-500mg, 12h/12h | 10-14 dias |
| Axetil cefuroxime | 250mg-500mg, 12h/12h | 10-14 dias |
| Cefpodoxime | 200mg, 12h/12h | 10-14 dias |
| OTITE MÉDIA AGUDA COMPLICADA | | |
| Antibiótico | Posologia | Duração |
| Ceftriaxone | 2g-4g/dia | 10 dias |

Fonte: (FIGUEIREDO; PIGNATARI, 2008).

Quanto a outras medidas terapêuticas, podem ser usados analgésicos e antitérmicos comuns, quando necessários. Não se recomenda o uso rotineiro de descongestionantes e anti-histaminicos na OMA, principalmente em crianças.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 177/359



## Prevenção

A prevenção da OMA, cuja incidência é maior em crianças, deve ser tentada com a redução dos fatores de risco possíveis: acompanhamento regular da saúde, promoção do aleitamento materno exclusivo pelo menos até os 6 meses de vida, não recomendação do uso de mamadeiras e chupetas, combate ao tabagismo passivo.

A vacinação anti-influenza tem mostrado impacto na redução da recorrência de OMA em locais onde é feita rotineiramente (o que isoladamente não justifica sua inclusão no calendário vacinal para toda a população). Não há evidências suficientes para se recomendar a vacinação antipneumocócica na prevenção da recorrência de OMA.

## Encaminhamento

Complicações da OMA precisam ser prontamente identificadas e podem requerer medidas urgentes. Mastoidite resulta da infecção das células da mastoide, por contiguidade a OMA. Os achados clínicos incluem dor, edema e hiperemia da região retroauricular, com protrusão da orelha, febre e toxicidade. **Essa complicação requer internação para tratamento com antibiótico intravenoso e sua confirmação pode ser feita com tomografia computadorizada (TC), logo o paciente precisa ser encaminhado a um serviço de maior complexidade.**

Outras infecções graves podem ocorrer por contiguidade: meningite, abscesso cerebral e trombose de seio venoso. Febre, cefaleia intensa, sinais meníngeos, alteração do nível de consciência, achados neurológicos focais e toxicidade são sinais de alerta e indicam ao médico assistente da APS que o paciente precisa ser referenciado imediatamente para o hospital mais próximo.

## Otite média com efusão (OME)

A OME faz diagnóstico diferencial com a OMA. Corresponde ao acúmulo de secreção no ouvido médio, sem inflamação aguda. Não é um quadro infeccioso, embora predisponha a OMA. Resulta de disfunção da tuba auditiva (tuba de Eustáquio), comumente causada por infecção nasal ou alergia. O diagnóstico da OME é mais preciso com a otoscopia pneumática.

Logo, quando não há disponibilização de otoscópio adequado, deve-se encaminhar para o otorrinolaringologista.

Se a OME persiste por três meses ou mais, recomenda-se avaliação da acuidade auditiva.

Essa avaliação deve ser repetida a cada 3-6 meses e, em caso de comprometimento da audição ou de anomalias estruturais dos ouvidos, é fundamental a avaliação do otorrinolaringologista quanto à necessidade de tratamento cirúrgico, com colocação de tubos de drenagem.

## Otites médias crônicas

Nas otites médias crônicas, deve-se pesquisar a história pregressa de infecções de ouvido, traumas, cirurgias (timpanostomias com colocação de tubos de drenagem), imunodeficiência e diabetes. Os sintomas tendem a ser mais arrastados. No exame podem ser encontradas alterações sugestivas de cronicidade: perfuração da membrana timpânica, otorreia crônica ou recorrente, secreção fétida, massa de tecido epitelial na membrana timpânica, ou atrás dela, com ou sem retração da membrana timpânica (colesteatoma). Se há perfuração da membrana timpânica ou história de timpanostomia com colocação de tubos de drenagem, recomenda-se pesquisar história de exposição à água, principalmente crônica (nadadores). Hipoacusia e zumbido são comuns. O colesteatoma é uma complicação da otite média crônica, pode causar dor de ouvido e sensação de congestão no ouvido, além de poder provocar déficit auditivo permanente.

Pacientes com OMC devem ser acompanhados também pelo otorrinolagingologista. Cultura e antibiograma da secreção podem ajudar na escolha do antibiótico. A pesquisa etiológica deve ser



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

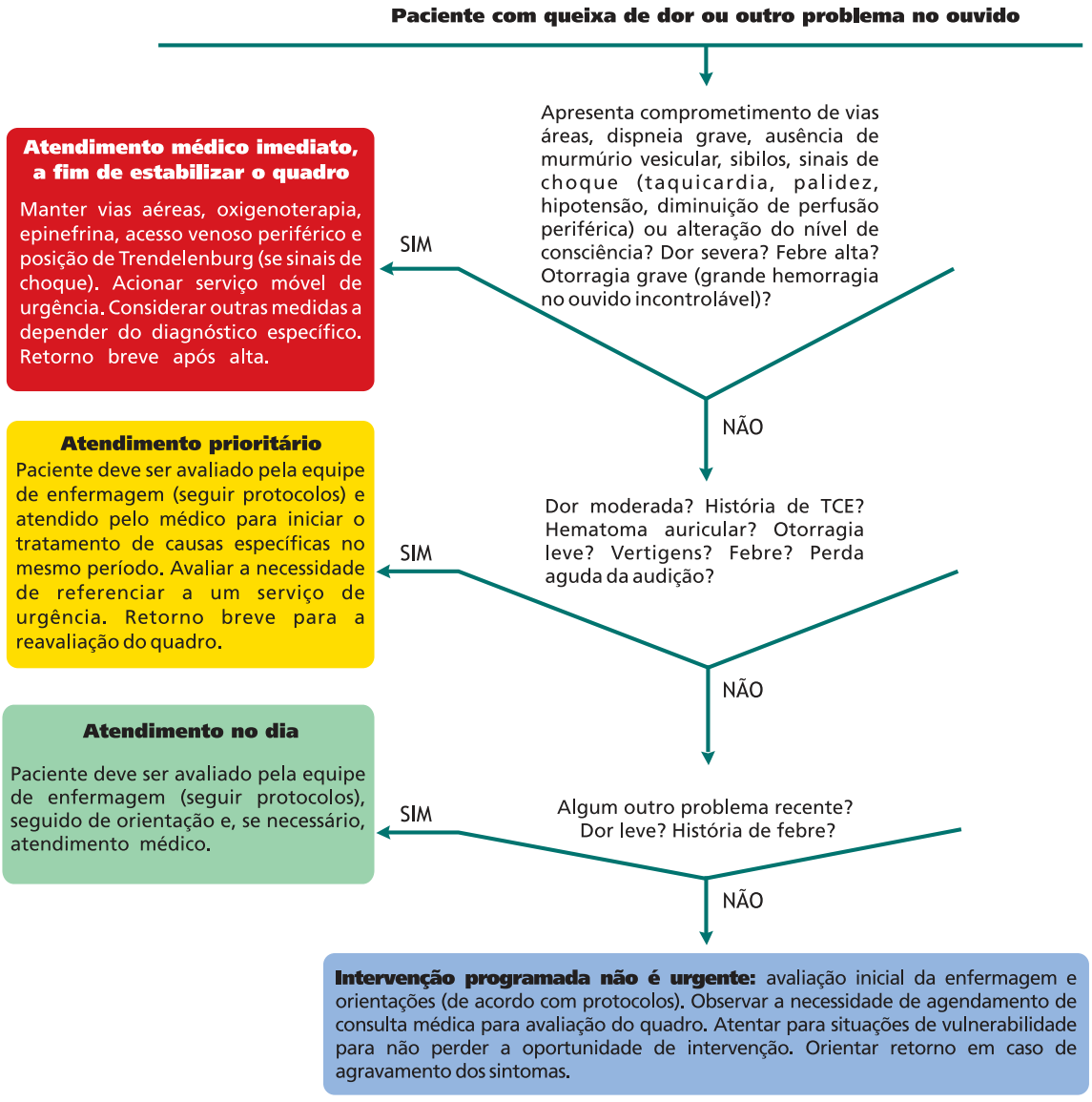
Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 178/359



feita para germes comuns, fungos e *Mycobacterium tuberculosis*. O tratamento empírico deve cobrir agentes etiológicos usuais, que incluem S. pneumoniae, *H. influenzae, S. aureus, Pseudomonas sp.*, e *anaeróbios.*

Figura 30 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor ou outros problemas no ouvido que procuram atendimento na AB




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## 2.11 DOR DE GARGANTA

Dor de garganta é um motivo comum de busca por atendimento em unidades de atenção primária e em serviços de emergência. É essencial que médicos que atuam na Atenção Primária estejam bem familiarizados com o diagnóstico e o manejo de pessoas com essa queixa nas diferentes faixas etárias.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Este capítulo tem como objetivo facilitar a abordagem do paciente com dor de garganta, enfatizando as causas mais comuns e a prevenção primária da febre reumática.

A dor de garganta é causada habitualmente por condições localizadas na faringe ou em estruturas anatômicas adjacentes. Mesmo sem acometer diretamente a faringe, alguns problemas podem provocar dor de garganta, como doenças do esôfago. Em crianças pequenas, a identificação dessa queixa pode ser ainda mais desafiadora, uma vez que dependerá da interpretação da mãe ou de responsável. A disfagia secundária a doenças do esôfago ou a desordens neuromusculares, por exemplo, pode ser interpretada como dor de garganta.

A faringite infecciosa aguda é a principal causa de dor de garganta e mais de 50% das faringites são de etiologia viral. Os vírus que comumente causam faringite incluem: vírus influenza, parainfluenza, rinovírus, coronavírus, adenovírus, vírus sincicial respiratório, vírus Epstein-Barr, enterovírus e herpervírus. A principal causa bacteriana de faringite é o *Streptococcus* B hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*), cujo reconhecimento precoce e tratamento adequado são primordiais para a prevenção de febre reumática. Outros agentes incluem Streptococcus dos grupos C e G, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Aracnobacterium hemolyticum*, e vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Em crianças pequenas, a faringite viral é a causa mais comum. Nas mais velhas e em adolescentes, além da etiologia viral, destaca-se a faringite por *Streptococcus* B hemolíticodo grupo A e, em adultos, tanto infecção viral como a infecção por bactérias menos invasivas ocorrem com frequência semelhante. Parasitas e fungos podem ser agentes etiológicos em situações menos comuns. Outras causas incluem trauma, irritantes, câncer e outras síndromes de etiologia desconhecida. A idade do paciente, a época do ano, o ambiente onde vive e exposições particulares são dados que podem ajudar a identificar a causa do processo.

## Faringites virais

A clínica é de dor de garganta, febre e mal-estar. O mal-estar costuma ser menor do que o provocado pelas infecções bacterianas. Alguns sintomas são comuns e ajudam a suspeitar da etiologia viral do quadro: rouquidão, tosse, conjuntivite e diarreia. No exame físico, notam-se: hiperemia da faringe e das amígdalas, com ou sem vesículas ou ulcerações, e com ou sem exsudato amigdaliano.

Alguns vírus provocam quadros um pouco mais específicos. Na herpangina (infecção pelo vírus Cocksakie), aparecem lesões vesiculares localizadas no palato mole, úvula e pilares amigdalianos anteriores, e a dor de garganta é mais expressiva. Quando se rompem, essas vesículas provocam úlceras com base esbranquiçada, dando em aspecto muitas vezes confundido com o das faringoamigdalites bacterianas. A herpangina pode ocorrer em associação com meningite, exantemas e outras apresentações clínicas das enteroviroses.

Na "síndrome mão-pé-boca", por exemplo, há lesões vesiculares na boca (estomatite) e nas regiões palmoplantares. O adenovírus pode causar faringite, com conjuntivite e febre alta ("febre faringoconjuntival"). O herpes simplex causa lesões vesiculares na orofaringe (estomatite).

Na mononucleose infecciosa, causada pelo vírus *Epstein Barr*, a faringoamigdalite pode ser confundida com a de etiologia bacteriana, porém outros achados clínicos relacionados a essa doença ajudam na diferenciação (fadiga, exantema, adenomegalias, hepatomegalia etc).

O diagnóstico das faringites virais é predominantemente clínico. Algumas condições têm investigação específica, como é o caso da mononucleose. O tratamento é sintomático, semelhante ao do resfriado comum. O gargarejo com soluções salinas pode aliviar a dor de garganta. Mucolíticos, antitussígenos, anti-inflamatórios não hormonais e vitamina C não têm nenhuma indicação nesses quadros.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 180/359



## Faringite estreptocócica

O agente etiológico é o *Streptococcus* B hemolítico do grupo A (*Sreptococcus pyogenes*). A faringite estreptocócica acomete principalmente crianças e adolescentes entre 5 e 15 anos. É incomum em pré-escolares, mas surtos já foram documentados em creches. No entanto, a febre reumática, uma de suas complicações mais temidas, é rara antes dos três anos. Também é raro o primeiro episódio de febre reumática em adultos, embora eles possam apresentar recorrência do quadro.

Os sintomas da faringite estreptocócica variam de leve a intensos. A clínica costuma ter início mais abrupto do que a da infecção viral. Há dor de garganta, febre de graus variados, mal-estar geral e cefaleia. Dor abdominal, náuseas e vômitos são comuns, principalmente em crianças. Eritema, edema faríngeos, com ou sem exsudato, estão habitualmente presentes. A presença de petéquias no palato sugere infecção pelo Streptococcus B hemolítico do grupo A. Os linfonodos cervicais anteriores ficam aumentados e dolorosos. Pode ocorrer rash cutâneo escarlatiforme.

Sintomas sugestivos de infecção viral, como rinorreia, conjuntivite, tosse, rouquidão e diarreia, não são esperados (Quadro 39).

Quadro 39 – Achados clínicos e epidemiológicos dos diagnósticos diferenciais de faringite infecciosa

| Dados sugestivos de faringite estreptocócica | Dados sugestivos de etiologia viral |
|---|---|
| Dor de garganta de início súbito | Conjuntivite |
| Dor à deglutição | Coriza |
| Febre | Rouquidão |
| Rash cutâneo escarlatiforme | Tosse |
| Cefaleia | Diarreia |
| Náusea, vômito e dor abdominal | Exantema característico |
| Eritema tonsilofaríngeo | Enantema característico |
| Exsudato tonsilofaríngeo | |
| Petéquias no palato mole | |
| Hiperemia e edema da úvula | |
| Adenomegalias cervicais anteriores dolorosas | |
| Paciente entre 5 e 15 anos de idade | |
| Apresentação no inverno ou no início da primavera (em regiões de climas temperados) | |
| História de exposição | |

Fonte: (GERBER et al 2009).

A diferenciação precisa entre faringite estreptocócica e viral, baseada na história e no exame físico, pode ser difícil, mesmo para médicos experientes. Porém, essa distinção é importante para uso mais acurado de antibióticos. Para essa finalidade, a cultura de orofaringe pode ser útil, no entanto esse exame não é indicado de rotina, pois possui diversas limitações e controvérsias, entre as quais: número significativo de resultados falso positivos e dificuldade de diferenciar a infecção do estado de portador. Além disso, o exame não é de fácil acesso na Atenção Primária.

A clínica tem maior valor preditivo negativo do que positivo, ou seja, serve mais para excluir a etiologia estreptoccócica do que para confirmá-la. Dessa forma, em casos de febre reumática, síndrome do choque tóxico pelo estreptococo do grupo A ou glomerulonefrite, a vigilância bacteriológica por meio de cultura está indicada.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

A pesquisa de anticorpos antiestreptocócicos reflete eventos imunológicos pregressos e não serve para o diagnóstico da faringite estreptocócica aguda. O mais comum usado e disponível comercialmente é o exame da antiesptretolisina O (ASLO). Quando presentes em títulos elevados ou ascendentes, podem ajudar a confirmar um quadro de febre reumática aguda. Os títulos de ASLO começam a aumentar em uma semana e atingem um pico entre três e seis semanas após a infecção. O teste pode manter níveis elevados por meses, mesmo após infecções estreptocócicas não complicadas.

O tratamento antimicrobiano iniciado até nove dias do início das manifestações clínicas é eficaz na prevenção da febre reumática. Outra complicação que deve ser observada é a evolução para o abscesso periamigdaliano que tem como principais características: dificuldade de abrir a boca, trismo, voz alterada (voz de batata quente), dor forte e desvio medial do palato e abaulamento do palato. Nesta condição, o paciente deve ser encaminhado ao otorrinolaringologista imediatamente para avaliação.

## Tratamento

A prevenção da febre reumática requer tratamento adequado da faringite estreptocócica.

Na seleção do regime terapêutico, levam-se em consideração vários fatores, como: eficácia bacteriológica e clínica, facilidade de aderência ao esquema recomendado, custo, espectro de atividade e efeitos colaterais potenciais. Nenhum regime terapêutico erradica o *Streptococcus pyogenes* de 100% dos indivíduos tratados, embora 100% dos *Streptococcus pyogenes* mostrem suscetibilidade in vitro a todos os agentes betalactâmicos (penicilinas e cefalosporinas).

A droga de escolha para o tratamento é a penicilina benzatina, 600.000 unidades para crianças com peso abaixo de 27kg e 1.200.000 unidades para aquelas com 27kg ou mais, por via intramuscular, em dose única. Penicilinas orais, como a penicilina V oral e a amoxicilina, podem também ser usadas, desde que se garanta a adesão ao tratamento. Nesses casos, o tratamento deve ser feito por 10 dias. A eritromicina é uma opção para crianças alérgicas à penicilina, porém é menos tolerada por adolescentes e adultos. Cefalosporinas e novos macrolídeos (azitromicina, claritromicina) também são opções para esses casos. Recomenda-se que o tratamento com azitromicina tenha a duração de cinco dias. Nos Estados Unidos, cerca de 1% dos *Streptococccus pyogenes* é resistente à clindamicina. Essa droga é mais uma opção para pacientes alérgicos à penicilina (Quadro 40).

Quadro 40 – Prevenção primária da febre reumática (tratamento da tonsilofaringite estreptocócica)

| Agente | Dose | Via | Duração |
|---|---|---|---|
| Penicilina G benzatina | 600.000U para pacientes < 27kg; 1.200.000U para > 27kg | Intramuscular | Dose única |
| Amoxicilina | 50mg/kg/dia, dividida em duas ou três doses (*) | Oral | 10 dias |
| Penicilina V (fenoximetilpenicilina) | Crianças: 250mg, duas a três vezes por dia, para < 27kg; para > 27kg, adolescentes e adultos: 500mg, duas a três vezes por dia | Oral | 10 dias |
| PARA ALERGICOS À PENICILINA | | | |
| Cefalosporinas de espectro estreito (cefalexina, cefadroxil) | Depende da droga | Oral | 10 dias |
| Eritromicina | 50mg/kg (até 500mg), de 6h/6h | Oral | 10 dias |
| Azitromicina | 12mg/kg, uma vez ao dia (máximo 500mg) | Oral | 5 dias |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

(continuação)

| Agente | Dose | Via | Duração |
|---|---|---|---|
| Claritromicina | 15mg/kg por dia, dividida em duas doses (máxima 250mg, duas vezes/dia) | Oral | 10 dias |
| Clindamicina | 20mg/kg por dia, dividida em 3 doses (máxima1,8g/dia) | Oral | 10 dias |

Fonte: (GERBER et al. 2009).

(*) Nos Estados Unidos, uma nova formulação oral de amoxicilina de liberação lenta foi recentemente aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA) para administração uma vez ao dia, durante dez dias, em pacientes com 12 anos ou mais.

Considerando que são raros os casos de reação anafilática à penincilina, essa medicação deve ser administrada na UBS. Contudo, deve-se agir com prudência e tomar as seguintes precauções:

1. Observar se a unidade de saúde possui boas condições para o atendimento dos casos de anafilaxia (ver capítulo que aborda o assunto).
2. Manter o paciente, pelo menos, 30 minutos em observação na UBS, após a aplicação da medicação.
3. Orientar o paciente sobre as possíveis reações adversas que possam ocorrer em decorrência da aplicação da penicilina.

## Encaminhamento

A amigdalite estreptocócica pode apresentar complicações supurativas e não supurativas.

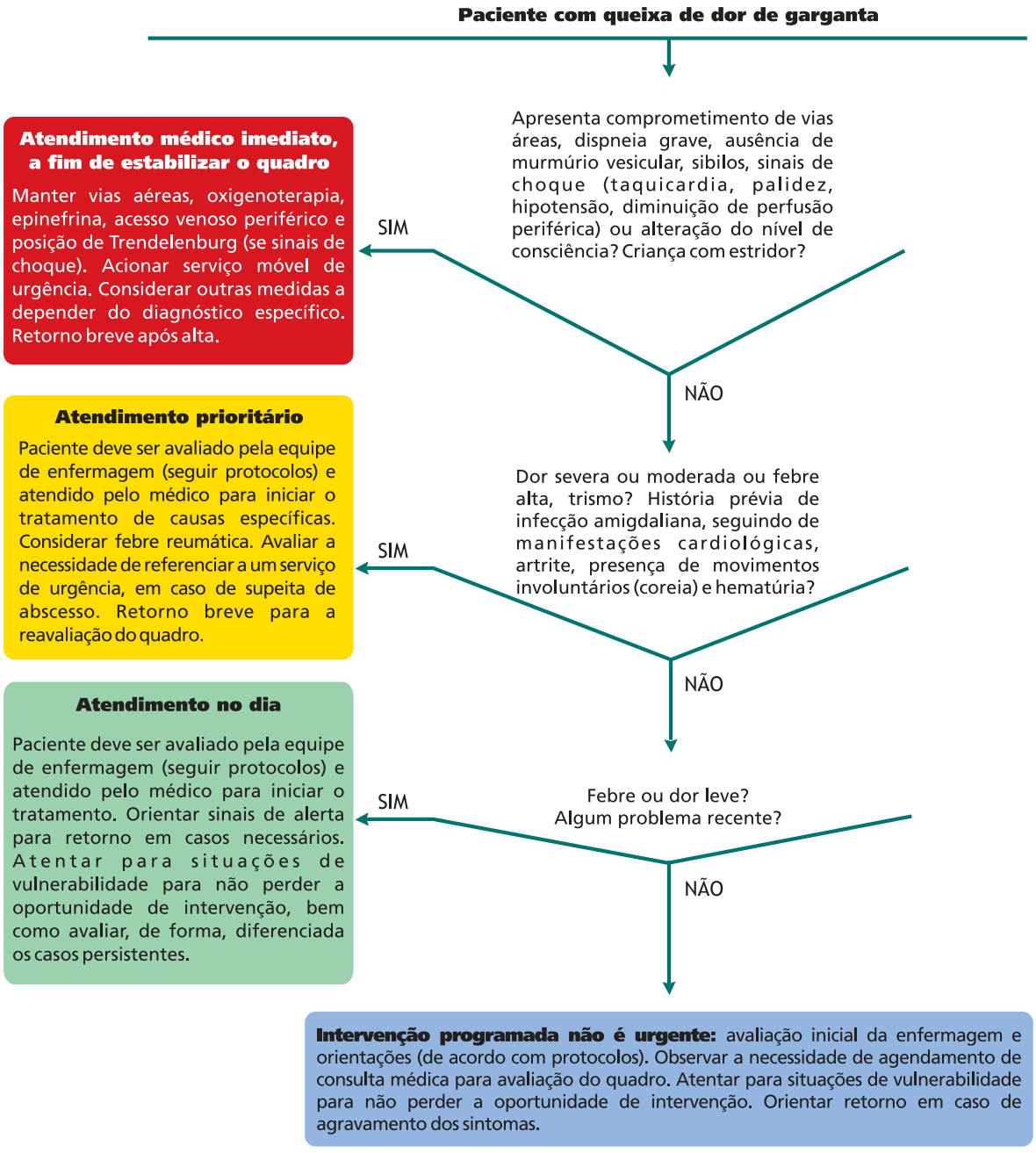
Entre as supurativas, as mais comuns são otite média, sinusite e adenites cervicais e as mais temidas são os abscessos peritonsilar e retrofaríngeo, que requerem tratamento hospitalar. Os abscessos podem romper, causando obstrução alta aguda e potencialmente fatal, assim como evoluir para mediastinite e sepse. Esta situação deve ser suspeitada quando ocorrer dor muito intensa, dificuldade para abrir a boca (trismo), desvio medial/abaulamento do palato mole e voz anormal (voz de batata quente). Entre as complicações não supurativas, a febre reumática é a complicação mais temida. Esta é a complicação não supurativa da infecção estreptocócica, que mais costuma se associar com amigdalite. Já a glomerulonefrite difusa aguda, que pode ocorrer após a amigdalite estreptocócica, está associada com maior frequência às piodermites.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 31 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor de garganta que procuram atendimento na AB




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## 2.12 DOR LOMBAR

Este capítulo tem como abordagem principal a assistência aos usuários com queixa de dor lombar aguda, nas Unidades Básicas de Saúde, com enfoque para as causas mais incidentes na Atenção Primária do nosso País.

Até 70% das pessoas com mais de 40 anos apresentam algum problema de coluna, e esse número sobe para 80% a 90% na população acima de 50 anos. Cada vez mais é importante pensar em prevenir problemas de coluna, abandonando o hábito de prestar atenção na saúde somente quando se sente dor. Menos de 1% das pessoas que apresentam lombalgia aguda tem uma doença grave, como um tumor ou infecção. A fonte de dor pode estar nas articulações, discos, vértebras, músculos ou ligamentos, que podem sofrer irritação ou inflamações. A causa precisa da lombalgia aguda pode ser identificada em 20% dos casos. Um traumatismo específico ou uma atividade extenuante podem provocar dor, entretanto, 80% das vezes a causa não é óbvia. Também é bastante reconhecido que a dor pode ser muito influenciada por estresses psicológicos, depressão e outros fatores não orgânicos. A dor pode acometer qualquer estrutura da coluna, porém as mais acometidas são os músculos e ligamentos. **Dessa forma, 97% dos casos de dor lombar têm origem musculoesquelética (ver abaixo).**

Quadro 41 – Origens da dor lombar

| |
|---|
| 1. Dor de origem mecânica (97%) |
| a. Torção ou estiramento (70%) |
| b. Processo degenerativo dos discos e facetas, geralmente devidos à idade (10%) |
| c. Hérnia de disco (4%) |
| d. Fratura compressiva osteoporótica (4%) |
| e. Estenose medular (3%) |
| f. Outras (9%) |
| 2. Doenças viscerais (2%) |
| 3. Condições não mecânicas de dor lombar (1%) |

Fonte: (DEYO; WEINSTEIN, 2001, adaptado).

**Baseado nessa incidência, enfocaremos no diagnóstico e no cuidado com as lombalgias de origem mecânica e na identificação das causas não mecânicas.**

### Diagnóstico

### Anamnese

O essencial do atendimento de urgência à lombalgia é avaliar a gravidade, descartar doenças potencialmente graves (bandeiras vermelhas), resolver a dor (se possível) e referenciar ao especialista quando indicado. A anamnese ajuda a determinar a natureza da lombalgia; se infecciosa, traumática, neoplásica, especialmente se for possível identificar "as bandeiras vermelhas".

É importante caracterizar a dor: local, mecanismo de lesão, tempo de início, como se instalou, tipo de dor (mecânica, radicular, claudicante ou inespecífica). Regras mnemônicas ajudam a organizar o raciocínio na hora da avaliação. Um método prático para se investigar a dor é a regra mnemômica "OPQRST", cujo significado está descrito abaixo:

- *Onset* (início).
- *Provocation* (provocação da dor).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

- *Quality* (qualidade da dor).
- *Radiation* (irradiação da dor).
- *Simptoms* (sintomas associados).
- *Time* (tempo de duração).

Identificar sintomas neurológicos, febre, dor noturna, emagrecimento e outros podem ajudar no diagnóstico. Na anamnese, deve-se investigar uso de drogas injetáveis, tabagismo, tipo de trabalho, cirurgias na coluna, histórico de neoplasia, imunosupressão (uso de corticoides, HIV) etc. O Quadro 42 traz algumas dicas sobre os sinais de alerta (bandeira vermelha) durante a avaliação de pessoas com queixa de lombalgia.

Quadro 42 – Sinais de alerta para avaliação de pessoas com lombalgia

| SINAIS DE ALERTA (bandeiras vermelhas) |
|---|
| 1. Idade < 20 e > 50 (espondilite anquilosante, osteoporose...) |
| 2. Dor que piora à noite (câncer) |
| 3. História de neoplasia (metástases) |
| 4. Emagrecimento (neoplasias) |
| 5. Febre (osteomielite, abcessos ...) |
| 6. Grande trauma |
| 7. Tratamento para osteoporose (fratura patológica) |
| 8. Dor refratária ao tratamento |
| 9. Imunossuprimidos com infecção recorrente (HIV, corticoides, uso de drogas injetáveis ...) |
| 10. Fraqueza muscular |
| 11. Distúrbios urinários ou gastrintestinais (bexiga neurogênica, diminuição do tônus do esfíncter urinário e/ou retal) |
| 12. Anestesia em sela (síndrome da cauda equina) |

Fonte: (SOUTH-PAUL; MATHENY; LEWIS, 2004, adaptado).

OBS.: O MÉDICO ASSISTENTE DEVE TER ATENÇÃO REDOBRADA PARA TODA PESSOA COM LOMBALGIA COM UMA BANDEIRA-VERMELHA E DEVE AVALIAR A NECESSIDADE DE FAZER REFERÊNCIA AO ESPECIALISTA.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 186/359



Quadro 43 – Diagnóstico diferencial

| Diagnóstico diferencial | Sinais de alerta | O que fazer? ** |
|---|---|---|
| Câncer | – Histórico de neoplasia<br>– Emagrecimento<br>– Idade > 50<br>– Não melhora com tratamento inicial<br>– Dor > 4-6 semanas<br>– Dor à noite em repouso | Se suspeitar de neoplasia maligna do esqueleto:<br>– Exames de imagem<br>– VHS<br>Investigar sítio primário (ex.: PSA, mamografia, Raio Xtórax, pele ...) |
| Infecção | – Febre<br>– Usuário de drogas IV<br>– Infecção bacteriana recente<br>– Imunodepressão (HIV, transplantados, corticoides, diabetes ...)<br>– Dor em repouso | Se suspeitar de infecção no esqueleto, pedir:<br>– RNM<br>– Hemograma<br>– VHS<br>– Urina 1 |
| Fraturas | – Uso de corticoides (desmineralização óssea)<br>– Idade > 70 (osteoporose)<br>– Trauma recente importante | Exames de imagem apropriados e parecer de ortopedista |
| Aneurisma de aorta abdominal | – Massa pulsátil abdominal<br>– Outra doença aterosclerótica<br>– Idade > 60<br>– Dor à noite em repouso | Ultrassonografia de abdome e encaminhamento para a cirurgia geral |
| Hérnia de disco significativa | Parestesia  Grande fraqueza muscular | Exames de imagem apropriados (se houver disponibilidade) e encaminhamento ao neurocirurgião e/ou ortopedista |
| Síndrome da cauda equína | – Incontinência ou retenção urinária<br>– Anestesia em sela<br>– Perda ou diminuição do tono de esfíncter anal<br>– Paresia e/ou parestesia de MMII uni ou bilateral<br>– *Deficit* neurológico progressivo<br>– A dor piora com valsalva ou tosse | Encaminhar para a urgência cirúrgica |
| Outras | – Depressão<br>– Somatização<br>– Insatisfação com o trabalho<br>– Medo<br>– Desejo de ser aposentado precocemente | Realizar avaliação da saúde mental do paciente e, se for necessário, solicitar apoio da<br>equipe de Saúde Mental do NASF* de referência, se houver esse serviço, ou encaminhar para<br>serviço de psicologia/psiquiatria |

Fonte: (SOUTH-PAUL; MATHENY; LEWIS, 2004, adaptado).

*NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família

**Neste quadro estão recomendações com relação à conduta a ser adotada em algum momento na investigação dessas lombalgias (não necessariamente na urgência). O objetivo é encaminhar ao especialista e/ou serviço de maior complexidade para dar continuidade à investigação somente quando necessário. O fato de o usuário estar sendo encaminhado a um serviço de maior complexidade não significa que a equipe de Saúde da Família deva ignorar quais etapas ou exames devem ser realizados na investigação da dor. Lembre-se de que o vínculo do paciente é com a unidade de Saúde da Família e que o ortopedista (ou qualquer outro especialista) está apenas intervindo pontualmente em um determinado momento sobre uma determinada demanda.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Exame físico (inspeção, palpação, avaliação neuromuscular)

**Uma vez que 97% dos casos de lombalgia são de causa mecânico-postural o objetivo maior do exame físico é procurar sinais de gravidade (bandeiras vermelhas).**

- Inspeção – curvatura da coluna (lordose, cifose, escoliose), amplitude de movimento (teste de Schober), movimentos que provocam dor, limitações funcionais, posicão antálgica, diferença de comprimento dos MMII, vícios de postura.
- Palpação – musculatura paraespinhal, processos espinhosos, articulações sacroilíacas, posição dos ossos pélvicos (deformidades da pelve?).
- Avaliação neuromuscular – reflexo patelar, aquileu, flexão do tornozelo e halux, força muscular, sensibilidade (lateral, medial e dorsal do pé), Laseg (com o paciente deitado, eleva-se a perna esticada até um angulo de 60°; dor antes de se elevar ao ângulo de 60° indica acometimentodo nervo ciático), exame motor (caminhar sobre os calcanhares e ponta dos pés).

## Exames iniciais

- Raio X de coluna lombossacra em PA e perfil deve ser solicitado se houver a suspeita de tumor, trauma ou infecção, ou idade < 20 ou > 50 ou se a dor estiver presente por mais de dois meses sem melhora com o tratamento.

## Hemograma, bioquímica, urinocultura, de acordo com a suspeita.

- Tomografia e RNM, geralmente não são necessárias na avaliação primária.
- Manejo do paciente.
- Objetivos do tratamento.
- Melhorar a dor.
- Restauração dos movimentos e atividades diárias.
- Prevenção de recorrências.
- Repouso (geralmente, apenas por alguns dias).
- Para a maioria dos pacientes, a melhor recomendação é um retorno lento e gradual as suas atividades normais, sem repouso no leito ou exercícios na fase aguda. Essa orientação acelera a recuperação, mas se deve respeitar a tolerância de cada indivíduo (Soibelman M., Schenatto C., Restelli V.).
- Alívio à dor.
- Aines, AAS, paracetamol.
- Limitar o uso de opioides apenas para a fase aguda nos casos de dor extrema.
- Relaxantes musculares (diazepan, tizanidina, ciclobenzaprina etc.).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 188/359



Quadro 44 – Medicamentos utilizados para o tratamento da dor lombar

| Classe | Representantes | Dose e intervalos |
|---|---|---|
| Analgésicos | Paracetamol | 500mg (4h/4h) ou 750mg (6h/6h) |
| Aines | Diclofenaco<br>Ibuprofeno | 50mg (8h/8h) 200mg-600mg (4-6h) – dose máx. 1.200 mg |
| Relaxantes musculares | Ciclobenzaprina<br>Tizanidina<br>Diazepan | 10mg, 8h/8h<br>4-8mg, 8h/8h<br>5mg, 12h/12h |
| Opioides | Codeína | 30mg-60mg, 6h/6h |

Fonte: (DEYO; WEINSTEIN, 2001, adaptado).

**Qualquer paciente que não melhorou após um mês de tratamento conservador deve ser reavaliado e, se necessário, encaminhado.**

Nos casos de dor crônica, é importante que a equipe de saúde da família discuta o caso com o NASF, pois muitas vezes a melhora da dor depende de trabalho multiprofissional (fisioterapeuta, acupunturista, educador físico, terapeuta ocupacional etc).

| Encaminhamentos |
|---|
| Imediato |
| • Síndrome da cauda equina |
| • Deficit neurológico progressivo |
| • Deficit grave ou envolvimento de várias raízes nervosas |
| **Não imediato** |
| • Falha no tratamento conservador após seis semanas |
| • Falha no tratamento conservador após duas a quatro semanas de paciente com comprometimento de raiz nervosa |

## Orientações

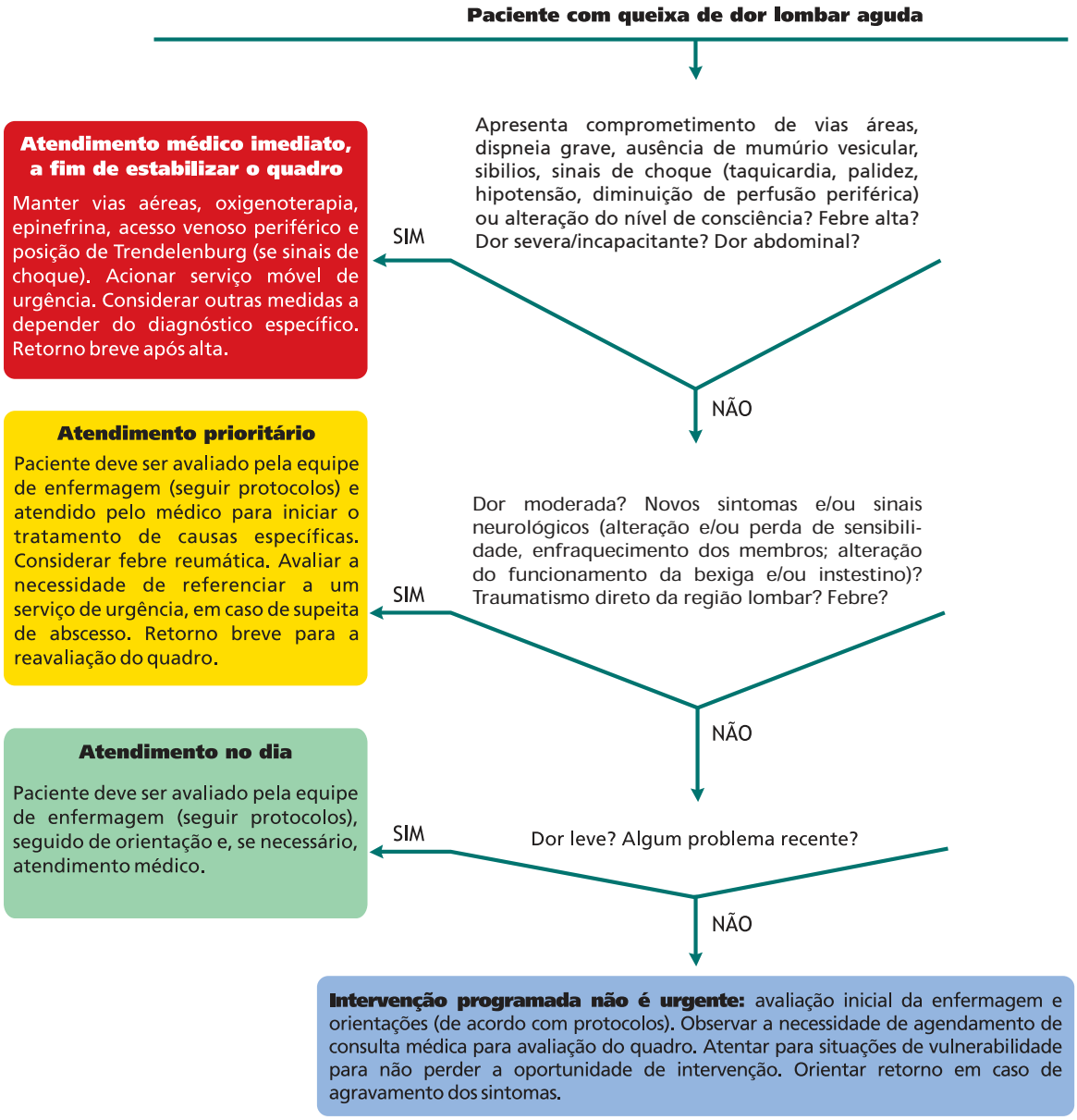
- Retornar para reavaliação com duas e quatro semanas realizando exame físico direcionado ao exame de coluna em cada visita. Se houver qualquer melhora, instruir o paciente para retornar ao trabalho com limitação das atividades.
- Cirurgia para hérnia de disco geralmente não é indicada. Na maioria das vezes os pacientes melhoram com tratamento conservador.
- Orientação postural, principalmente para as principais atividades do dia, como dormir (altura do travesseiro), levantar da cama, sentar, pegar peso e nas ações de limpeza como varrer, passar roupa etc.
- Incentivar a participação em grupos de atividade física ou grupos de práticas integrativas (que visam ao fortalecimento da coluna, educação postural, alongamento e/ou relaxamento) desenvolvidos pela UBS. Caso não existam estas atividades, discutir com a equipe do NASF a necessidade da implantação dessas atividades.
- Conversar sobre os riscos de efeitos adversos decorrentes do uso contínuo de Aines. Oferecer alternativas para alívio da dor, como o uso de calor local. Reforçar a importância da prevenção da dor por meio de exercícios de fortalecimento da coluna.
- Se houver suspeita que a dor esteja associada às condições/atribuições do trabalho (sobrecarga física, movimentos repetitivos, posturas inadequadas, monotonia ou sobrecarga mental, ritmo intenso do trabalho, pressão por produção, ausência de condições ergonômicas), encaminhar para serviço de referência de Saúde do Trabalhador do município/região para investigação de nexo causal.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 32 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor lombar aguda que procuram atendimento na AB




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## 2.13 DOR TORÁCICA

A dor torácica é uma importante queixa nas unidades de saúde. O médico deve estar preparado para identificar as causas de dor torácica potencialmente graves para um rápido início de tratamento e encaminhamento dos pacientes. Aquelas causas sem risco iminente devem ser tratadas na própria unidade.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Diagnóstico

Como as demais origens de dor, devemos definir: localização principal, forma de início, intensidade, irradiação, tipo, duração, recorrência, fatores precipitantes, fatores que melhoram e pioram a dor, sinais e sintomas associados (febre? tosse? dispneia? ortopneia? hematêmese? etc), comorbidades (hipertensão, diabetes), medicamentos em uso, alcoolismo, drogadição, antecedentes mórbidos pessoais.

No caso da dor torácica, em que se suspeita de origem cardíaca, é fundamental a determinação da referência temporal: há quanto tempo começou, como se iniciou (se súbito ou gradativo), quanto tempo dura a crise, como melhora (se súbito ou gradativo), se é contínua ou intermitente.

Sendo intermitente, quanto tempo demora entre as crises.

## Estratificação da dor

A dor torácica pode ser classificada em quatro categorias a partir das suas características clínicas, independentemente dos exames complementares.

- **Dor definitivamente anginosa:** características de angina típica evidentes, levando ao diagnóstico de síndrome coronariana aguda, mesmo sem o resultado de qualquer exame complementar.
- **Dor provavelmente anginosa:** a dor não possui todas as características de uma angina típica, mas a doença coronariana é o principal diagnóstico.
- **Dor provavelmente não anginosa:** dor atípica, onde não é possível excluir totalmente o diagnóstico de doença coronariana instável sem exames complementares.
- **Dor definitivamente não anginosa:** dor com todas as características de dor não coronariana, onde outro diagnóstico se sobrepõe claramente à hipótese de doença coronariana.

Relacionamos abaixo as causas mais comuns de dor torácica aguda, entre elas as de origem cardíaca e não cardíaca.

Quadro 45 – Causas comuns de dor torácica aguda

| Sistema | Síndrome | Descrição Clínica | Características-chave definitivas | Conduta no atendimento da demanda espontânea nas UBS |
|---|---|---|---|---|
| Cardíaco | Angina estável | Pressão torácica retroesternal, queimação ou peso; irradiada ocasionalmente para pescoço, mandíbula, epigástrio, ombros ou braço esquerdo | Precipitada pelo exercício, tempo frio ou estresse emocional; duração < 2-10minutos | Iniciar tratamento específico e fazer acompanhamento ambulatorial. Encaminhar ao especialista se necessário |
| | Angina em repouso ou instável | A mesma da angina, porém, pode ser mais intensa | Geralmente < 20min, menor tolerância para esforço | Encaminhar para serviço de pronto-socorro/UPA |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

(continuação)

| Sistema | Síndrome | Descrição Clínica | Características-chave definitivas | Conduta no atendimento da demanda espontânea nas UBS |
|---|---|---|---|---|
| | Infarto agudo do miocárdio | A mesma clínica da angina, porém, pode ser mais intensa | Início súbito, geralmente durando 30min ou mais. Frequentemente associado à dispneia, fraqueza, náuseas e vômitos. Pode haver alteração hemodinâmica | Encaminhar para serviço de pronto-socorro/UPA |
| | Pericardite | Dor aguda, pleurítica agravada pelas modificações na posição; duração altamente variável | Atrito pericárdico | Encaminhar para serviço de pronto-socorro/UPA |
| Vascular | Dissecção aórtica | Dor muito intensa, lacerante, de início abrupto, na parte anterior do tórax, frequentemente se irradiando para o dorso | Dor marcadamente intensa, refratária; geralmente ocorre em um contexto de hipertensão ou de um distúrbio subjacente do tecido conjuntivo, como a síndrome de Marfan | Encaminhar para serviço de pronto-socorro/UPA |
| | Embolia pulmonar | Início súbito de dispneia e dor, geralmente pleurítica, com infarto pulmonar | Dispneia, taquipneia, taquicardia e sinais de insuficiência cardíaca direita | Encaminhar para serviço de pronto-socorro/UPA |
| | Hipertensão pulmonar | Pressão torácica subesternal exacerbada pelo esforço | Dor associada à dispneia e sinais de hipertensão pulmonar | Encaminhar para serviço de pronto-socorro/UPA |
| Pulmonar | Pleurite e/ou pneumonia | Dor pleurítica, geralmente breve, sobre a área envolvida | Dor pleurítica e lateral à linha média, associada à dispneia, bem localizada | Iniciar tratamento e encaminhar para pronto-socorro/UPA, se necessário (ver capítulo "dispneias") |
| | Traqueobronquite | Desconforto em queimação em linha média | Localização na linha média, associada à tosse | Iniciar tratamento e encaminhar para pronto-socorro/UPA, se necessário |
| | Pneumotórax espontâneo | Início súbito de dor pleurítica unilateral, com dispneia | Início abrupto de dispneia e dor, presença de timpanismo à percussão; MV abolido no hemitórax comprometido; pode haver descompensação hemodinâmica | Encaminhar para serviço de pronto-socorro/UPA |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 192/359



(continuação)

| Sistema | Síndrome | Descrição Clínica | Características-chave definitivas | Conduta no atendimento da demanda espontânea nas UBS |
|---|---|---|---|---|
| Gastrointestinal | Refluxo esofágico | Desconforto em queimação retroesternal e epigástrico, 10-60min de duração | Agravada por refeições pesadas e por deitar-se após as refeições, piora com ingestão de alguns alimentos, aliviada por antiácidos | Iniciar tratamento específico e fazer acompanhamento ambulatorial (ver capítulo "dor abdominal" → dispepsias) |
| | Úlcera péptica | Queimação epigástrica ou subesternal prolongada | Aliviada por antiácidos ou por alimentos | Iniciar tratamento específico e fazer acompanhamento ambulatorial (ver capítulo "dor abdominal" → dispepsias) |
| | Doença da vesícula biliar | Dor prolongada epigástrica ou no quadrante superior direito | Não provocada ou após as refeições | Se não houver sinais de colecistite aguda, iniciar tratamento sintomático e fazer acompanhamento ambulatorial para elucidação diagnóstica.<br>Encaminhar ao especialista se houver indicação cirúrgica |
| | Pancreatite | Dor epigástrica e subesternal prolongada e intensa | Fatores de risco incluem álcool, hipertrigliceridemia e medicações | Encaminhar para serviço de pronto-socorro/UPA |
| Musculoes-quelético | Costocondrite | Início súbito de dor intensa e fugaz, bem localizada, geralmente associada à ansiedade | Pode ser reproduzida pela pressão sobre a articulação afetada; ocasionalmente os pacientes apresentam edema e inflamação sobre a articulação costocondral | Iniciar tratamento específico e fazer acompanhamento ambulatorial |
| | Doença do disco cervical | Início súbito de dor fugaz | Pode ser reproduzida pelo movimento do pescoço | Iniciar sintomáticos e encaminhar ao especialista (não é urgência) |
| Infeccioso | Herpes zoster | Dor em queimação prolongada, com distribuição em dermátomo | Rash vesicular, distribuição em dermátomo | Iniciar tratamento específico e fazer acompanhamento ambulatorial |
| Psicológico | Síndrome do pânico | Aperto torácico ou dolorimento, frequentemente acompanhado por dispneia e durando 30 min ou mais, não relacionado ao esforço ou ao movimento | O paciente frequentemente apresenta outras evidências de distúrbios emocionais | Iniciar tratamento específico e fazer acompanhamento ambulatorial |

Fonte: (DUNCAN et al 2004; BASSAN et al 2002, adaptado).



O algoritmo ao lado mostra a sequência de raciocínio que o médico da APS deve seguir para chegar ao diagnóstico mais provável de dor torácica e tomar a mais adequada decisão terapêutica.

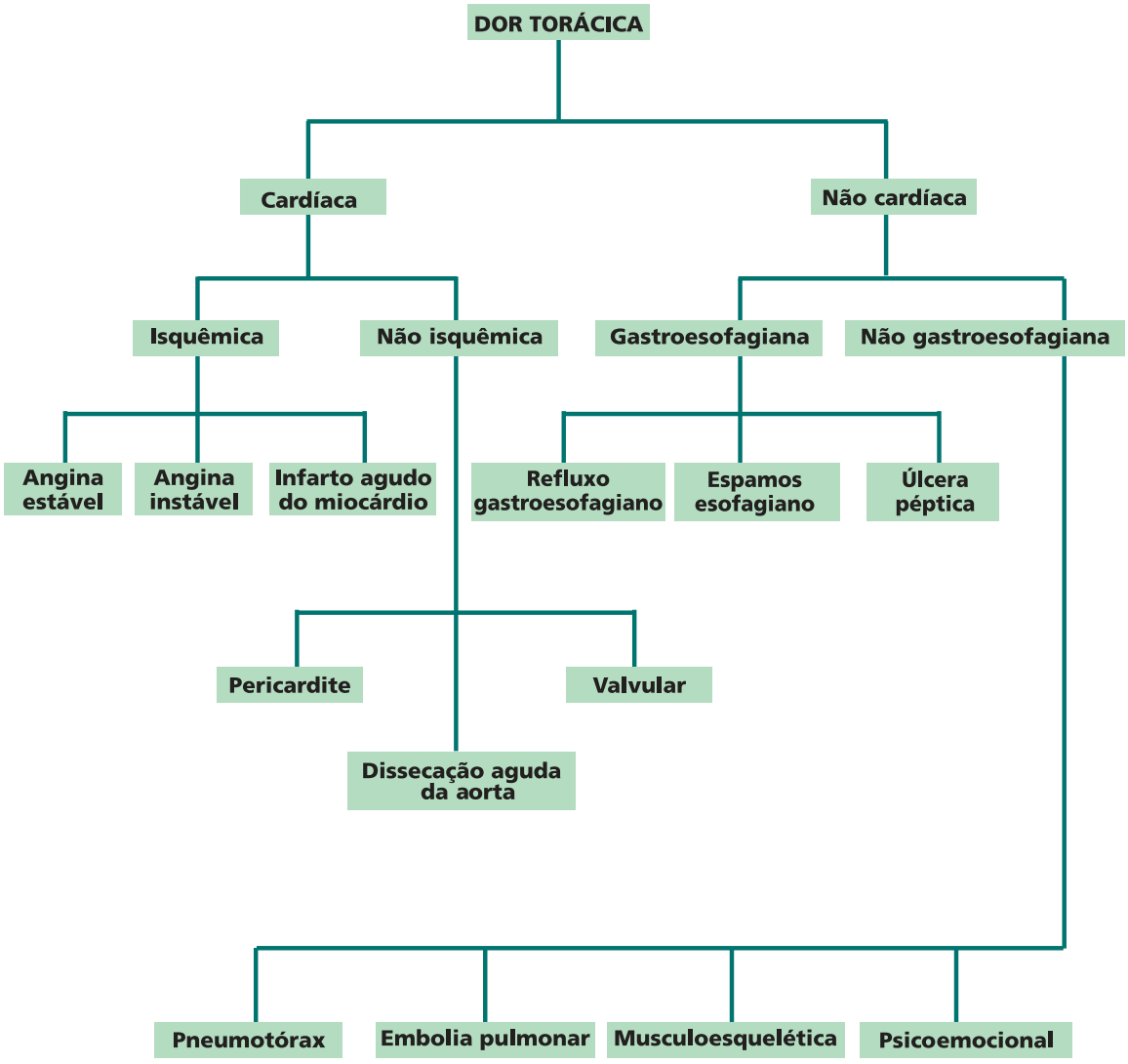
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 193/359



Figura 33 – Principais doenças cardíacas e não cardíacas que se manifestam com dor torácica




Fonte: (DUNCAN et al 2004).

Detalhamos melhor o diagnóstico e tratamento na APS de algumas causas de dor torácica, considerando sua frequência e/ou grau de letalidade.

## Dor torácica de origem cardíaca

### Isquemia ou infarto do miocárdio

Ocorre quando o suprimento miocárdico de oxigênio é inadequado comparado com as necessidades miocárdicas de oxigênio. A manifestação clássica da isquemia é a angina, que geralmente é descrita como um peso ou aperto no tórax, uma "queimação" ou dificuldade de respirar. Frequentemente está associada a uma irradiação para o ombro esquerdo, pescoço, região dorsal ou entre as escápulas



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 194/359



e braço. Tipicamente ela vai aumentando em intensidade durante um período de poucos minutos. A dor pode começar com o esforço ou estresse psicológico, mas a síndrome coronariana aguda (SCA) mais comumente ocorre sem fatores precipitantes óbvios. A avaliação focada deve concentrar-se no desconforto torácico, nos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, na história cardíaca, nos fatores de risco de síndrome coronariana aguda.Deve-se sempre avaliar os fatores de risco cardiovascular para estimar a probabilidade de a dor ser de origem anginosa ou não (ver início do capítulo). A ausência de fatores de risco cardiovasculares não exclui uma dor de origem anginosa, mas a presença de vários desses fatores aumentam a probabilidade.

As descrições atípicas de dor torácica reduzem a probabilidade de os sintomas representarem isquemia ou lesão miocárdica. Perceba as descrições de dor que **NÃO** são características de isquemia miocárdica:

- Dor pleurítica (dor aguda, tipo pontada ou em facada, provocada pelos movimentos respiratórios ou pela tosse);
- Localização primária ou isolada do desconforto na região mediana ou inferior do abdome;
- Dor que pode ser localizada com a ponta de um dedo;
- Dor reproduzida com o movimento ou a palpação da parede do tórax ou dos braços;
- Dor constante que persiste por muitas horas;
- Episódios muito breves de dor que duram uns poucos segundos ou menos;
- Dor que se irradia para as extremidades inferiores.

No entanto as SCAs ocorrem em pacientes com sintomas atípicos, com frequência suficiente que nenhum fator isolado deve ser usado para excluir o diagnóstico de doença cardíaca isquêmica aguda.

## Tratamento das SCAs

Algumas medidas iniciais devem ser adotadas pelas equipes da APS (pré-hospitalar):

- Providenciar o mais prontamente contato com serviço de emergência e solicitar transporte para a remoção;
- Até o momento da remoção, o paciente não deve fazer esforço físico e deve ser tranquilizado.;
- Não permitir ingestão hídrica ou alimentos (pois favorece o vômito e broncoaspiração);
- Acomodar o paciente em cadeira de rodas para locomoção e levá-lo até uma maca disposta em uma sala com estrutura e espaço para reanimação, se esta for necessária;
- Providenciar materiais de emergência disponíveis na unidade;
- Aferir e monitorar regularmente os dados vitais (PA, pulso, FR, FC) e nível de consciência;
- Se instabilidade hemodinâmica, providenciar acesso venoso calibroso;
- Durante ou após o atendimento, recomenda-se fazer um registro bem detalhado da evolução do quadro clínico desde o início do atendimento até quando o paciente chega a um serviço de emergência;
- Administre ácido acetilsalicílico, nitrato e oxigênio se disponível;
- Se possível, realizar ECG para auxiliar no diagnóstico.

## Oxigênio

Dose: $O_2$ inalatório em máscara a 6-8L/min, especialmente se sinais de hipoxemia, como cianose perioral, confusão mental.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

### Nitratos

Dose: 5mg do dinitrato de isossorbida por via sublingual, podendo ser repetido 5-10min após, se não houver alívio da dor, até o máximo de 15mg (redução significativa de 5,5% na mortalidade hospitalar).

### Ácido Acetil Salicílico

Dose inicial: 100 a 300mg por via oral mastigada.

Não havendo contraindicação (alergia, intolerância gástrica, sangramento ativo, hemofilia ou úlcera péptica ativa), o Ácido Acetil Salicílico deve ser sempre utilizada em pacientes com suspeita de SCA imediatamente. Tem comprovação de seu benefício na redução da mortalidade imediata e tardia, infarto e reinfarto na SCA por meio de vários estudos clínicos randomizados.

### Dor torácica de origem pulmonar

As patologias pulmonares que causam dor torácica geralmente produzem dispneia e sintomas pleuríticos. A traqueobronquite tende a estar associada a uma dor em queimação na linha média, enquanto a pneumonia pode produzir dor sobre o pulmão envolvido (ver tratamento no capítulo "Dispneias").

### Dor torácica de origem gastrointestinal

As doenças do esôfago podem mimetizar a doença coronariana crônica e aguda. Pacientes com refluxo esofagiano podem apresentar desconforto torácico, geralmente em queimação(pirose), mas que, às vezes, é definido como uma sensação opressiva, localizada na região retroesternal ou subesternal, podendo se irradiar para o pescoço, braços ou dorso, em algumas ocasiões, associada à regurgitação alimentar e que pode melhorar com a posição ereta ou com o uso de antiácidos, mas também com nitratos, bloqueadores dos canais de cálcio ou repouso. A dor da úlcera péptica geralmente se localiza na região epigástrica ou no andar superior do abdômen, mas algumas vezes pode ser referida na região subesternal ouretroesternal. Essas dores geralmente ocorrem após uma refeição, melhorando com o uso de antiácidos. Na palpação abdominal, geralmente encontramos dor na região epigástrica (ver tratamento no capítulo "Dor abdominal", disfagia).

### Dor torácica de origem musculoesquelética e outras causas

Na prática do atendimento à demanda espontânea, grande parte das causas de dor torácica é de origem musculoesquelética e psicossomática. Logo, as equipes da APS devem estar preparadas para fazer o diagnóstico e adequado manejo clínico não só no momento do acolhimento, como também do acompanhamento ambulatorial.

As costocondrites geralmente têm características pleuríticas por serem desencadeadas ou exacerbadas pelos movimentos dos músculos e/ou articulações produzidos pela respiração. Palpação cuidadosa das articulações ou músculos envolvidos quase sempre reproduz ou desencadeia a dor.

A ansiedade e a síndrome do pânico são importantes causas de desconforto torácico. Os sintomas incluem aperto torácico, frequentemente acompanhado de dispneia e uma sensação de ansiedade, geralmente dura 30 minutos ou mais. Normalmente a descrição clínica é variável e mal definida. Geralmente, são pacientes que procuram o acolhimento com frequência e, por isso, a equipe de saúde da APS deve iniciar o tratamento de saúde mental, baseado na assistência centrada na pessoa, considerando, por isso (além dos aspectos clínicos pessoais e familiares,atuais e pregressos), os hábitos



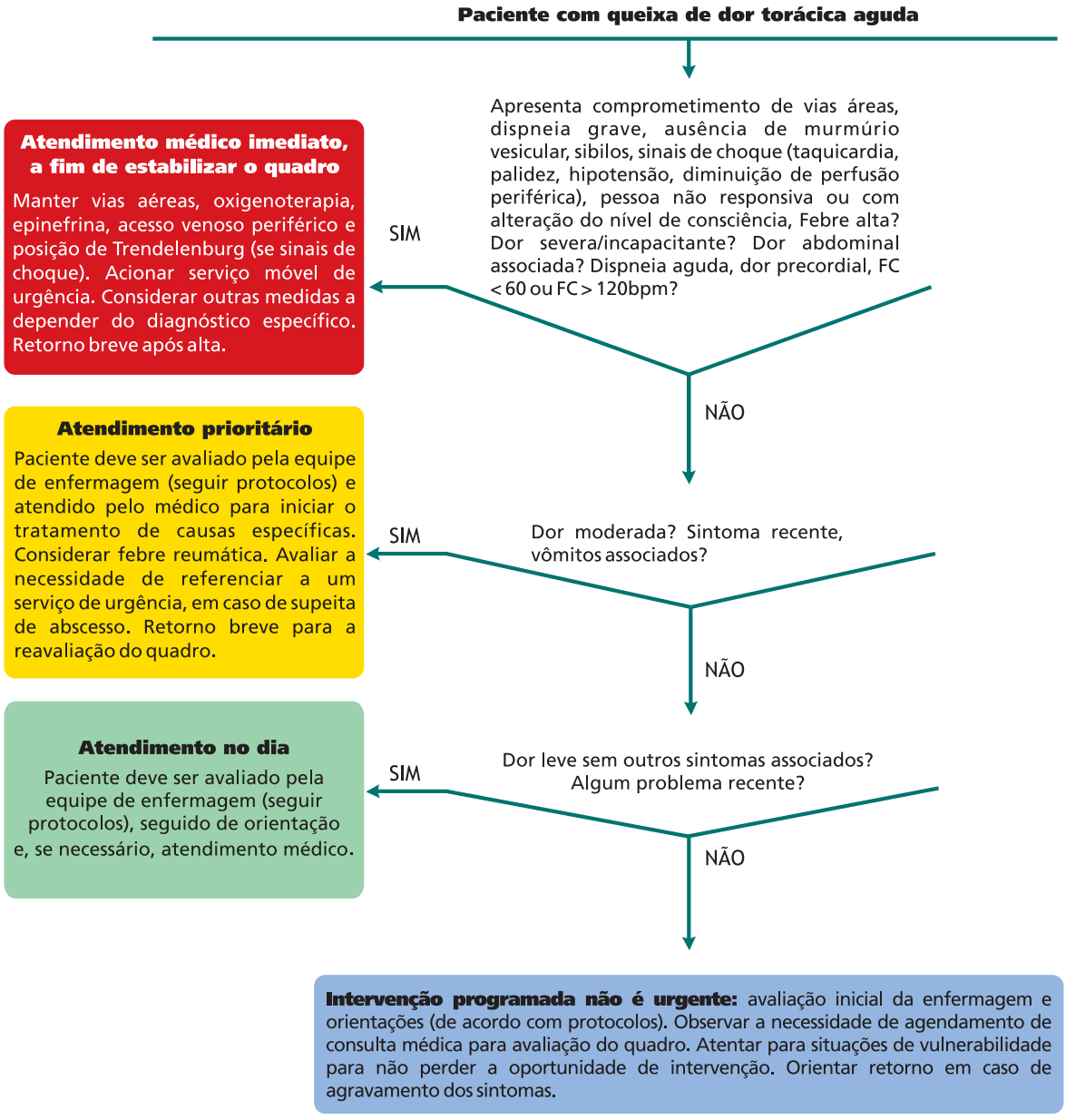
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

de vida, a situação sociocultural e educacional, o trabalho, as relações sociais e familiares etc.

Ainda há as patologias que afetam os nervos da parede torácica, como a doença do disco cervical e o herpes zoster (ver tratamento no capítulo "Doenças de pele, herpes zoster").

Figura 34 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor torácica aguda que procuram atendimento na AB




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## 2.14 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – ALTERAÇÕES AGUDAS

Este capítulo aborda questões relativas ao manejo das elevações agudas do nível pressórico do usuário na Unidade Básica de Saúde. Logo, as questões relativas ao acompanhamento do paciente hipertenso não serão abordadas neste Caderno. Ressaltamos que a busca do usuário pela unidade em caso agudo representa ou uma necessidade de reavaliar o acompanhamento ou uma oportunidade de inseri-lo em um projeto terapêutico.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença que representa um dos maiores problemas em saúde pública no Brasil e no mundo, gerando elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como na doença cerebrovascular, na doença arterialcoronária (DAC), na insuficiência cardíaca (IC), na insuficiência renal crônica (IRC), na retinopatiahipertensiva e na insuficiência vascular periférica.

A principal causa de morte em todas as regiões é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção. Alguns autores consideram que 40% das mortes por AVC e 25% das mortes por DAC são decorrentes de HAS. Portanto a HAS é um dos fatores mais relevantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

O aumento dos níveis pressóricos é comum no dia a dia das equipes de atenção primária; portanto, esse tema merece atenção de todos, a fim evitarmos condutas precipitadas e a hipermedicalização. A rotina de controle de PA, muito comum nas Unidades Básicas de Saúde, torna esse nível de prevenção ainda mais necessário.

### Definições

A HAS pode ser traduzida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica, sempre levando em conta também o risco cardiovascular.

Com base na média de duas ou mais medidas em diferentes visitas, com técnica adequada, aparelho calibrado e com indivíduo em posição sentada, é possível definir o diagnóstico.

As elevações inadequadas da pressão arterial podem ser divididas inicialmente em três classes:

- ***Crises hipertensivas (urgências e emergências hipertensivas):*** ocorre quando existe risco de desenvolvimento de alguma complicação clínica associada ao aumento abrupto dos níveis pressóricos.
- ***Emergências hipertensivas:*** são situações em que ocorre progressiva lesão aguda de órgãos-alvo e risco iminente de morte, que necessitam de redução imediata da PA (não necessariamente para níveis normais). Tais emergências devem ser tratadas preferencialmente com agentes anti-hipertensivos parenterais em unidades de urgência. Logo, diante dessas situações, o médico assistente da Atenção Primária deverá chamar o serviço de atendimento móvel de urgência para a remoção do paciente imediatamente.
- ***Urgências hipertensivas:*** há elevação importante da pressão arterial, em geral pressão arterial diastólica > 120mmHg, com condição clínica estável, sem comprometimento de órgãos-alvo, porém são situações em que existe risco potencial de lesão aguda de órgão-alvo. Em pacientes que já apresentam alguma lesão desse tipo, deve-se ficar mais atento, pois eles apresentam risco mais elevado de novas complicações em curto prazo, na permanência de PA acentuadamente elevada. Nos casos de urgência, a atuação sobre o controle pressórico deve ser realizada de forma menos intensa que nas emergências,podendo-se estabelecer esse controle em até 24h, com medicações por via oral.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 198/359



- ***Pseudocrises hipertensivas:*** ocorre quando, apesar de se presenciar elevações significativas da PA, associadas a sintomas relatados pelo paciente, não se pode estabelecer relação causal entre a hipertensão e a manifestação do desconforto.

As pseudocrises hipertensivas são situações nas quais o aumento acentuado da PA é desencadeado por dor (cólicas, cefaleia, fibromialgia), desconforto (tonturas, mal-estar),ansiedade ou por associação desses fatores. Esse grupo de doentes é provavelmente o responsável pela maior procura por um atendimento de urgência com PA acentuadamente elevada. Esses doentes devem receber sintomáticos (analgésicos, antivertiginosos, benzodiazepínicos), e não anti-hipertensivos.

- ***Elevação eventual do nível pressórico:*** ocorre quando há apenas alteração dos níveis pressóricos sem queixas dos pacientes. Geralmente, apresenta-se como um achado, nas verificações de rotina da UBS.

Deve-se, nesses casos, verificar se o paciente já é hipertenso, se há alguma outra patologia que justifique essa alteração, planejar o acompanhamento adequado, dar início ao tratamento apropriado, ou ajustar dose e verificar adesão ao tratamento proposto pela equipe.

As urgências hipertensivas, as pseudocrises hipertensivas e as elevações eventuais do nível pressórico são situações que podem ser avaliadas e conduzidas nas Unidades Básicas de Saúde, que possuam as devidas condições (de equipamentos e pessoal) para o atendimento. Porém devem-se tomar os devidos cuidados de referenciar para um pronto atendimento os casos de emergência hipertensiva e os casos de urgência que necessitem de exames complementares para a monitorização adequada (pré-eclâmpsia, por exemplo) ou que não respondem ao tratamento instituído ou apresentam piora.

## Diagnóstico

### Classificação da pressão arterial em adultos

Primeiramente relembraremos a classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos (ver Quadro 46).

Quadro 46 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

| Classificação | Pressão sistólica (mmHg) | Pressão diastólica (mmHg) |
|---|---|---|
| Ótima | < 120 | < 80 |
| Normal | < 130 | < 85 |
| Limítrofe | 130-139 | 85-89 |
| Hipertensão estágio 1 | 140-159 | 90-99 |
| Hipertensão estágio 2 | 160-179 | 100-109 |
| Hipertensão estágio 3 | ≥ 180 | ≥ 110 |
| Hipertensão sistólica isolada | ≥ 140 | < 90 |
| Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial. | | |

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, [2010]).

### Anamnese e exame físico

A avaliação clínica no atendimento aos casos de urgência deve incluir uma história e exames físicos sucintos.

A história deve incluir:



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

- Tempo de diagnóstico e gravidade da HAS;
- Presença de lesão prévia de órgão-alvo;
- Uso de medicações hipertensivas, grau de aderência ao tratamento e controle da PA;
- Uso de outras medicações (substâncias como simpaticomiméticos) ou drogas ilícitas;
- Presença de sintomas específicos, sugerindo comprometimento de órgãos-alvo: dor torácica (isquemia miocárdica ou dissecção de aorta), dorsalgia ou lombalgia (dissecção de aorta), dispneia (insuficiência cardíaca), sintomas neurológicos focais, cefaleia, convulsões e alterações do nível de consciência.

O exame físico deve incluir:

- Aferir a PA com a técnica e aparelho adequados;
- Realizar fundo de olho, buscando: retinopatia avançada com dano arteriolar, hemorragias, exsudatos e papiledema;
- Avaliação cardiopulmonar: os pulsos devem ser verificados nas extremidades; procurar alterações na ausculta (presença de galope?), sinais de insuficiência cardíaca (taquipneia, estase jugular, B3, ictus desviado, hepatomegalia, edema de membros inferiores, alteração da ausculta pulmonar). Se possível, realizar ECG para avaliação de lesão miocárdica;
- Abdome: observar sopros abdominais e massas pulsáteis;
- Exame neurológico: deve avaliar o nível de consciência e orientação, sinais de irritação meníngea, campo visual e sinais neurológicos focais.

## Manifestações clínicas da emergência hipertensiva

### Edema agudo de pulmão

- Paciente angustiado e com dificuldade para respirar e falar;
- Estertores pulmonares;
- Baixa saturação de $O_2$ , que pode ser caracterizada por cianose;
- B3 e/ou B4;
- Estase jugular;
- Síndrome coronariana aguda;
- Dor ou sensação de opressão precordial, acompanhada ou não de náuseas, dispneia e sudorese fria;
- B4 presente;
- Alteração ECG.

### Dissecção aguda de aorta

- Dor lancinante, que pode ser precordial ou se irradiar para as costas;
- Pulsos assimétricos;
- Sopro diastólico em foco aórtico.

### Encefalopatia hipertensiva

- Letargia, cefaleia, confusão, distúrbios visuais e convulsões, todos com início agudo ou subagudo.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 200/359



### Hipertensão maligna

- Astenia, mal-estar, oligúria, sintomas vagos cardiovasculares e/ou neurológicos;
- Fundo de olho: papiledema;
- Acidente vascular encefálico (isquêmico ou hemorrágico);
- Súbita alteração neurológica (geralmente motora ou sensitiva);
- Alterações no exame neurológico.

### Eclâmpsia

- Geralmente após a 20ª semana de gestação ou até a 6ª semana após o parto;
- Diagnóstico prévio de pré-eclâmpsia e que desenvolve convulsões.

O manejo clínico das alterações de PA vai depender primordialmente do tipo de manifestação que a elevação da PA está causando no indivíduo. É natural entender que a indicação de droga se o controle clínico e laboratorial devem ser adequados a cada condição clínica específica.

### Tratamento

Baseado nessa avaliação clínica inicial, o médico deve poder distinguir entre os três tipos de alteração da PA e tomar as condutas de acordo com a classificação. Segue o Quadro 47, com as orientações gerais de conduta para as equipes de Atenção Primária à Saúde frente à classificação da alteração do nível pressórico.

Quadro 47 – Orientações gerais para as equipes de Atenção Primária à Saúde de manejo dos tipos de alterações pressóricas

| Tipo de alteração pressórica | Conduta geral |
|---|---|
| Emergência hipertensiva | Estabilizar o paciente e encaminhá-lo para serviço de urgência. Coordenar o cuidado do paciente, após o retorno do serviço de urgência. |
| Urgência hipertensiva | Medicar o paciente, com o objetivo de reduzir a PA em 24-48h, e realizar seguimento ambulatorial. |
| Pseudocrise hipertensiva | Tratar, se necessário, as patologias que levaram ao aumento da PA. |
| Elevações eventuais do nível de PA | Planejar o diagnóstico de HAS, avaliar a adesão ao tratamento ou, se necessário, introduzir um tratamento medicamentoso ou adequar o tratamento atual. |

Fonte: (FUCHS, 2004 apud DUNCAN et al 2004).

O tratamento das crises hipertensivas vai depender se estamos diante de uma urgência ou emergência hipertensiva. Se for determinado que seja uma emergência, o tratamento deve ser realizado com agentes anti-hipertensivos parenterais, que devem ser administrados em um pronto atendimento, de preferência, com um suporte de unidade de terapia intensiva. Quando é uma urgência hipertensiva, pode se utilizar por via oral betabloqueador, inibidor da enzima de conversora de angiotensina e clonidina. Lembrar que o captopril deve ser deglutido, pois sua apresentação comercial não permite absorção sublingual. Não utilizar o nifedipino sublingual para esse fim, já que pode causar hipotensão acentuada e, por vezes, refratária, com casos descritos de acidente vascular cerebral com o seu uso. Lembrar que o nível pressórico ideal deve ser alcançado em 24-48h.Apesar de bastante utilizada em tratamentos de urgência e emergência hipertensiva, esta só deve ser usada na presença de edema agudo de pulmão.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 201/359



Já doentes que se apresentam com quadros menos dramáticos, com queixas como cefaleia, tontura, ansiedades, dores torácicas inespecíficas e que se apresentam PA elevada, devem ser avaliados clinicamente para exclusão de lesão aguda de órgão-alvo. Caso não seja identificado esse tipo de lesão (emergência hipertensiva), os pacientes devem ser medicados com sintomáticos e ficar em observação (preferencialmente em local silencioso), com avaliação posterior, referenciando para hospital caso haja piora.

O diagnóstico de hipertensão não controlada é muito comum nos atendimentos nãoprogramados nas UBS e, nesses casos, a conduta mais adequada é recomendar correta avaliação ambulatorial. Em alguns casos, pode-se iniciar ou corrigir o tratamento anti-hipertensivo em uso, com fármacos por via oral, mantendo-se observação por breves períodos em casos suspeitos de anormalidades subclínicas e dar sequência ao projeto terapêutico, incluindo o usuário no acompanhamento da equipe multiprofissional e outras ofertas da unidade (visitas domiciliares, grupos terapêuticos entre outras).

Quadro 48 – Principais fármacos usados em crises hipertensivas

| Fármaco | Classe | Início de ação | Dose | Via | Principais Indicadores | Efeitos adversos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Furosemida | Diurético | 5-15 min | 20 – 40mg | EV | Edema agudo de pulmão | Depleção de volume, hipocalemia |
| Captopril | IECA | 15 min | 6,25 a 50mg | VO | Urgências hipertensivas | Piora da função renal |
| Clonidina | β-agonista central | 0,2mg inicial, repetir 0,1 mg/h até 0,8 mg | | VO | Urgências hipertensivas | Sonolência, rebote com suspensão abrupta |
| EV: endovenosa; IECA: inibidor da enzima de conversão de angiotensiana; VO: via oral; min: minutos. | | | | | | |

Fonte: (OLMOS; MARTINS, 2007).



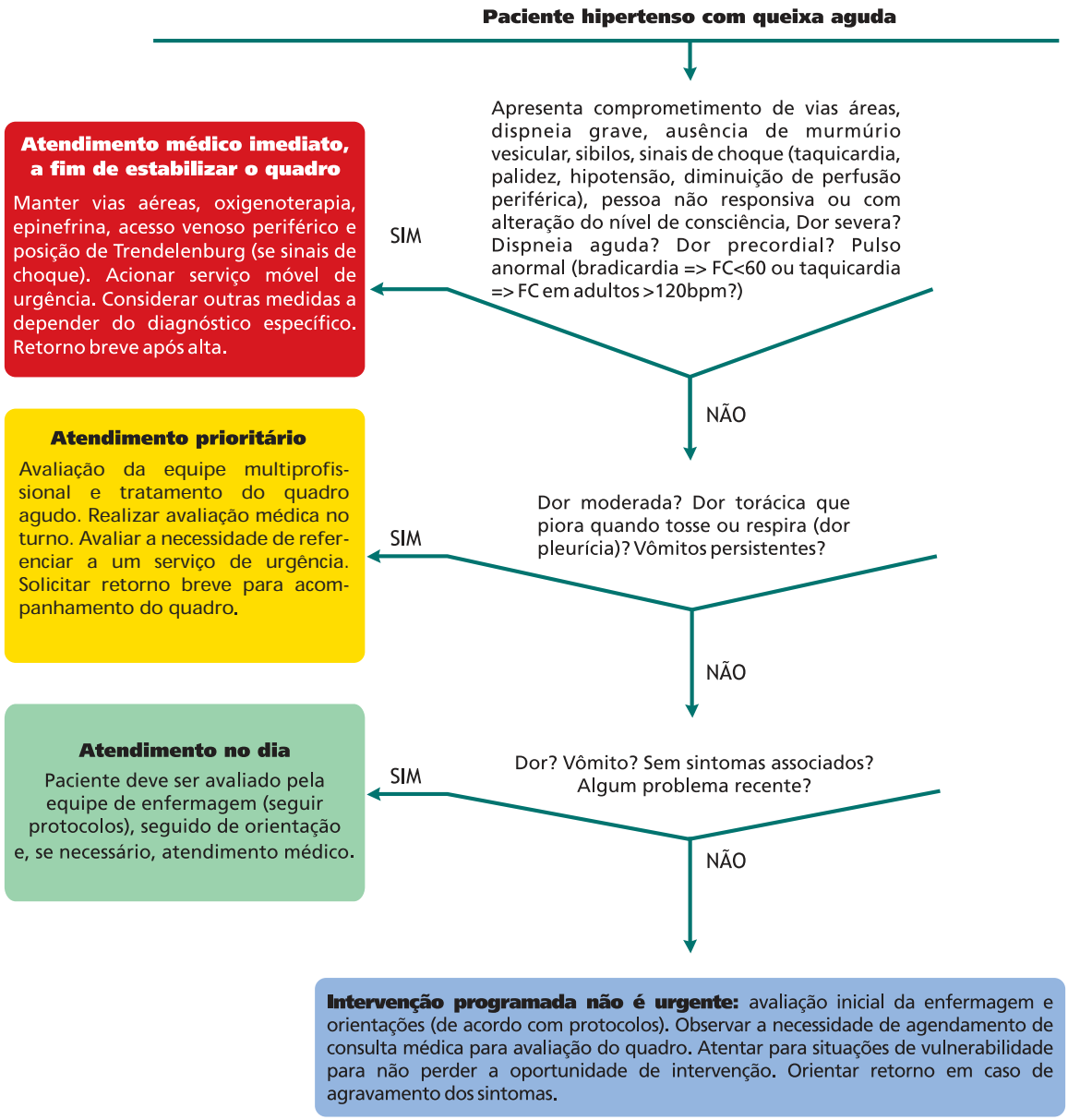
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 202/359



Figura 35 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabiliadade dos pacientes hipertensos




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# 2.15 INTOXICAÇÕES AGUDAS POR PLANTAS TÓXICAS E MEDICAMENTOS

## Medicamentos

### Introdução

As intoxicações e envenenamentos são causas comuns de procura por atendimento de urgência ou emergência nos serviços de saúde, incluindo as Unidades Básicas de Saúde, logo, o objetivo deste capítulo é orientar as equipes de Atenção Primária à Saúde para o primeiro atendimento dos casos de intoxicações/envenenamentos agudos.

Intoxicação é a manifestação clínica do efeito nocivo, resultante da interação de uma substância química com um organismo vivo. O termo envenenamento é mais empregado nasexposições às toxinas de origem natural, como animais peçonhentos e plantas.

Um efeito é considerado nocivo, quando:

- Diminui perceptivamente a capacidade do organismo em manter sua homeostasia, quer sejam efeitos reversíveis ou irreversíveis;
- Produz, numa exposição prolongada, um transtorno da capacidade funcional e/ou da capacidade do organismo em compensar nova sobrecarga;
- Aumenta a suscetibilidade aos efeitos indesejáveis de outros fatores, tais como os químicos, físicos, biológicos ou socioambientais.

Existem em torno de 100 mil substâncias químicas que estão em contato com o homem e estima-se que 1.000 novos produtos entram anualmente no mercado. Entre eles destacam-se os medicamentos, agrotóxicos, produtos químicos de uso doméstico, solventes, gases e metais, além dos produtos de origem natural, como as plantas tóxicas e os animais peçonhentos.

Em decorrência da complexidade dos casos de intoxicação/envenenamento, da diversidade de substâncias envolvidas e da variabilidade da gravidade, **em qualquer caso suspeito ou confirmado de evento toxicológico, deve-se entrar em contato com o Centro de Informação e AssistênciaToxicológica (CIAT)** da sua região para apoio ao diagnóstico e tratamento apropriados. Os CIATs são unidades públicas de referência em toxicologia clínica, de abrangência estadual ou regional, com **atendimento em regime de plantão permanente**, por meio telefônico e/ou presencial. A lista com todos os CIATs encontra-se no final deste capítulo.

No ano de 2008, foram registrados, por 22 centros, 106.939 atendimentos, e os medicamentos lideraram com aproximadamente 30% dos registros. Pela grande variedade de medicamentos, a forma e a quantidade com que são adquiridos e armazenados favorecem a manutenção de altas taxas de incidência de intoxicações. A orientação da população quanto à toxicidade e os riscos dos medicamentos, o maior controle das prescrições e das dispensações e o uso de embalagens especiais de proteção à criança são medidas eficazes na prevenção das intoxicações por medicamentos.

Os casos de intoxicações/envenenamentos são influenciados profundamente por elementos sociais, culturais, sanitários, e variam paralelamente a estes, podendo ocorrer acidentalmente de forma individual ou coletiva, ocupacional, por tentativa de suicídio, tentativa de aborto, tentativa de homicídio, automedicação, uso terapêutico, prescrição médica inadequada, erro de administração, abuso, violência, ingestão de alimentos contaminados, uso indevido do produto, entre outros.

Para a abordagem preventiva, a equipe deve estar atenta para os diversos fatores que podem levar à intoxicação/envenenamento, desde questões na estrutura física do domicilio, passando pelas questões das relações familiares, como doença grave na família, perda de parentes no último mês, gravidez, mudança



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

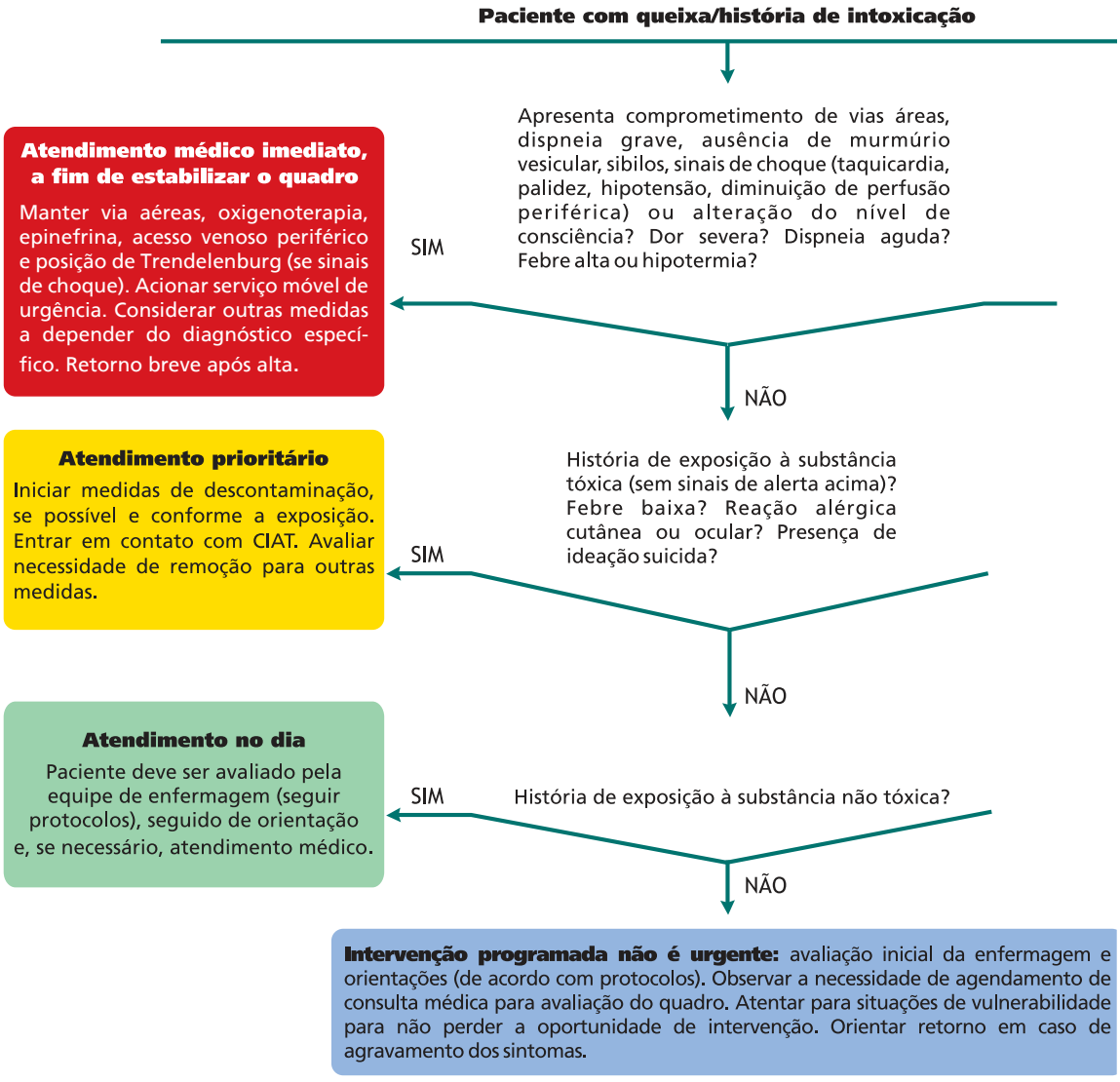
Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

de habitação recente, ausência de um dos pais, desemprego, ansiedade ou depressão, abuso de drogas/álcool, família com história prévia de acidentes ou violência doméstica, entre outros fatores. É importante salientar que principalmente as crianças estão mais sujeitas aos acidentes quando vivem essas situações.

O aparecimento das manifestações de intoxicação/envenenamento, na maioria das vezes, é súbito. Entretanto, normalmente há um tempo que delimita o início dos sinais e sintomas a partir da ingestão de algum produto, interação com uma substância desconhecida, picada ou contato com animais peçonhentos ou venenosos, desinsetização da residência etc.

O fluxograma e o algoritmo abaixo orientam a assistência com classificação de risco e a abordagem inicial do paciente intoxicado ou com suspeita de intoxicação, respectivamente.

Figura 36 – Fluxograma de classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com história de exposição à substância tóxica




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Abordagem inicial do paciente intoxicado ou com suspeita de intoxicação

O manejo inicial dos pacientes intoxicados é voltado para avaliar os sinais vitais e mantê-los com parâmetros adequados até que o serviço de remoção chegue, quando necessário.

**Antes de iniciar medidas de descontaminação e/ou o uso de antídotos, deve-se tentar estabilizar os sinais vitais.**

Os passos para atendimento de pacientes em estado muito grave pode ser encontrado no capítulo sobre Reanimação Cardiopulmonar. Contudo, alguns fatores devem ser observados para o manejo inicial de casos de intoxicação:

A hipertermia costuma não responder ao uso de antitérmicos. Proceder, portanto, medidas físicas: retirar as roupas do paciente, utilizar compressas de água fria, gelo e ventiladores para aumentar a perda de calor. Em caso de agitação, pode-se lançar mão do uso de benzodiazepínicos (diazepam) para reduzir o esforço físico, **desde tenham sido descartados a hipóxia e a hipoglicemia** como fatores desencadeantes da alteração de consciência.

A hipotermia também deve ser tratada com medidas físicas: aquecimento com cobertores comuns ou térmicos e administração de soro fisiológico aquecido.

Alterações do ritmo cardíaco devem ser tratadas somente se causarem instabilidade hemodinâmica ou se forem arritmias que ameacem a vida, logo deve-se assegurar o transporte para um serviço de pronto-socorro o mais rápido possível. Os pacientes com arritmias devem ter assegurada boa oxigenação e débito cardíaco apropriado até que o transporte chegue.

Estabilizados os sinais vitais, os próximos passos são anamnese e exame físicos detalhados.

**Anamnese:** deve-se tentar responder às seguintes perguntas:

- O quê? – Qual(is) a(s) substância(s) envolvida(s) na intoxicação?
- Quanto? – Qual a quantidade utilizada ou, no caso de exposições dérmicas e inalatórias, por-quanto tempo ficou exposto e qual a concentração do produto?
- Quando? – Há quanto tempo ocorreu a intoxicação?
- Como? – Em que circunstâncias se deu a intoxicação (acidental, tentativa de suicídio, erro de administração, uso indevido, tentativa de homicídio, ocupacional, entre outras)?
- Comorbidades e medicações utilizadas?

**Exame físico:** após o manejo inicial, deve-se realizar exame físico completo, inclusive neurológico, na tentativa de verificar alterações que sugiram determinada intoxicação ou síndrome tóxica. Antes da estabilização do paciente, faz-se um exame físico sumário (sinais vitais, índice de coma de Glasgow, ausculta cardiopulmonar, avaliação da pele, roupas, pupilas etc.) para nortear as medidas iniciais do tratamento.

É importante ressaltar que as reavaliações devem ser frequentes. Por exemplo, um paciente que ingeriu um medicamento depressor do sistema nervoso central (SNC) há poucos minutos pode chegar estável e acordado, e evoluir com depressão importante do SNC, necessitando de intubação endotraqueal. Por isso a equipe de saúde da APS deve pactuar um esquema que garanta a observação contínua do paciente por todo o tempo em que o mesmo encontrar-se sob sua responsabilidade, solicitando, caso necessário, um serviço de remoção para a transferência segura do paciente o mais rápido possível.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 206/359



Quadro 49 – Síndromes tóxicas

| Sindromes tóxicas | Agentes | Sinais e sintomas | Tratamento |
|---|---|---|---|
| Síndrome anticolinérgica | Anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, relaxantes musculares, antiparkinsonianos, atropina | Rubor facial, mucosas secas (boca seca), hipertermia, taquicardia, arritmias, midríase, alucinações, convulsões, coma, retenção urinária | Medidas de descontaminação, se indicadas, e suporte dos sinais vitais. Em casos de arritmias, o uso de bicarbonato de sódio é benéfico. Para convulses, indica-se o uso de benzodiazepínicos |
| Síndrome simpaticomimética ou adrenérgica | Cocaína, teofilina, anfetaminas e derivados, cafeína, fenilpropanolamina, efedrina e ecstasy (MDMA) | Diaforese, palidez, taquicardia, hipertensão, midríase, hipertermia, sudorese, ansiedade paranoia, ilusões, hiperreflexia, convulsões, coma e arritmias | Medidas de descontaminação, se indicadas, e suporte dos sinais vitais. O uso de benzodiazepínicos pode ser útil no controle da agitação, hipertensão, taquicardia, convulsões e hipertermia (além das medidas físicas de resfriamento). O uso de betabloqueadores é contraindicado |
| Síndrome sedativo-hipnótica ou opioide | Opioides, barbitúricos, benzodiazepínicos.<br>Derivados de imidazolina como descongestionantes tópicos (nafazolina, e oximetazolina, por exemplo) ou clonidina (antihipertensivo) simulam síndrome opioide | Miose, constipação, depressão respiratória, bradicardia, hipotensão, hipotermia, sonolência e coma | Medidas de descontaminação, se indicadas, e suporte dos sinais vitais. Antídotos para os benzodiazepínicos (flumazenil) e opioides (naloxona) são indicados em caso de coma ou depressão respiratória |
| Síndrome serotoninérgica | Inibidores da recaptação da serotonina (principalmente se associados com inibidores da monoaminoxidase) e *ecstasy* (MDMA). | Alteração do estado mental (agitação, delírio e coma), disfunção autonômica (midríase, diaforese, hipertermia, taquicardia, instabilidade hemodinâmica) e alteração neuromuscular (tremores, rigidez e convulsões) | Medidas de descontaminação, se indicadas, e suporte dos sinais vitais. Benzodiazepínicos podem ser úteis no controle das alterações neuromusculares |
| Síndrome colinérgica | Organofosforados e carbamatos, fisostigmina e alguns cogumelos | Sinais muscarínicos, nicotínicos e centrais: sialorreia, sudorese, vômitos, diarreia, bradicardia, miose, broncorreia, sibilos, incontinência urinária, fasciculações, mioclonias, midríase, taquicardia, hiperglicemia, fraqueza muscular, insuficiência respiratória, agitação, sonolência, coma e convulsões | Medidas de descontaminação, se indicadas, e suporte dos sinais vitais. Atropina para reversão dos sinais e sintomas muscarínicos. Utiliza-se em média 1 a 2 mg de atropina EV a cada três a 10 minutos, até desaparecerem os sinais muscarínicos |

Fonte: (ANDRADE FILHO; CAMPOLINA; DIAS, 2001).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Medidas de descontaminação

As medidas de descontaminação devem ser realizadas de acordo com a via de exposição.

**Exposição cutânea:** com o paciente estável, retirar imediatamente as vestes e eventuais resíduos sólidos por meio de escovação (escova macia), com posterior lavagem corporal, utilizando água corrente por 15 a 30 minutos. Para substâncias lipossolúveis, usar água e sabão. A utilização de substâncias neutralizantes é contraindicada. No caso de cáusticos/corrosivos, após a descontaminação, tratar a lesão como uma queimadura térmica. Em caso de dúvida, ligue para o CIAT da sua região.

**Exposição ocular:** se confirmada exposição, iniciar a lavagem do olho acometido com água ou soro fisiológico, por pelo menos 15 a 30 minutos. Sempre realizar a lavagem no sentido medial para lateral, evitando o comprometimento do outro olho. Não utilizar substâncias neutralizantes ou colírio anestésico. Em caso de dor intensa, podem ser usados analgésicos via endovenosa, inclusive opioides. Posteriormente, para proteger o olho, pode ser colocado tampão ocular e, dependendo do caso, o paciente deve ser encaminhado para avaliação oftalmológica.

**Exposição inalatória:** a vítima deve ser retirada do local da exposição e mantida em local arejado. Retirar roupas e proceder lavagem corporal, se houver contato cutâneo concomitante.Se necessário, oferecer oxigênio e, caso ocorra broncoespasmo ou edema pulmonar, tratá-los.

**Exposição gastrintestinal:** justifica-se a descontaminação em situações onde ocorre ingestãode doses potencialmente tóxicas/letais em tempo hábil. Muitas vezes, é uma decisão empírica, visto que em certas situações não conseguimos precisar a quantidade ou o horário que o pacienteingeriu o agente tóxico. É comum, inclusive, não sabermos exatamente todas as substânciasque o paciente fez uso. No entanto, na suspeita de ingestão de doses potencialmente tóxicas/letais que ocorreram há menos de uma hora e em não havendo contraindicações, a lavagemgástrica é o procedimento de escolha, acompanhado ou não do uso do carvão ativado. Algumassubstâncias retardam o esvaziamento gástrico (exs.: antidepressivos tricíclicos, carbamazepina,anticolinérgicos) e, nesses casos, alguns autores recomendam a lavagem mesmo tardiamente. Carvão ativado (CA): tem grande capacidade de adsorver várias substâncias tóxicas, diminuindoa absorção gastrintestinal. Pode ser feito por via oral ou pela sonda nasogástrica. Forma de uso: pode ser diluído em água, suco ou outros líquidos para facilitar a ingestão.

Recomenda-se a dose de 1g de CA por kg de peso, diluído em oito a 10ml de líquido. No entanto no adulto tem-se utilizado um máximo de 50g diluídos em 400 a 500ml. Volumes maiores muitas vezes induzem ao vômito e facilitam a broncoaspiração. Quando o paciente está sondado, aproveita-se para passar o carvão via sonda. Um bom método é utilizar um frasco tipo "almotolia". Por meio de um funil, coloca-se a quantidade desejada de carvão ativado e, posteriormente, de líquido, mistura-se por, pelo menos, um minuto para formar uma solução homogênea, fecha-se, coloca-se um conector (pedaço de "mangueira" de oxigênio), conecta-se na sonda nasogástrica e procede-se a infusão.

Não é rotina utilizar catárticos, a menos que se opte por fazer várias doses de CA (casos de ingestão de substâncias que retardam o esvaziamento gástrico diminuem o peristaltismo ou têm circulação enterohepática, como o fenobarbital, aminofilina, fenitoína, salicilatos, digoxina, carbamazepinaneurolépticos, dapsona, organofosforados, organoclorados, antidepressivos tricíclicos, hormônios tiroideanos e agentes de liberação lenta). Nos casos de intoxicação por paraquate, o melhor adsorvente é a Terra de Fuller, porém, na falta desta, utilizar o carvão ativado.

A equipe da APS deve iniciar o tratamento com o carvão ativado, quando indicado e disponível, após lavagem gástrica. O seguimento do tratamento de desintoxicação deve ser dado no serviço de pronto-socorro, após a remoção do paciente.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 208/359



## Contraindicações

- Pacientes com risco de bronco aspiração ("Glasgow" ≤ 8), exceto se forem intubados;
- Ingestão de agentes cáusticos ou corrosivos;
- Trato gastrointestinal não intacto anatomicamente, com risco de hemorragia/perfuração (cirurgia recente);
- Obstrução intestinal;
- Íleo adinâmico (ausência de ruídos hidroaéreos);
- Ingestão de hidrocarbonetos voláteis;
- Substâncias que não são adsorvidas pelo carvão ativado (ferro, cáusticos, lítio, derivados de petróleo, outros metais, etanol, metanol, acetona), exceto se houver coingestão de outras drogas absorvíveis pelo CA e que ameacem a vida;
- Gestantes, recém-nascidos e pacientes muito debilitados.

## Complicações

- Vômitos;
- Broncoaspiração;
- Constipação e obstrução intestinal[2].

**Uso de antídotos:** mesmo não se tratando de medicamentos usualmente disponíveis na Atenção Básica, o Quadro 50 mostra os principais antídotos e suas indicações. Apesar de existirem milhares de substâncias químicas, poucos são os antídotos disponíveis. Na grande maioria das intoxicações, o que salva o paciente é a abordagem inicial e o tratamento suportivo. No entanto há situações específicas em que o uso do antídoto é fundamental no manejo do paciente. Exemplo clássico são as intoxicações por inibidores das colinesterases, em que o uso de atropina em doses apropriadas é fundamental para o sucesso no tratamento. O uso adequado poderá ser orientado pelos CIATs.



[2]Ver capítulo de lavagem gástrica, no Caderno número 29 de Atenção Primária de "Procedimentos na Atenção Primária".

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Quadro 50 – Antídotos e fármacos utilizados nas intoxicações

| ANTÍDOTOS | | | INDICAÇÕES |
|---|---|---|---|
| UBS | SAMU | HOSPITAL | |
| Carvão ativado (em pó) | Carvão ativado (em pó) | Carvão ativado (em pó) | Descontaminação do trato gastrintestinal (adsorvente) |
| | | Anticorpos antidigoxina | Intoxicação por digitálicos |
| | | Azul de metileno a 1% | Metemoglobinemias causadas por nitritos, anilinas e sulfonas |
| | Bicarbonato de sódio | Bicarbonato de sódio | Profilaxia e tratamento das arritmias por antidepressivos tricíclicos, quinina, carbamazepina, cocaína, fenotiazinas. A alcalinização urinária (pH 7,5-8,0)<br>Aumenta a eliminação de salicilatos, clorpropamida, fenobarbital, metanol,herbicidas clorofenoxiácidos |
| | Biperideno | Biperideno | Liberação do sistema extrapiramidal por fenotiazinas, butirofenonas, metoclopramida e bromoprida |
| Sulfato de atropina | | Deferoxamina | Ferro |
| | | Dimercaprol | Arsênico, mercúrio, chumbo |
| | | EDTA cálcico | Chumbo |
| | | Etanol (álcool absoluto) ou 4-metilpirazol (fomepizole) | Metanol, etilegoglicol |
| | | Vitamina K | Cumarínicos e derivados da indandiona |
| | Flumazenil | Flumazenil | Intoxicações puras e graves por benzodiazepínicos |
| | | Glucagon | Intoxicaçãoões por betabloqueadores e bloquadores dos canais de cálcio |
| | | N-acetilcisteína | Paracetamol |
| | Naloxona | Naloxona | Opioides |
| | Hidroxicobalamina, nitrito de sódio, tiossulfato de sódio | Hidroxicobalamina, nitrito de sódio, tiossulfato de sódio | Cianetos |
| | | Octreotide | Overdoses por hipoglocemiantes orais |
| | | Oxigênio (oxigênio hiperbárico) | Intoxicações por monóxido de carbono e cianetos |
| | | Penicilamina | Chumbo, cobre, mercúrio |
| | | Pralidoxima | Organofosforados |
| | Sulfato de atropina | Sulfato de atropine | Inibidores das colinesterases (carbomatos e organofosforados) |
| | | Sulfato de protamina | Neutralizador da heparina |

Fonte: (ANDRADE FILHO; CAMPOLINA; DIAS, 2001).



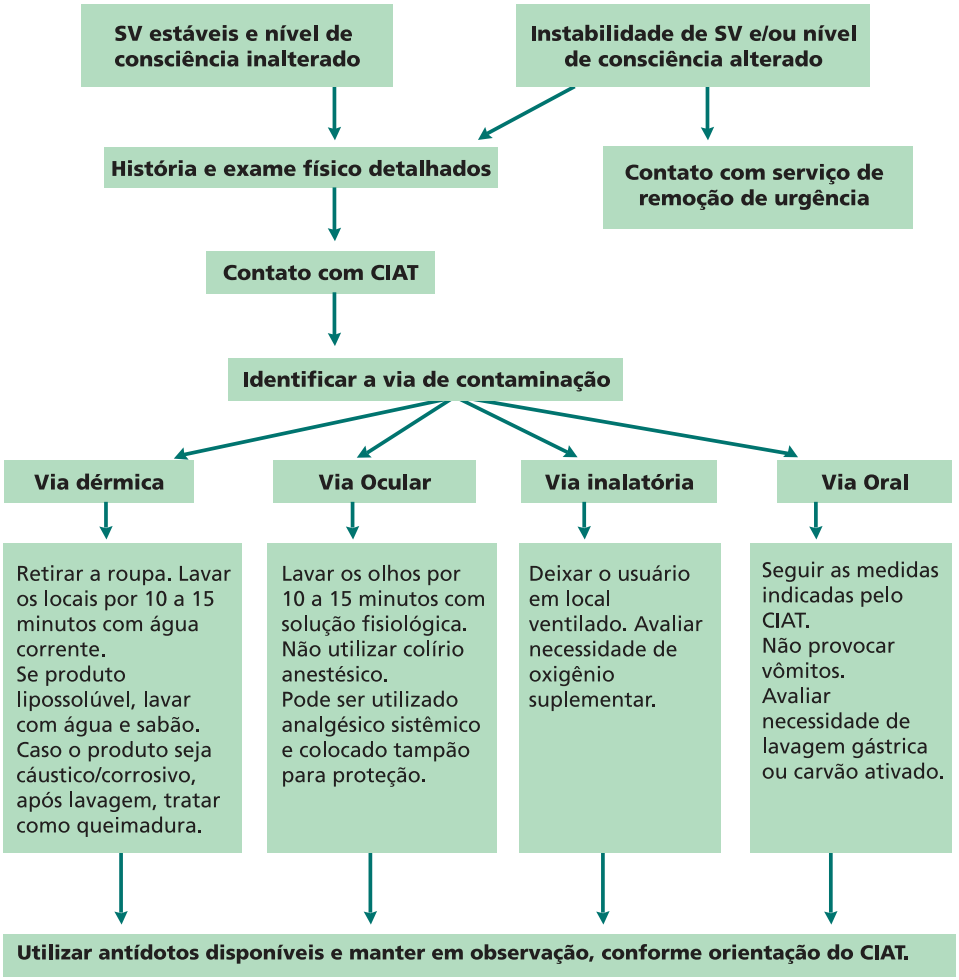
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 210/359



Figura 37 – Algoritimo de atendimento ao usuário com contaminação por substância tóxica




Fonte: Colaboração de Associação Brasileira dos Centros de Informação e Assistência Toxicológicas e Toxicologistas Clínicos (Abracit), 2010.

## Síndromes tóxicas

No Quadro 49, estão listadas as principais síndromes tóxicas, os agentes envolvidos, sinais e sintomas mais importantes e o tratamento recomendado.

## Exames complementares

São solicitados em atendimento hospitalar, porém, caso se realize a lavagem gástrica no posto de saúde, deve-se colher amostra do lavado para possível análise toxicológica.

## Plantas Tóxicas

A grande maioria das intoxicações por plantas ocorre na população infantil. Dados dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATs) demonstram que a maior parte ocorre de forma,acidental em crianças de até três anos com plantas ornamentais presentes nas residências. As espécies de *Dieffenbachia* (*comigo-ninguém-pode*) ocupa o primeiro lugar nas intoxicações provocadas por



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 211/359



plantas. Com crianças maiores, os acidentes ocorrem geralmente em ambiente externo com plantas leitosas utilizadas em brincadeiras. Em jovens e adultos, as circunstâncias são diversas, tais como reações alérgicas, uso abusivo, tentativa de aborto, ingestão alimentar e para fins medicinais de plantas identificadas incorretamente.

A identificação da planta, ou do grupo toxicológico a que pertence, é muito importante, no entanto, muitas vezes, essa informação é difícil, seja pelo desconhecimento do nome da planta, seja pelos diferentes nomes populares dependendo da região do Brasil. Nesses casos, a prioridade no tratamento, como em qualquer outra intoxicação, é a estabilização do paciente e retirada de restos da planta em contato com ele (retirada de restos da boca, lavagem corporal,lavagem ocular). Entrar em contato com os CIATs para tratamento específico. Sintomas gerais e inespecíficos devem ser tratados com sintomáticos. Nos casos leves, não há necessidade de encaminhamento ao hospital.

Plantas com princípios ativos parecidos desencadeiam manifestações clínicas semelhantes.

Pela grande variedade de espécies vegetais, o quadro, a seguir, relaciona as principais plantas tóxicas de acordo com o princípio ativo, ou grupo de substâncias, manifestações clínicas e tratamento.

## PLANTAS QUE CONTÊM OXALATO DE CÁLCIO



Comigo-ninguém-pode, aninga-do-Pará (*Dieffenbachia picta*)



Antúrios ( *Anthurium sp*)



Tinhorão, tajá, taiá, caládio (*Caladium bicolor*)

São as plantas que mais causam acidentes, principalmente em crianças.

**Mecanismo de ação:** Por ação mecânica, as folhas liberam centenas de idioblastos com oxalato de cálcio que penetram em mucosas depositando enzimas proteolíticas, seguido por liberação de histamina e bradicinina.

**Manifestações Clínicas:** Ingestão: dor em queimação, edema de lábios e língua e da mucosa oral, salivação, disfagia/ odinofagia, distúrbios gastrointestinais, afonia, dispnéia por edema de glote. Contato ocular: dor intensa, conjuntivite química, abrasão da córnea, irritação e congestão da mucosa ocular, edema, fotofobia, lacrimejamento. Contato cutâneo: prurido, irritação, dermatite de contato.

**Tratamento: Ingestão:** Não fazer lavagem gástrica, não induzir vômitos. Oferecer, sem forçar, pequenas quantidades de líquidos frios. Utilizar sintomáticos, se necessário. Casos graves: encaminhar para um serviço de urgência para a realização de endoscopia digestiva alta; em casos de edema de glote administrar corticosteróide endovenoso e verificar necessidade de traqueostomia. Contato ocular: Lavar os olhos com soro fisiológico, fazer curativo oclusivo e encaminhar o paciente ao oftalmologista. Contato cutâneo: Lavar a pele com água corrente sem esfregar.

**Outras plantas com potencial semelhante de intoxicação:**

- Banana-de-macaco (*Monstera deliciosa*)
- Cipó-imbé, filodendro, imbé, banana de macaco (*Philodendron bipinnatifolium*)
- Cheflera-pequena (*Schefflera arborícola*)
- Taioba-brava, cocó, taió, tajá (*Colocasia antiquorum*)

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 212/359



(continuação)



Copo-de-leite (*Zantedeschia aethiopica*)

## PLANTAS QUE CONTÊM GLICOSÍDEOS CARDIOTÓXICOS



Espirradeira, oleandro, louro rosa (*Nerium oleander*)



Chapéu-de-napoleão, jorro-jorro, bolsa-de-pastor (*Thevetia peruviana*) Foto: TOXCEN-Vitória/ES

**Mecanismo de ação:** Age na enzima Na+/K+-ATPase provocando aumento de sódio e cálcio intracelular , aumentando a força de contração do músculo cardíaco.

**Manifestações Clínicas:** Quadro clínico se assemelha à intoxicação digitálica. Gastrintestinais: náuseas, vômitos, cólicas, hipocalemia, diarreia sanguinolenta. Cardíacas: arritmias (fibrilações atriais e ventriculares), bloqueio, extrassístoles, taquicardias, parada cardíaca. Neurológicas: perda de equilíbrio, tonturas, cefaleia, torpor, convulsões e coma.

**Tratamento:** Em casos de ingestão recente de grande quantidade de planta, realizar lavagem gástrica, se possível com carvão ativado. Encaminhar imediatamente para um serviço de urgência.

Ver capítulo de lavagem gástrica, em "Procedimentos na Atenção Primária".

**Outras plantas com potencial semelhante de intoxicação:**

- Dedaleira, digital, luva de Nossa Senhora (*Digitalis purpúrea*)
- Azaléia (*Rhododendron sp*)
- Oficial-de-sala, cega-olho, paina-de-sapo (*Asclepias curassavica*)

## PLANTAS QUE CONTÊM GLICOSÍDEOS CIANOGÊNICOS



Mandioca-brava, mandioca-amarga, maniva (*Manihot utilíssima*)

**Outras plantas com potencial semelhante de intoxicação:**

– Pessegueiro-bravo, coração-de-negro (*Prunus sellowii*)
– Feijão-trepador (*Phaseolus multiflorus*)

**Mecanismo de ação:** Os vegetais chamados cianogênicos liberam ácido cianídrico por hidrólise. O cianeto inibe a transferência de elétron na cadeia respiratória, ao nível da citocromo-oxidase, diminuindo a utilização de oxigênio e prejudicando o metabolismo oxidativo celular.

**Manifestações Clínicas:** Gastrintestinais: náuseas, vômitos, cólicas e diarreia. Neurológicas: opistótono, convulsões, coma, midríase. Respiratórias: dispneia, aumento da secreção brônquica e apneia. Cardiovasculares: hipotensão, choque e arritmia.

**Tratamento:** Encaminhar o paciente imediatamente para um serviço de urgência. Manter as vias aéreas e acesso venoso até remoção.



(continua...)

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 213/359



(continuação)

## PLANTAS QUE CONTÊM ALCALOIDES BELADONADOS



Saia-branca, trombeta, aguadeira, zabumba (*Datura suaveolens*)



Dama-da-noite (*Cestrum nocturnum*)

**Mecanismo de ação:** Apresentam alcaloides tropânicos (hioscina ou escapolamina, hiosciamina e atropina), com ação anticolinérgica.

**Manifestações Clínicas:** Náuseas, vômitos, midríase, secura de mucosas, quadro neurológico com agitação psicomotora, distúrbios de comportamento, alucinações.

**Tratamento:** Avaliar lavagem gástrica para diminuir a absorção. Tratamento de suporte e manutenção. Encaminhar a um serviço de urgência.

Ver capítulo de lavagem gástrica, em "Procedimentos na Atenção Primária".

**Outras plantas com potencial semelhante de intoxicação:**

- Beladona (*Atropa beladona*)
- Trombeteira-roxa, saia-roxa (*Datura metel*)
- Figueira-do-Inferno, aubaitinga (*Datura stramonium*)
- Joá, Juá, Mata-cavalo (*Solanum sisymbrifolium*)
- Doce-amarga (*Solanum dulcamara*)

## PLANTAS QUE CONTÊM TOXOALBUMINAS



Mamona, carrapateiro, palma-de-cristo, rícino (*Ricinus communi*)



Pinhão-de-purga, pinhão-paraguaio, pinhão-roxo, (*Jatropha curcas*)

**Mecanismo de ação:** As toxoalbuminas são proteínas muito tóxicas, com efeito irritante sobre a mucosa intestinal, além de efeito hemaglutinante.

**Manifestações Clínicas:** Náuseas, vômitos, diarreia, cólicas intestinais intensas, desidratação, hipotensão e acidose metabólica. Nos casos graves ocorre choque, torpor e coma com depressão respiratória.

**Tratamento:** Apesar dos vômitos serem frequentes, pode-se avaliar indicação de lavagem gástrica com sonda nasogástrica calibrosa para retirada de resíduos. Encaminhar para um serviço de urgência para o controle hidro-eletrolítico e ácido básico. Se necessário, administrar antiespasmódicos e antieméticos.

Ver capítulo de lavagem gástrica, em "Procedimentos na Atenção Primária".

**Outras plantas com potencial semelhante de intoxicação:**

- Jequiriti, olho-de-cabra, grãos-de-rosário, alcaçuz-da-América (*Abrus precatorius*)

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 214/359



(continuação)

## PLANTAS QUE CONTÊM SUBSTÂNCIAS LEITOSAS CÁUSTICAS OU IRRITANTES



Coroa-de-Cristo, colchão-de-noiva, dois-irmãos (*Euphorbia milii*)



Bico-de-papagaio, flor do Espírito Santo (*Euphorbia pulcherrima*)



Avelós, pau-pelado, pau-sobre-pau, dedo-do-diabo (*Euphorbia tirucalli*)

**Mecanismo de ação:** O látex presente nas plantas apresenta ação cáustica e irritante.

**Manifestações Clínicas:** Ingestão: náuseas, vômitos e diarréia. Contato cutâneo: dor, prurido, eritema, edema e bolhas. Contato ocular: inchaço de pálpebras, diminuição da acuidade visual, conjuntivite, ceratoconjuntivite.

**Tratamento: Pele:** lavagem prolongada do local e tratamento sintomático. Olhos: lavar com água abundante e avaliação oftálmica, se necessário.

Se ingestão indica-se tratamento sintomático.

**Outras plantas com potencial semelhante de intoxicação:**

- Cega-olho (*Isotoma longiflora*)
- Candelabro (*Euphorbia lactea*)
- Figueirinha roxa, barrabás (*Euphorbia cotinifolia*)
- Amendoim-brabo, leiteira, café-do-diabo (*Euphorbia heterophyla*)

## PLANTAS QUE CONTÊM ALCALÓIDES PIRROLIZIDÍNICOS



Confrei (*Symphytum officinale*)

Encaminhar os casos crônicos para acompanhamento especializado.

Ver capítulo de lavagem gástrica, em "Procedimentos na Atenção Primária".



(continua...)

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

(continuação)

## PLANTAS QUE CONTÊM FURANOCUMARINAS



Lesão de pele causada após contato com limão e exposição ao sol (CIT/SC)

**Mecanismo de ação:** As furanocumarinas são substâncias que absorvem fortemente energia na região do ultravioleta, sendo altamente reativas sob a incidência de luz, desenvolvendo fitodermatites.

**Manifestações Clínicas:** Reação epidérmica caracterizada por erupções bolhosas, hiperpigmentação, eritema e formação de vesículas.

**Tratamento:** Tratamento sintomático, corticoides e anti-histamínicos, se necessário. Orientar o paciente para evitar novo contato com a substância.

**Plantas com potencial semelhante de intoxicação:**

- Limão-taiti (*Citrus aurantifolia*)
- Figo (*Fícus carica*)
- Caju (*Anacradium occidentale*)
- Câmara (*Lantana câmara*)
- Lima-de-bico (*Citrus aurantifolia*)

## PLANTAS ALERGÊNICAS



Aroeira (*Lithraea sp., Schinus sp.*)



Lesões de pele causada por aroeira (CIT/SC)

**Mecanismo de ação:** Apresentam substâncias alergizantes. A toxicidade e mecanismo de ação fazem parte de um grupo de substâncias denominadas genericamente *uroshiois*. Estas substâncias são extremamente lipofílicas e acumulam-se nas membranas celulares; *in vivo* são oxidadas a quinonas eletrofílicas, que se comportam como haptenos reagindo com proteínas da pele para formar antígenos, provocando reações de hipersensibilidade.

**Manifestações Clínicas:** O quadro clínico caracteriza-se por dermatite, apresentando eritema, pápulas e vesículas com prurido intenso que persistem por vários dias. A hipersensibilização pode ocorrer do contato direto da planta com a pele ou, em muitos casos, apenas pela proximidade do vegetal (sem contato direto), devido ao poder volátil das substâncias alergizantes.

**Tratamento:** São indicados os antissépticos de ação local e, nos casos mais graves, é recomendada a administração de corticoides e anti-histamínicos. A regressão do quadro clínico é normalmente lenta, sendo importante tomar medidas para evitar infecções secundárias.

**Outras plantas com potencial semelhante de intoxicação:**

- Charão (*Rhus succedanea*)
- Caviúna-vermelha, jacarandá-ferro, pau-ferro, jacarandá-rosa (*Machaerium scleroxylon*)
- Hera (*Hedera helix*)
- Tulipa (*Tulipa sp*)
- Peroba (*Aspidosperma sp*)
- Ipê (*Tabebuia sp*)

Fonte: Colaboração de Associação Brasileira dos Centros de Informação e Assistência Toxicologicas e Toxicologistas Clínicos – Abracit, 2010.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 216/359



## Medidas preventivas

A equipe de saúde deve orientar a população a tomar as seguintes precauções:

- Manter as plantas venenosas fora do alcance das crianças;
- Conhecer as plantas venenosas existentes na casa e arredores pelo nome e características;
- Ensinar as crianças a não colocar plantas na boca e não utilizá-las como brinquedos (fazer comidinhas, tirar leite etc.);
- Não preparar remédios ou chás caseiros com plantas sem orientação da equipe de saúde;
- Não comer folhas, frutos e raízes desconhecidas. Não há regras ou testes seguros para distinguir as plantas comestíveis das venenosas;
- Tomar cuidado ao podar as plantas que liberam látex, provocando irritação na pele e principalmentenos olhos; evitar deixar galhos em qualquer local onde possam vir a ser manuseados por crianças; quando lidar com plantas, usar luvas e lavar bem as mãos após essa atividade;
- Em caso de acidente, procurar imediatamente a Unidade Básica de Saúde ou o serviço de saúde mais próximo de casa e guardar a planta para identificação;
- Em caso de dúvida, ligar para o Centro de Informação e Assistência Toxicológica da região.

## Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATS)

Atualmente estão em funcionamento 37 Centros de Informação e Assistência Toxicológica distribuídos em 20 Estados brasileiros (Quadro 51) e as principais ações dos CIATs são:

- Suporte ao diagnóstico e tratamento de intoxicações e envenenamentos, telefônico e/ou presencial;
- Suporte clínico na avaliação de gravidade das intoxicações e envenenamentos para o correto encaminhamento às unidades referenciadas, especificamente no estadiamento dos acidentes por animais peçonhentos que requerem soroterapia e intoxicações graves por agrotóxicos e substâncias químicas em geral;
- Orientação aos profissionais atuantes em Unidades Básicas de Saúde, clínicas, hospitais, Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) para abordagem ao paciente intoxicado/envenenado, incluindo orientações atualizadas da indicação dos procedimentos de descontaminação gastrintestinal, aumento de eliminação de agentes tóxicos, e da utilização racional de antídotos e soros antivenenos, quando indicados;
- Suporte na identificação de animais peçonhentos e plantas tóxicas com transferência de imagens e envio de material aos centros;
- Atendimento especializado de pacientes com intoxicações graves, contando com o apoio de profissionais capacitados e suporte laboratorial e terapêutico em algumas regiões;
- Informações sobre reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas, apoio ao uso racional de medicamentos na gestação, na lactação, no idoso e em condições clínicas diferenciadas direcionadas prioritariamente para os prescritores da Atenção Primária;
- Apoio laboratorial para diagnóstico, avaliação e estadiamento dos diferentes agravos tóxicos e identificação e monitorização de drogas lícitas e ilícitas em casos de dependência;
- Referenciamento para os Centros de Apoio Psicossocial (Caps) de pacientes envolvidos em intoxicações intencionais (tentativas de suicídio, toxicodependência e farmacodependência);



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 217/359



- Os Centros de Informação e Assistência Toxicológica, por possuírem sistema de comunicação aberto 24 horas e de discagem gratuita, atendem diretamente a população em geral, na orientação imediata de informação sobre o risco tóxico de produtos comerciais, animais peçonhentos e plantas tóxicas;
- Orientação das condutas iniciais frente a acidentes tóxicos domiciliares, avaliando a necessidade de encaminhamento para uma unidade de emergência;
- Campanhas de prevenção de acidentes tóxicos utilizando diversas mídias.

Quadro 51 – Localização dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATs)

| Cidade/Estado | Centro | Telefone |
|---|---|---|
| Aracaju /SE | Centro de Informação Toxicológica – CIATOX/Sergipe | (79) 3259-3645 |
| Belém/PA | Centro de Informação Toxicológica de Belém – CIT/Belém | (91) 3249-6370<br>(91) 3259-3748 |
| Belo Horizonte/MG | Serviço de Toxicologia de Minas Gerais – SERVITOX/MG | (31) 3224-4000 |
| Botucatu/SP | Centro de Assistência Toxicológica de Botucatu – CEATOX/ Botucatu | (14) 3815-3048 |
| Brasília/DF | Centro de Informação e Assistência Toxicológica – CIAT/DF | 0800 644 6774 |
| Campina Grande/PB | Centro de Assistência Toxicológica de Campina Grande – CIAT | (83) 3310-5853<br>(83) 3310-9238 |
| Campinas/SP | Centro de Controle de Intoxicações de Campinas – CCI/Campinas | (19) 3521-6700 |
| Campo Grande/MS | Centro Integrado de Vigilância Toxicológica – CIVITOX/MS | (67) 3386-6553<br>3381-2996<br>3386-2558 |
| Cascavel/PR | Centro de Assistência Toxicológica de Cascavel – CEATOX/ Cascavel | 0800 645 1148 |
| Cuiabá/MT | Centro de Informação Antiveneno de Mato Grosso – CIAVE/MT | (65) 3617- 7850<br>3617-7800 |
| Curitiba/PR | Centro de Controle de Envenenamento de Curitiba – CCE/Curitiba | 0800 41 01 48 |
| Florianópolis/SC | Centro de informações Toxicológicas de Santa Catarina – CIT/SC | 0800 643 5252 |
| Fortaleza/CE | Centro de Assistência Toxicológica de Fortaleza – CEATOX/ Fortaleza | (85) 3255-5050<br>3255-5012 |
| Fortaleza/CE | Centro de Informações e Assistência Toxicológica – HGF | (85) 3101-7077 |
| Goiânia/GO | Centro de Informações Toxicofarmacológicas de Goiás – CIT/ GO | 0800 646 43 50 |
| João Pessoa/PB | Centro de Assistência Toxicológica da Paraíba – CEATOX/Paraíba | (83) 3216-7007 |
| Londrina/PR | Centro de Controle de Intoxicações de Londrina – CCILondrina | (43) 3371-2244 |
| Manaus/AM | Centro de Informações Toxicológicas do Amazonas – CIT/AM | (92) 3622-1972<br>3621-6502<br>3621-6500 |
| Marília/SP | Centro de Atendimento Toxicológico de Marília | (14) 3433-8795 |
| Maringá/PR | Centro de Controle de Intoxicações de Maringá-CCI/Maringá | (44) 2101-9100<br>2101-9127 |
| Natal/RN | Centro de Informação Toxicológica de Natal – CIT-Natal | (84) 3232-9284 |
| Niterói/RJ | Centro de Controle de Intoxicações de Niterói – CCI/Niterói | (21) 2717-0521<br>2717-0148 |
| Porto Alegre/RS | Centro de Informações Toxicológicas do Rio Grande do Sul – CIT/RS | 0800 721 3000 |
| Presidente Prudente/SP | Centro de Atendimento Toxicológico de Presidente Prudente – CEATOX/Pres. Prudente | (18) 3229-1500 |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

(continuação)

| Cidade/Estado | Centro | Telefone |
|---|---|---|
| Recife/PE | Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco – CEATOX/PE | (81) 3181-5595 |
| Ribeirão Preto/SP | Centro de Controle de Intoxicações de Ribeirão Preto – CCI/ Ribeirão Preto | (16) 3602-1190 |
| Rio de Janeiro/RJ | Centro de Controle de Intoxicações do Rio de Janeiro | (21) 2573-3244 |
| Salvador/BA | Centro de Informações Antiveneno da Bahia – CIAVE | 0800 284 4343 |
| Santos/SP | Centro de Controle de Intoxicações de Santos – CCI/Santos | (13) 3222-2878 |
| São José do Rio Preto/SP | Centro de Assistência Toxicológica de São José do Rio Preto – CEATOX/Ribeirão Preto | (17) 3201-5175 |
| São Jose dos Campos/SP | Centro de Controle de Intoxicações de São Jose dos Campos | (12) 3901-3509 |
| São Paulo/SP | Centro de Controle de Intoxicações de São Paulo – CCI/SÃO PAULO | 0800 771 3733 |
| São Paulo/SP | Centro de Assistência Toxicológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – CEATOX/HC/FM/USP | 0800 0148110 |
| São Paulo/SP | Instituto Butantan – SES/SP | (11) 3726-7222 3726-7962 |
| Taubaté/SP | Centro de Controle de Intoxicações de Taubaté | (12) 3632-6565 |
| Teresina/PI | Centro de Informação Toxicológica – CITOX | 0800 280 3661 |
| Vitória/ES | Centro de Atendimento Toxicológico do Espírito Santo (Toxcen-ES) | 0800 283 9904 |

Fonte: (ABRACIT. 2010).

## 2.16 MORDEDURA DE ANIMAIS

Neste capítulo, serão abordados: a principal complicação clínica da mordedura, a raiva e também o tratamento do ferimento ocasionado pelo acidente, condutas com o animal e possibilidades de ações de prevenção.

A raiva é uma encefalite viral aguda, transmitida por mamíferos, que apresenta dois ciclos principais de transmissão: urbano e silvestre. Reveste-se da maior importância epidemiológica por apresentar letalidade de 100%, além de ser doença passível de eliminação no seu ciclo urbano e por se dispor de medidas eficientes de prevenção tanto em relação ao ser humano quanto à fonte de infecção.

A prevenção da raiva humana é baseada no manejo profilático antirrábico quando houver suspeita de exposição ao vírus (categoria pós-exposição). Toda vez que ocorrer uma agressão por animal, deve ser feita uma anamnese completa, utilizando-se a Ficha de Atendimento *Antirrábico Humano* (SINAN), para ter todas as informações sobre o caso e referenciar para um serviço que fará a profilaxia (centro de referência, pronto-socorro, hospital etc.), quando a UBS não dispuser dos insumos necessários (soro e vacina).

A classificação do acidente/agressão, leve ou grave, vai depender das características do ferimento, tais como: local do corpo onde ocorreu a agressão, profundidade, extensão de lesões. Portanto, a profilaxia é baseada nas características da lesão provocada pelo animal agressor e na possibilidade de observação deste.

Devem ser levadas em consideração as características do animal agressor: o estado de saúde no momento da agressão, a possibilidade de observação por dez dias, a procedência e hábitos devida do animal, no caso de agressões por cães e gatos.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Durante a avaliação do usuário, deve-se classificar o acidente de acordo com as seguintes características do ferimento e do animal envolvido no acidente:

## Características do ferimento

Em relação à transmissão do vírus da raiva, os acidentes causados por animais devem ser avaliados quanto ao:

**Local do acidente** – acidentes que ocorrem em regiões próximas ao sistema nervoso central (cabeça, face ou pescoço) ou em locais muito inervados (mãos, polpas digitais e planta dos pés)são graves porque facilitam a exposição do sistema nervoso ao vírus. A lambedura da pele íntegra não oferece risco, mas a lambedura de mucosas também é grave porque elas são permeáveis ao vírus, mesmo quando intactas, e também porque as lambeduras, geralmente, abrangem áreas mais extensas.

**Profundidade do acidente** – os acidentes devem ser classificados como superficiais (sem presença de sangramento) ou profundos (apresentam sangramento, ou seja, ultrapassam a derme). Os ferimentos profundos, além de aumentar o risco de exposição do sistema nervoso, oferecem dificuldades à assepsia. Mas vale ressaltar que os ferimentos puntiformes são considerados como profundos e algumas vezes não apresentam sangramento.

**Extensão e número de lesões** – deve-se observar a extensão da lesão e se ocorreu apenas uma única lesão ou múltiplas, ou seja, uma porta de entrada ou várias.

De acordo com os critérios acima estabelecidos, as exposições podem ser assim classificadas:

## Acidentes leves

- Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés); podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente.
- Lambedura de pele com lesões superficiais.
- Acidentes graves.
- Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé.
- Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo.
- Lambeduras de mucosas.
- Lambeduras de pele onde já existe lesão grave.
- Ferimentos profundos causados por unha de gato.
- Quaisquer ferimentos causados por morcego.

## Atenção

O contato indireto, como a manipulação de utensílios potencialmente contaminados, e a lambedura na pele íntegra não são considerados acidentes de risco e não exigem tratamento profilático.

## Características do animal envolvido no acidente

Cão e gato – as características da doença em cães e gatos, como período de incubação, transmissão e quadro clínico, são bem conhecidas e semelhantes. Por essa razão esses animais são analisados em conjunto, nos seguintes elementos:



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 220/359



- Estado de saúde do animal no momento da agressão – avaliar se o animal estava sadio ou apresentava sinais sugestivos de raiva. A maneira como ocorreu o acidente pode fornecer informações sobre seu estado de saúde. O acidente provocado (por exemplo, o animal que reage em defesa própria, a estímulos dolorosos ou outras provocações) geralmente indica uma reação normal do animal, enquanto que a agressão espontânea (sem causa aparente) pode indicar alteração do comportamento e sugere que o animal pode estar acometido de raiva. Lembrar que o animal também pode agredir devido à sua índole ou adestramento.
- Possibilidade de observação do animal por dez dias – mesmo se o animal estiver sadio no momento do acidente, é importante que seja mantido em observação por dez dias. Nos cães e gatos, o período de incubação da doença pode variar de alguns dias a anos, mas em geral é de cerca de 60 dias. No entanto, a excreção de vírus pela saliva, ou seja, o período em que o animal pode transmitir a doença, só ocorre a partir do final do período de incubação, variando entre dois e cinco dias antes do aparecimento dos sinais clínicos, persistindo até sua morte, que pode ocorrer em até cinco dias após o início dos sintomas. Portanto, o animal deve ser observado por dez dias. Se em todo esse período permanecer vivo e saudável, não há risco de transmissão do vírus.
- Procedência do animal – é necessário saber se a região de procedência do animal é área de raiva controlada ou não controlada.
- Hábitos de vida do animal – o animal deve ser classificado como domiciliado ou não domiciliado.

Animal domiciliado é o que vive exclusivamente dentro do domicílio, não tem contato com outros animais desconhecidos e só sai à rua acompanhado do seu dono. Desse modo, podem ser classificados como de baixo risco em relação à transmissão da raiva. Ao contrário, aqueles que passam longos períodos fora do domicílio, sem controle, devem ser considerados como animais de risco, mesmo que tenham proprietário e recebam vacinas, o que geralmente só ocorre nas campanhas de vacinação.

Animais silvestres – morcego de qualquer espécie, micos, macaco, raposa, guaxinim, quati, gambá, roedores silvestres etc devem ser classificados como animais de risco, mesmo que domiciliados e/ou domesticados, haja vista que nesses animais a patogenia da raiva não é bem conhecida.

Relatos recentes mostram que o risco de transmissão do vírus pelo morcego é sempre elevado, independentemente da espécie e gravidade do ferimento. Por isso, toda agressão por morcego deve ser classificada como grave.

Animais domésticos de interesse econômico ou de produção – bovinos, bubalinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos e outros também são animais de risco. É importante conhecer o tipo, a frequência e o grau do contato ou exposição que os tratadores e outros profissionais têm com esses animais, e a incidência da raiva na região, para avaliar a indicação de tratamento pré ou pós-exposição.

Animais de baixo risco – os seguintes roedores e lagomorfos (áreas urbanas ou de criação) são considerados como de baixo risco para a transmissão da raiva e, por isso, não é necessário indicar tratamento profilático da raiva em caso de acidentes causados por eles:

- Ratazana-de-esgoto (*Rattus norvegicus*);
- Rato-de-telhado (*Rattus rattus*);
- Camundongo (*Mus musculus*);
- Cobaia ou porquinho-da-índia (*Cavea porcellus*);
- Hamster (*Mesocricetus auratus*);
- Coelho (*Oryetolagus cuniculus*).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Observação válida para todos os animais de risco: sempre que possível, é importante a coleta de amostra de tecido cerebral do animal e enviar para o laboratório de diagnóstico. Por isso, a notificação deve ser feita para que o serviço de vigilância em saúde do município tome as devidas providências.

## Tratamento e acompanhamento

Informações gerais

- Sempre que indicada, a prevenção (soro e vacina) contra a raiva deve ser iniciada o mais precocemente possível, por isso a vítima deve ser encaminhada para um serviço que possua esses insumos (vacina e soro) o mais rápido possível, caso não haja na própria UBS.
- Os dados da anamnese e exame físico são de suma importância para uma referência adequada ao serviço que iniciará a profilaxia antirrábica.
- A história vacinal do animal agressor não constitui elemento suficiente para a dispensa da indicação do tratamento antirrábico humano.
- Havendo interrupção do tratamento, indicar que se completem as doses da vacina prescritas anteriormente e não iniciar nova série.
- Recomenda-se que o paciente evite esforços físicos excessivos e bebidas alcoólicas durante e logo após o tratamento.
- Em caso de acidente por vacina antirrábica de vírus vivo, o paciente deve receber esquema completo (soro + vacina).
- Não se indica o uso de soro antirrábico para os pacientes considerados imunizados por tratamento anterior, exceto nos casos de paciente imunodeprimido ou em caso de dúvidas sobre o tratamento anterior, quando se deve indicar o soro.
- Nos casos em que só tardiamente se conhece a necessidade do uso do soro antirrábico ou quando há qualquer impedimento para o seu uso, aplicar a dose de soro recomendada antes da aplicação ou até a terceira dose da vacina de cultivo celular. Após esse prazo, o soro não é mais necessário.
- As equipes de saúde da APS devem ficar atentas para os casos que iniciarão e continuarão as aplicações do soro e da vacina em outro serviço. Devem, por isso, acompanhar se a vítima de mordedura está comparecendo nas datas marcadas ao serviço, programar visitas domiciliares para ver a situação do animal (se o acidente foi com algum animal doméstico).
- Orientar sobre os cuidados com o animal e o isolamento dele para evitar acidentes com outras pessoas, e dependendo do caso avaliar a necessidade do uso de focinheira. Orientar a vítima para não sacrificar o animal sem orientação veterinária, pois impede a observação do animal por dez dias e determina a realização, muitas vezes desnecessária, da vacinação. Se a agressividade do animal impedir seu isolamento seguro, é importante acionar a autoridade sanitária ou Centro de Controle de Zoonoses do município. Se houver qualquer mudança de comportamento do animal ou se apresentar sinais de desenvolvimento da doença, contatar imediatamente algum membro da equipe ou autoridade sanitária. Por isso, a equipe tem de ter sempre em mão o telefone ou outro tipo de contato do serviço de vigilância em saúde para esclarecimento de dúvidas.

A seguir, quadro sobre o esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular:



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Quadro 52 – Esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular

| **Tipo de exposição** | **Condição do animal agressor** | | |
|---|---|---|---|
| | Cão ou gato se, suspeita de raiva no momento da agressão | Cão ou gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão | Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto; Animais silvestres; Animais domésticos de interesse econômico ou de produção |
| Contato indireto | – Lavar com água e sabão neutro;<br>– Não tratar. | – Lavar com água e sabão neutro;<br>– Não tratar. | – Lavar com água e sabão neutro;<br>– Não tratar. |
| Acidentes leves<br>– Ferimentos superficiais,pouco extensos, geralmente únicosem tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta do pés), podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente;<br>– Lambedura de pele com lesões superficiais. | – Lavar o ferimento com água e sabão neutro;<br>– Observar o animal;durante dez dias após a exposição;<br>– Se o animal permanecer sadio no final deste período, encerrar o caso;<br>– Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar cinco doses de vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28). | – Lavar o ferimento com água e sabão neutro;<br>– Iniciar esquema profilático com 2doses, uma no dia zero e outra no dia três;<br>– Observar o animal durante dez dias após a exposição;<br>– Se a suspeita da raiva for descartada após o décimo dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso;<br>– Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até cinco dias;<br>– Aplicar uma dose entre o 7° e o 10° dia e uma dose nos dias 14 e 28. | – Lavar o ferimento com água e sabão neutro;<br>–Iniciar imediatamente o esquema profilático com 5 doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28. |
| Acidentes graves<br>– Ferimentos na cabeça face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé;<br>– Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo;<br>– Lambedura de mucosas;<br>– Lambedura de pele onde já existe lesão grave;<br>– Ferimento profundo causado por unha de animal. | – Lavar o ferimento com água e sabão neutro;<br>– Observar o animal durante dez dias após exposição;<br>– Iniciar esquema profilático com 2 doses, umano dia zero e outra no dia três;<br>– Observar o animal durante dez dias após a exposição;<br>– Se a suspeita da raiva for descartada após o décimo dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso;<br>– Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até cinco dias. Aplicar uma dose entre o 7° e o 10° dia e uma dose nos dias 14 e 28. | – Lavar o ferimento com água e sabão neutro;<br>– Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro e cinco doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28;<br>– Observar o animal durante dez dias após a exposição;<br>– Se a suspeita da raiva for descartada após o décimo° dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso. | – Lavar o ferimento com água e sabão neutro;<br>– Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro e 5 doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28. |

Fonte: BRASIL. Caderno de atenção básica, n. 22, Zoonoses, 2009.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 223/359



## Sobre o ferimento

- Lavar imediatamente o ferimento com água corrente, sabão ou outro detergente.

A seguir, podem ser utilizados antissépticos que inativem o vírus da raiva (como o povidine, clorexidine e álcool-iodado), apenas no primeiro atendimento. Posteriormente, lavar a região com solução fisiológica.

- A mucosa ocular deve ser lavada com solução fisiológica ou água corrente.
- O contato indireto é aquele que ocorre por meio de objetos ou utensílios contaminados com secreções de animais suspeitos. Nesses casos, indica-se apenas lavar bem o local com água corrente e sabão.
- Em casos de lambedura na pele íntegra, por animal suspeito, recomenda-se lavar o local com água e sabão.

**Não se recomenda a sutura dos ferimentos.** Quando for absolutamente necessário, aproximar as bordas com pontos isolados. Havendo necessidade de aproximar as bordas, o soro antirrábico, se indicado, deverá ser infiltrado uma hora antes da sutura.

- Proceder à profilaxia do tétano segundo o esquema preconizado (caso não seja vacinado ou com esquema vacinal incompleto) e uso de antibióticos nos casos indicados, após avaliação médica.
- Havendo contaminação da mucosa, seguir o tratamento indicado para lambedura na mucosa.

## Sobre a vacina, soro heterólogo e soro homólogo

- Em decorrência da letalidade provocada pela raiva, não existe contra- indicação à vacina. Quando a unidade básica não tiver a vacina e o soro homólogo disponíveis, o paciente que tiver a indicação para uso destes imunobiológicos deve ser encaminhado imediatamente para o serviço de referência que disponha destes insumos.
- Os soros atualmente produzidos são seguros, mas podem causar eventos adversos, como qualquer imunobiológico. As reações mais comuns são benignas, fáceis de tratar e apresentam boa evolução. A possibilidade de ocorrência dessas reações nunca contraindica a prescrição do soro.
- A imunoglobulina humana antirrábica (soro homólogo) está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Cries) do Programa de Imunizações das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e é indicada para substituição do soro homólogo se:

– Ocorrência e gravidade de quadros anteriores de hipersensibilidade;

– Uso prévio de imunologlobinas de origem equídea;

– Existência de contatos frequentes com animais, principalmente com equídeos, por exemplo, nos casos de contato profissional (veterinário) ou por lazer.

- Para administração de vacina e soro antirrábicos, o serviço deve ter recursos para atendimento ao choque anafilático[3].

[3]As informações sobre precauções, dose, vias de aplicação, eventos adversos e condutas frente a estes eventos, devem ser consultadas no Caderno de Atenção Básica nº 22: Vigilância em Saúde: Zoonoses (2009), no Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação (2008) do Ministério da Saúde, no Manual de Procedimentos para Vacinação, ANVISA (2001), ou em respectivas edições atualizadas destas publicações.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 224/359



## Sobre o animal

- O período de observação de dez dias é restrito aos cães e gatos.
- Considera-se suspeito todo cão ou gato que apresentar mudança brusca de comportamento e/ou sinais e sintomas compatíveis com a raiva, tais como salivação abundante, dificuldade para engolir, mudança nos hábitos alimentares e paralisia das patas traseiras.
- Sempre que possível, o animal agressor, cão ou gato, deverá ser observado. Se durante o período de observação o animal morrer ou desenvolver sintomatologia compatível com raiva, amostras de seu sistema nervoso central (SNC) deverão ser enviadas para o laboratório de diagnóstico. Para esse procedimento, a vigilância deve ser acionada. Se necessário, o animal deverá ser sacrificado após o aparecimento de sintomas de paralisia. Cuidados deverão ser observados no manuseio do animal (uso de equipamentos de proteção individual), para evitar acidentes.
- A agressão por outros animais domésticos (bovinos, ovinos, caprinos, equídeos e suínos) deverá ser avaliada e, se necessário, deverá ser indicado o tratamento profilático, lembrando que não se indica a observação desses animais com o objetivo de definir a conduta para o ser humano. Se o animal morrer, deve-se entrar em contato com a coordenação ou secretaria de vigilância em saúde do município.
- Está indicado tratamento, sistematicamente, para todos os casos de agressão por animais silvestres, mesmo quando domiciliados e domesticados.
- Nas agressões por morcegos, deve-se proceder a sorovacinação, independentemente do tipo de morcego agressor, tempo decorrido e gravidade da lesão. Em caso de reexposição, seguir as orientações específicas para cada caso.

## Quando encaminhar a vítima?

A vítima deve ser encaminhada para um hospital mais próximo se, durante o período de observação do animal, apresentar algum dos seguintes sinais ou sintomas: parestesia e sensação de ardência ou dor no local da inoculação; períodos de hiperexcitabilidade, agitação, delírio, alucinações e comportamento bizarro, entre os quais o indivíduo muitas vezes é cooperativo elúcido; espasmos dolorosos dos músculos faríngeos e laríngeos, hipersalivação, e medo provocado por tentativas de beber ou mesmo pela visão de líquidos (hidrofobia); convulsões; meningismo ou paralisia. A recuperação é extremamente rara e a morte geralmente está associada com depressão respiratória progressiva e insuficiência cardiorrespiratória.

## Estratégias de prevenção e vigilância

A notificação de 'atendimento antirrábico humano' é indispensável, mesmo quando não há indicação inicial de imunização. A notificação é um instrumento importante para o acompanhamento e encerramento do caso e também para identificar a magnitude da ocorrência de mordeduras. Os dados gerados pela notificação podem subsidiar o planejamento de ações que respondam a esta necessidade em nível local e regional.

A vacinação periódica e rotineira de 80% dos cães (população real estimada) e gatos pode quebrar o elo da cadeia epidemiológica, impedindo que o vírus alcance a população,interrompendo, assim, o ciclo urbano da raiva.

Com relação a morcegos, a ocorrência crescente de casos de raiva humana transmitida por eles faz com que se conheça cada vez mais detalhadamente a raiva dos quirópteros (morcegos): seu comportamento, distribuição e maneiras de controle.

O tratamento profilático de pessoas agredidas previne a ocorrência de novos casos. Assim, o tratamento adequado é de suma importância para a eliminação da raiva humana.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 225/359



Além da profilaxia dispensada a pessoas que sofreram mordeduras, é indicado tratamento profilático de pré-exposição para grupos de alto risco de exposição ao vírus da raiva. Estes grupos são constituídos por pessoas que devido ao trabalho ou lazer sofrem maior exposição a mordeduras, que entre os quais destacamos os veterinários, estudantes de veterinária e zootecnia, treinadores de cães, espeólogos, funcionários de zoológico etc.

A população de animais abandonados nas ruas é significativa. Essa situação aumenta a ocorrência de episódios de mordeduras e vale ressaltar que esses animais se encontram em condições de maior suscetibilidade para contraírem e transmitirem o vírus. Nos serviços de atenção básica, é possível fazer ações de educação sobre a posse responsável dos animais. Em determinadas situações em que o agravo é muito frequente, a Vigilância Ambiental em parceria com outros equipamentos, como UBS, escolas e outras instituições podem promover campanhas de castração para contribuir com a diminuição da população de cães e gatos abandonados.

## 2.17 QUEIMADURAS

Este capítulo tem como objetivo orientar as equipes de atenção primária para a assistência aos pacientes vítimas de queimaduras, abordando de forma prática:

- O diagnóstico da extensão da(s) lesão(ões).
- Primeiros socorros.
- As indicações de encaminhamentos a outros serviços.
- O tratamento adequado.
- Os cuidados com a lesão.
- Orientações para a prevenção de queimaduras.

### Introdução

As queimaduras são traumas que podem ter consequências decisivas para as vítimas. Nenhum outro tipo de trauma desencadeia uma resposta metabólica tão intensa e com tantas repercussões em praticamente todos os órgãos e sistemas. Sua gravidade é determinada principalmente pela extensão da superfície corporal queimada e pela profundidade. Além das repercussões imediatas consequentes às queimaduras, as sequelas físicas e reações emocionais do paciente queimado e de sua família podem permanecer por toda a vida.

Entretanto, recentes avanços no conhecimento da fisiopatologia da resposta metabólica à queimadura, cuidados com as feridas, novas técnicas cirúrgicas e bioengenharia da pele têm demonstrado excelentes resultados na maioria dos pacientes queimados que sobrevivem ao trauma.

Ao receber um paciente com queimadura na UBS é importante ter atenção para o contexto em que a queimadura ocorreu: violência, acidente de trabalho, acidente doméstico, acidente de trânsito etc. Todas essas situações merecem atenção especial da equipe responsável, que além de oferecer os cuidados com a lesão, pode realizar um plano de trabalho considerando as situações desencadeadoras da queimadura.

### O diagnóstico da extensão da(s) lesão(ões)

### Classificação

A profundidade da lesão é dependente da temperatura e duração da energia térmica aplicada à



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 226/359



pele. O contato da pele com o calor, substâncias químicas ou eletricidade resulta na destruição do tecido em graus variáveis.

Para orientar a conduta da equipe de saúde e de outros profissionais de saúde, dois parâmetros devem ser observados: a classificação da lesão e a extensão da queimadura.

Do ponto de vista evolutivo das lesões, as queimaduras são classificadas em:

**Superficial (Primeiro grau)** – atinge apenas a epiderme. O local apresenta hiperemia ou vermelhidão, calor, edema discreto, ardência e ressecamento da pele. Geralmente, aparecem em pessoas que se expuseram demasiadamente ao sol (raios ultravioleta) e/ou ao calor extremo. Quando atinge mais da metade do corpo, torna-se grave.

**Parcial (Segundo grau)** – atinge a derme, podendo ser superficial e profunda, e tem como característica a presença de flictenas ou bolhas com conteúdo líquido ou coloide; apresenta edema que atinge regiões circunvizinhas, apresentando dor intensa por sua relação íntima com vasos e terminações nervosas periféricas, podendo sangrar; a perda de água e eletrólitos pode provocar desidratação. Essa queimadura é geralmente causada por vapor, líquidos e sólidos escaldantes.

**Total (Terceiro grau)** – destrói todas as camadas da pele, atingindo tecidos adjacentes e profundos, originando cicatrização hipertrófica por segunda intenção e pode ser causada por chama direta do fogo. A pele apresenta-se endurecida, de coloração acinzentada ou nacarada, pode ser indolor e não apresentar sangramento.

A extensão da queimadura é outro fator a ser analisado em relação à gravidade: quanto maior a superfície corporal queimada, independentemente da profundidade, maior a intensidade da resposta metabólica e suas complicações. Vários métodos estão disponíveis para determinar a extensão corporal da queimadura (SCQ).

Existem três métodos de avaliação comumente utilizados:

- A "regra dos nove", mais comumente utilizada em adultos (Tabela 3).
- O esquema de Lund e Browder, mais adequado para uso em pediatria (Tabela 4).
- Comparação da SCQ com a região palmar (incluindo os dedos) do paciente, que corresponde a aproximadamente 1% da SCQ.

Tabela 3 – Regra dos nove

| Área | Adulto | Criança |
|---|---|---|
| Cabeça e pescoço | 9% | 18% |
| Menbros Superiores | 9% | 9% |
| Tronco anterior | 18% | 18% |
| Tronco posterior | 18% | 18% |
| Genitais | 1% | - |
| Membros inferiores | 18% | 14% |

Fonte: (LIMA JUNIOR et al., 2009).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Tabela 4 – Tabela de Lund e Browder

| Área % | Idade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 0-1 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | Adulto |
| Cabeça | 19 | 17 | 13 | 11 | 7 |
| Pescoço | 2 | | | | |
| Tronco anterior/posterior | 13 | | | | |
| Braço direito/esquerdo | 4 | | | | |
| Antebraço direito/esquerdo | 3 | | | | |
| Mão direita/esquerda | 2,5 | | | | |
| Nádega direita/esquerda | 2,5 | | | | |
| Genitália | 1 | | | | |
| Coxa direita/esquerda | 5,5 | 6,5 | 9 | 8,5 | 9,5 |
| Perna direita/esquerda | 5 | 5,5 | - | 6 | 7 |
| Pé direito/esquerdo | 3,5 | | | | |

Fonte: Elaborado pelo autor.

## Primeiros socorros

**1) Apagar as chamas:** a vítima que está com as roupas em chamas deve ser enrolada em cobertor e colocada no chão, para eliminar ou diminuir a fonte de oxigênio. Também pode ser utilizada mangueira de água ou imersão em água (piscina, tanques). O uso da água fria minimiza a destruição celular dos tecidos mais profundos. Também nos acidentes com agentes químicos a irrigação com água é importante. Roupas contaminadas por agentes químicos ou saturadas por líquidos aquecidos devem ser removidas.

**2) Permeabilidade das vias respiratórias:** a asfixia pode ocorrer tanto por inalação de fumaça, quanto por lesão térmica das vias aéreas superiores. Realizar a hiperextensão do pescoço e usar a máscara de ventilação com oxigênio, são ações importantes que podem ser realizadas nos serviços de atenção básica enquanto a remoção é acionada. Em casos de agitação e agressividade em pessoas com história de acidentes em ambientes fechados a intubação orotraqueal é indicada.

**3) Alívio da dor:** No geral, não há dor em queimaduras de terceiro grau.

– Água fria: é indicada em queimaduras superficiais, e tem como efeito reduzir a temperatura abaixo do 43°C.

– Cobertura das áreas queimadas: deve ser usado toalha ou lençol de algodão, para absorver exsudato, impedir o contato com o ar (diminuindo a dor) e proteger a ferida de contaminações.

– Com exceção da sulfadiazina de prata 1% (de fácil remoção), outros cremes ou loções não devem ser utilizadas, inclusive para não prejudicar a avaliação da ferida.

– Pode se aplicar toalhas molhadas com soro fisiológico resfriado durante um período de 10 a 15 minutos.

## Remoção Imediata

Com base na análise da SCQ e da profundidade das queimaduras, o paciente pode ser tratado em nível ambulatorial ou hospitalar. Recomenda-se que seja feita a remoção imediata, com encaminhamento adequado dos usuários ao serviço de pronto atendimento ou serviço de referência a pacientes queimados diante das seguintes situações:



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 228/359



- Queimaduras de espessura parcial superior a 20% da superfície do corpo (SC) em adulto ou 10% da SC em criança ou 5% SC em criança menor que 2 anos de idade.
- Queimaduras de terceiro grau em 10% da SC em adulto ou 2% SC em criança de qualquer idade.
- Queimaduras que envolvem face, mãos, pés, genitália, períneo e articulações importantes.
- Queimaduras causadas por eletricidade, inclusive lesão por raio.
- Queimaduras químicas.
- Lesão por inalação.
- Queimadura em pacientes com desordens médicas preexistentes que poderiam complicar os cuidados, prolongar a recuperação ou influenciar a mortalidade.
- Qualquer paciente com queimadura e trauma concomitantes (tais como fraturas etc.).
- Queimaduras em pacientes que requerem intervenção especial social, emocional e/ou longo período de reabilitação.

## Ações da equipe no atendimento ao paciente vítima de queimadura:

As ações indicadas a seguir devem compor o plano de cuidados à vítima de queimaduras. Com exceção da estratificação de risco, que deve ser a primeira ação a ser realizada quando o paciente chega ao serviço, não há uma ordem pré-estabelecida às outras ações. A analgesia, por exemplo, pode ser realizada antes da anamnese. Este roteiro é proposto para ressaltar ações que não podem deixar de ocorrer, como a vacinação antitetânica.

- Realizar estratificação de risco. (ver fluxograma).
- Definir grau e extensão da queimadura.
- Anamnese.
- Exame físico.
- Analgesia.
- Verificação de imunização antitetânica → encaminhar para vacina se necessário.
- Avaliar as características da ferida e realizar os cuidados locais.
- Fornecer orientações e agendar data de retorno.
- Discutir o caso na equipe para continuidade dos cuidados ao indivíduo e à família.

## Atendimento aos pacientes com queimaduras de espessura parcial

Após anamnese, exame físico, comprovação de antitetânica, analgesia, limpeza da superfície queimada e curativo não aderente, esses casos sempre deverão ser encaminhados ao pronto atendimento mais próximo e, quando da contrarreferência, o usuário deverá ser acompanhado pela equipe de saúde para o seguimento do tratamento da ferida, em conjunto com o serviço de referência.

Nesse tipo de queimadura, é esperada a reepitelização a partir dos anexos dérmicos. Nenhum produto tópico, exceto talvez fatores de crescimento utilizados experimentalmente, pode acelerar o processo de cicatrização. Portanto, o primeiro atendimento deve consistir de:

- Limpeza da superfície queimada com clorexidine ou sabonete/sabão.
- Curativo primário não aderente com murim (gaze) ou compressa alva com ácido graxo essencial(AGE); curativo secundário absorvente com chumaços de gaze; curativo terciário com ataduras e/ou talas para conforto.

As bolhas íntegras, quando presentes no primeiro curativo, se o tempo decorrido da queimadura até o atendimento for menor que uma hora, devem ser aspiradas com agulha fina estéril, mantendo-



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

se íntegra a epiderme como uma cobertura biológica à derme queimada, já que a retirada do líquido da flictena remove também os mediadores inflamatórios presentes, minimizando a dor e evitando o aprofundamento da lesão.

Já se o tempo entre a queimadura e o atendimento for maior que uma hora, manter a flictena íntegra. Se a flictena estiver rota, deve-se fazer o debridamento da pele excedente. Após 48 horas, o curativo deve ser trocado com degermação da superfície queimada e curativo fechado com sulfadiazina de prata creme ou, preferencialmente, por coberturas que permaneçam por cinco a sete dias, evitando a troca frequente, para manter o processo de reepitelização. É recomendável que os curativos sejam inspecionados a cada 48 horas para monitorar o processo de cicatrização e o aparecimento de infecção. Antibióticos não estão indicados, exceto se for observada na troca de curativos secreção purulenta, celulite periqueimadura, edema, petéquias e sinais sistêmicos como febre e comprometimento geral.

Em geral, ao final de 21 dias, o processo de reepitelização se completa, permanecendo a área queimada com aspecto hipercrômico, usualmente avermelhado ou róseo, que tende a desaparecer. O acompanhamento ambulatorial deve incluir, nesse momento, uso de cremes hidratantes em grande quantidade, acompanhado de massagem no local, evitar o sol por seis meses e monitoramento durante uma ano para o aparecimento de cicatrizes hipertróficas.

## Atendimento aos paciente com queimaduras de espessura total

Após anamnese, exame físico, comprovação de antitetânica, analgesia, limpeza da superfície queimada e curativo não aderente, esses casos sempre deverão ser encaminhados a um pronto atendimento mais próximo e, quando da contrarreferência, o usuário deverá ser acompanhado pela equipe de saúde para o seguimento do tratamento da ferida, em conjunto com o serviço de referência.

## Prevenção de infecção

Devido à perda do tegumento (barreira física), presença de tecidos necróticos e imunossupressão causada pela lesão térmica o risco de infecção é alto. A infecção ocorre quando os microoganismos colonizantes invadem os tecidos viáveis subjacentes da pele. O uso de antibióticos não estão indicados se não forem observados sinais de infecção.

Sinais e sintomas mais frequentes da infecção da queimadura:

- mudanças na coloração da ferida: marrom-escura, enegrecida e violácea.
- descolamento rápido da escara (necrose seca, crosta).
- coloração hemorrágica do tecido abaixo da escara e edema.
- coloração violácea da área perilesional.
- hipotermia (< 35,5°C).
- hipertermia (> 37,8°C).
- hipotensão (pressão sistólica <90mmHg).
- leucocitose (mais frequente nas infecções por gram-positivos).
- leucopenia (mais frequente nas infecções por gram-negativos).
- oligúria.
- hiperglicemia.
- alteração no estado mental.
- bacteremia secundária.
- aumento da profundidade na queimadura.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 230/359



**Recomendações para prevenir a infecção:**

- lavagem frequente das mãos (profissionais, paciente e familiares).
- técnica estéril ou limpa para troca de curativos.

## Cuidados locais com a ferida

**Objetivos:**

- controlar a infecção.
- remover os tecidos desvitalizados.
- prevenir o acúmulo de secreções.
- prevenir a desidratação e alterações metabólicas.
- não prejudicar o tecido neoformado.
- aliviar a dor.
- aliviar a tensão emocional.
- favorecer que a cicatrização tenha um resultado esteticamente satisfatório para o paciente.
- prevenir sequelas funcionais.

### 1) Limpeza

A limpeza de áreas queimadas extensas admite vários métodos: a hidroterapia de imersão total, banho no leito, banho de aspersão. Nesse caso no geral, o paciente está hospitalizado, e no âmbito da atenção básica, que recebe queimaduras de extensão menor, a limpeza deve ser realizada com jatos de soro fisiológico 0,9%.

- a temperatura da água ou soro deve ser próxima ou igual a da temperatura corporal.
- os jatos de soro devem auxiliar na remoção de resíduos aderentes.
- as bolhas íntegras, quando presentes no primeiro curativo, se o tempo decorrido da queimadura até o atendimento for menor que uma hora, devem ser aspiradas com agulha fina estéril, mantendo-se íntegra a epiderme como uma cobertura biológica à derme queimada, já que a retirada do líquido da flictena remove também os mediadores inflamatórios presentes, minimizando a dor e evitando o aprofundamento da lesão.
- se o tempo entre a queimadura e o atendimento for maior que uma hora, manter a flictena íntegra. Se a flictena estiver rota, deve-se fazer o debridamento da pele excedente.

### 2) Terapêutica tópica

O curativo ou cobertura devem ser selecionados de acordo com as características da lesão, como fase da cicatrização, localização, presença de tecido desvitalizado, extensão, presença de exsudato etc. Ressalta-se a importância da não aderência, tanto para promover o meio úmido ideal, quanto para evitar a dor, e que os tecidos em formação sejam removidos na troca de curativo.

O registro dos cuidados é muito importante, não apenas no primeiro atendimento, quanto no acompanhamento da evolução da ferida[4] a cada troca de curativo e deve conter informações sobre as características da ferida, intensidade da dor e terapêutica selecionada.

A seguir, apresentaremos algumas possibilidades a serem utilizadas em queimaduras:



[4]ver ficha de evolução da ferida em anexo a este capítulo.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

### a) Sulfadiazina de prata 1%

É um tratamento tópico amplamente utilizado.

É bacteriostático. Previne infecção em queimaduras ou impedindo a ação das bactérias já existentes devido à presença de prata na composição.

Pode ocorrer leucopenia após dois a quatro dias do início do tratamento, voltando aos níveis normais após a suspensão da droga.

#### Vantagens

Não promove a resistência bacteriana.

Por ter uma base hidrossolúvel, é facilmente removida.

Baixa toxicidade.

Acessível.

Fácil aplicação.

#### Desvantagens

O curativo deve ser trocado diariamente ou até duas vezes ao dia.

Não atua em tecidos necróticos.

Não tem boa atividade para S*taphilococcus aureus, Eschericia coli, Enterobacter cloacea, Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis, Citrobacter freundii e Pseudomonas ssp.*

Contraindicada para pacientes em hemodiálise.

#### Recomendações para o uso

Após limpeza da ferida, aplicar o creme por toda extensão da lesão (5mm de espessura). Colocar gaze de contato úmida. Cobrir com cobertura secundária estéril.

### b) Hidrofibra

Curativo macio composto por fibras de carboxilmetilcelulose sódica em forma de placa ou fita. Indicado para feridas exsudativas como queimaduras de 2º grau.

#### Vantagens

Por ser altamente absorvente, retém o exsudato em suas fibras, evitando a proliferação de bactérias.

Não extravasa para a pele adjacente.

Não resseca a lesão.

Pode oferecer longa permanência (7 a 14 dias).

#### Desvantagens

Pode apresentar odor forte.

Realiza debridamento com menor intensidade.

#### Recomendações para o uso

Após a limpeza da ferida, aplicar sobre a queimadura de 2º grau, sobrepondo em 5cm a pele



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

perilesional (em outras feridas sobrepor apenas 1cm). Cobrir com curativo secundário. Remover a hidrofibra quando houver vazamento, sangramento excessivo ou sinais clínicos de infecção. De acordo com as recomendações do fabricante, pode-se deixar a hidrofibra por até 14 dias na queimadura de 2° grau. Essa cobertura se solta espontaneamente na medida em que ocorre a reepitelização.

### c) Cobertura não aderente estéril

Tela de acetato de celulose, impregnada com emulsão de petrolatum, solúvel em água, não aderente e transparente.

#### Vantagens

Proporciona a não aderência da ferida.

É permeável ao exsudato.

#### Desvantagens

É contraindicada na presença de infecção local.

### Recomendações para o uso

Após limpeza da ferida, cobrir o leito com a cobertura e cobrir com curativo secundário. Trocar se apresentar aderência à lesão ou se o curativo secundário estiver saturado.

### d) Membranas ou filmes semipermeáveis

Consiste em uma membrana de poliuretano com uma camada adesiva que é permeável ao vapor. Podem ser utilizados em queimaduras de 1° e 2° graus. Causam autólise do tecido necrótico. Pode ser usado como cobertura secundária para outros curativos.

#### Vantagens

Impermeáveis à água e bactérias fornecendo assim uma barreira mecânica; Mantém um ambiente úmido para a ferida.

Permite a visualização da ferida.

Protege e mantém a ferida aquecida.

Não exige um curativo secundário.

A troca pode ser feita entre 3 a 5 dias.

#### Desvantagens

Se não for retirado adequadamente pode lesar a pele.

Não absorve exsudato.

Não adere muito bem na região sacral ou em peles oleosas.

### Recomendações para o uso

Após limpar e secar a ferida com gaze, aplicar o filme transparente sobre a ferida, de forma que a borda seja ultrapassada. Trocar quando perder a transparência, descolar da pele ou se houver sinais de infecção.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 233/359



### e) Hidrogel

É composto principalmente por água, pode estar associado ao alginato de sódio e à carboxilmetilcelulose sódica. A ação baseia-se na hidratação da superfície da ferida. A apresentação mais comum é o gel amorfo em tubo. É indicada para queimaduras que apresentem tecidos desvitalizados: necrose seca (escara) ou úmida (esfacelos).

#### Vantagens

É muito eficaz na hidratação da ferida.

Debridamento autolítico do tecido necrosado.

Estimula a formação do tecido de granulação e epitelização.

Pode ser usado em feridas infectadas.

Pode agir por 3 a 4 dias sem necessidade de troca.

#### Desvantagens

Tem pouca capacidade de absorção.

Podem macerar a pele perilesional.

#### Recomendações para o uso

Após a limpeza da ferida, espalhar o gel apenas sobre o leito da ferida e ocluir com curativo secundário. Trocar a cada 24 horas se a ferida estiver infectada. Pode permanecer por até 72h.

### f) Colágeno com alginato*

Fornece apoio estrutural para o crescimento celular. O alginato promove o meio úmido (ideal para cicatrização) por meio do gel que forma e absorve o exsudato. O colágeno favorece o crescimento interno dos tecidos e vasos sanguíneos.

#### Vantagens

Altamente absorventes.

Conduz à formação do tecido de granulação e epitelização.

Diminui o tempo de cicatrização.

#### Desvantagens

Feridas em que a exsudação é ausente ou em pequena quantidade.

#### Recomendações para o uso

Após a limpeza da ferida, cortar o curativo no tamanho total da ferida, acomodar o curativo no leito da ferida. Umedecer com soro fisiológico quando preciso. Usar curativo secundário. Trocar a cobertura primária entre 2 e 4 dias (avaliar quantidade de exsudato). Trocar o curativo secundário, sempre que este se apresentar saturado.

* O alginato de cálcio em sua apresentação isolada é contraindicado para queimaduras.

#### Cuidados pós-cicatrização

Em geral, ao final de 21 dias, o processo de reepitelização se completa, permanecendo a área



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 234/359



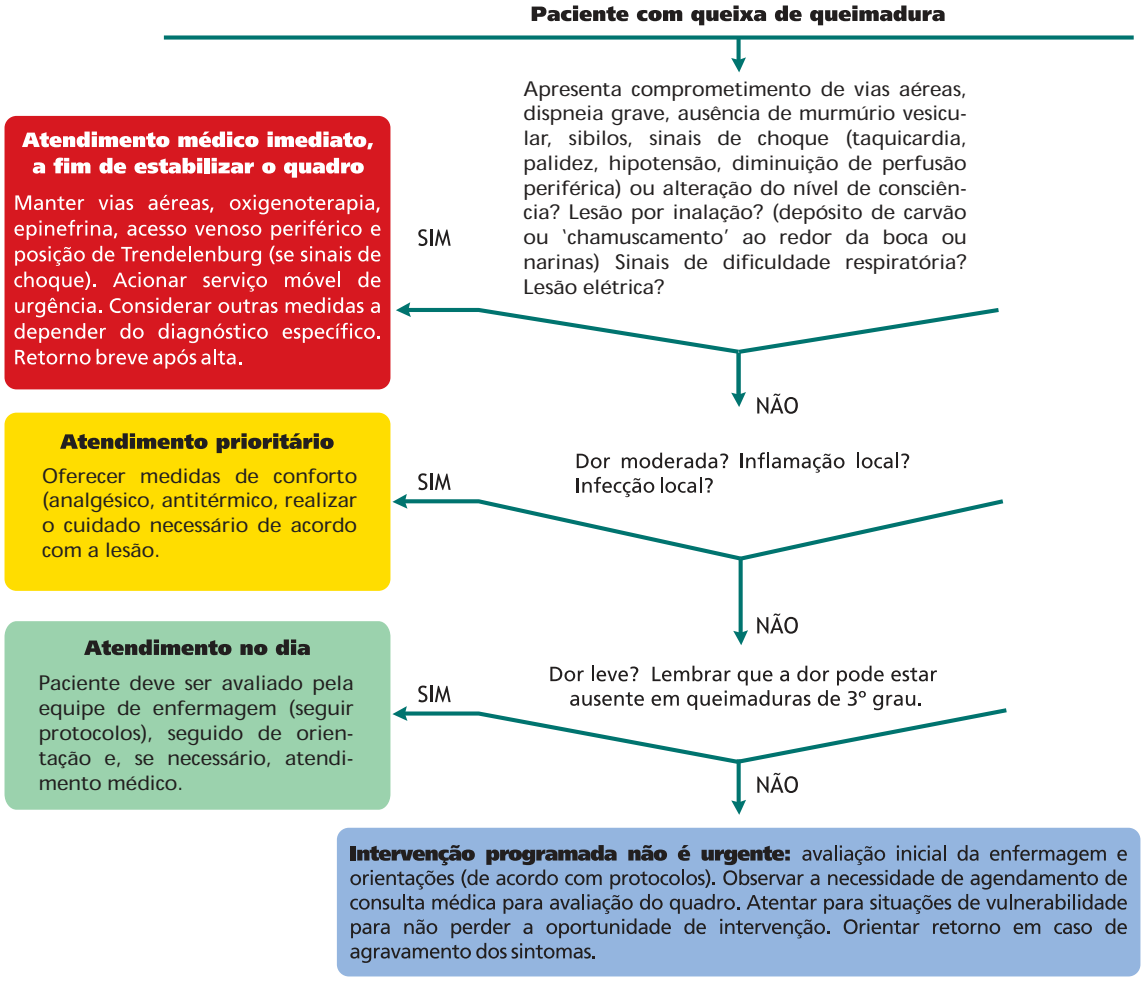
queimada com aspecto hipercrômico, usualmente avermelhado ou róseo, que tende a desaparecer. A destruição das glândulas sudoríparas tende a tornar o epitélio mais seco. O acompanhamento ambulatorial deve incluir, nesse momento, uso de cremes hidratantes em grande quantidade, acompanhado de massagem no local, evitar o sol por seis meses e monitoramento durante um ano para o aparecimento de cicatrizes hipertróficas.

## Orientações para a prevenção de queimaduras

A UBS recebe com frequência pequenas queimaduras, e esta é também uma oportunidade para orientar cuidados importantes para evitar acidentes graves. O tema também pode ser trabalhado em grupos, como de puericultura, diabéticos e sala de espera.

- evitar a presença de crianças na cozinha quando o fogão estiver acesso;
- evitar que o cabo das panelas ou frigideiras esteja no alcance das crianças. não deixar o cabo virado para fora do fogão;
- não permitir que jovens fiquem próximos às churrasqueiras quando o álcool for utilizado como veículo de ignição;
- não fumar na cama;
- não deixar o ferro de passar acessível às crianças.

Figura 38 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes queimados




Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## 2.18 RINOSSINUSITES/SÍNDROMES GRIPAIS

As rinossinusites são afecções das vias aéreas superiores muito comuns, cujo reconhecimento e tratamento adequados desafiam cotidianamente os médicos. Este capítulo visa facilitar a abordagem desse problema, com ênfase nos quadros agudos atendidos com mais frequência nas consultas de demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde.

### Conceitos

Estima-se que adultos tenham dois a cinco episódios de infecção das vias aéreas superiores por ano e que crianças tenham de seis a oito episódios no mesmo período. Geralmente são episódios leves e autolimitados, mas ocasionalmente podem ocorrer complicações.

A maioria dessas infecções se enquadra em uma das três categorias: rinossinusite, faringite e otitemédia. O termo rinossinusite é usado para descrever doenças com sintomas predominantemente nasais (resfriado comum, rinofaringite e sinusite). Na faringite, o sintoma predominante é dor de garganta e, na otite média, é a dor de ouvido.

A rinossinusite (RS) é caracterizada pela inflamação da mucosa do nariz e seios paranasais.

Decorre de processos infecciosos virais, bacterianos e fúngicos e pode estar associada à alergia, polipose nasossinusal e disfunção vasomotora da mucosa.

A incidência de RS na população é difícil de ser determinada porque a maioria das pessoas com resfriado ou gripe não procura assistência médica.

Fatores locais ou sistêmicos (Quadro 53) podem favorecer a ocorrência de RS por diferentes mecanismos, como: obstrução dos óstios sinusais, disfunção do transporte mucociliar e imunodeficiência.

Quadro 53 – Fatores predispodentes de RS

| |
|---|
| Infecções virais das vias aéreas superiores (IVAS). |
| Rinite alérgica. |
| Exposição ao tabaco. |
| Anormalidades anatômicas das VAS. |
| Corpo estranho. |
| Barotrauma. |
| Outros. |

Fonte: (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008).

De acordo com o tempo de evolução dos sintomas e a frequência de seu aparecimento, classifica-se em:

- Rinossinusite aguda (RSA): sintomas com duração de até quatro semanas.
- Rinossinusite subaguda (RSSA): duração maior que quatro e menor que 12 semanas.
- Rinossinusite crônica (RSC): duração maior que 12 semanas.
- Rinossinusite recorrente (RSR): quatro ou mais episódios de RSA no intervalo de um ano, com resolução completa dos sintomas entre eles.
- Rinossinusite crônica com períodos de agudização (RSCA): duração de mais de 12 semanas com sintomas leves e períodos de intensificação.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 236/359



## Rinossinusites agudas

### Apresentação clínica

A rinossinusite aguda (RSA) caracteriza-se por início repentino de dois sintomas, entre os quais obstrução, congestão ou descarga nasal, pressão ou dor facial e comprometimento do olfato (hiposmia ou anosmia).

O resfriado comum é a principal causa de RSA. A etiologia é viral, destacando-se o rinovírus como agente principal, mas também coronavírus, vírus sincicial respiratório e metapneumovírus, entre outros.

O início é súbito, com rinorreia hialina ou mucoide, obstrução nasal, espirros e irritação na garganta. Tosse e febre podem ocorrer. Embora a febre não seja sintoma predominante em crianças nem em adultos, quando ocorre, costuma ser baixa, mas eventualmente pode ser alta, mesmo quando não há infecção bacteriana secundária. O nariz, a orofaringe e as membranas timpânicas podem ficar hiperemiados. Depois dos primeiros dias, é comum a secreção nasal ficar mais espessa e esverdeada, em decorrência da destruição de células epiteliais e de neutrófilos.

Algumas vezes, esse achado é precipitadamente interpretado como infecção bacteriana. Os sintomas do resfriado comum são mais intensos até os primeiros três dias e costumam regredir por volta do sétimo ao décimo dia, podendo persistir tosse por alguns dias.

A infecção bacteriana (rinossinusite bacteriana) deve ser suspeitada quando os sintomas persistem após 10-14 dias, momento em que já se esperaria regressão da clínica em um quadro viral, ou quando os sintomas pioram após o quinto dia de evolução. Tanto em adultos quanto em crianças, os agentes etiológicos mais comuns são o *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. Os micro-organismos *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus beta hemolítico* do grupo A ocorrem em menor incidência.

Não há sintomas específicos que garantam a diferenciação entre etiologia viral e bacteriana nas RS. Porém, nas rinossinusites bacterianas, os dados clínicos mais encontrados são: obstrução nasal, congestão facial, rinorreia mucopurulenta ou purulenta, descarga pós-nasal, pressão edor facial (em peso, não pulsátil e pior com a inclinação da cabeça para frente), dor de dente na região maxilar (dor referida), distúrbios do olfato (hiposmia, anosmia ou cacosmia), tosse seca ou produtiva, entre outros possíveis sintomas (plenitude auricular, irritação faríngea, rouquidão). Ao exame físico, alguns achados podem sugerir infecção bacteriana (Quadro 54), embora também não sejam patognomônicos.

Crianças, em especial lactentes e pré-escolares, têm sintomas menos específicos. Em crianças pequenas, os seios paranasais mais acometidos são os maxilares e os etmoidais. Esses seios estão presentes ao nascimento. Os seios esfenoidais se formam por volta dos 5 anos e os frontais por volta de 7-8 anos. A sinusite de seios frontais é incomum em menores de 10 anos.

Quadro 54 - Sinais sugestivos de rinossinusite bacteriana

| |
|---|
| A infecção bacteriana (rinossinusite bacteriana) deve ser suspeitada quando os sintomas persistem após 10-14 dias, momento em que já se esperaria regressão da clínica em um quadro viral, ou quando os sintomas pioram após o quinto dia de evolução. Tanto em adultos quanto em crianças, os agentes etiológicos mais comuns são o *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. Os micro-organismos *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus beta hemolítico* do grupo A ocorrem em menor incidência . |

Fonte: (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Diagnóstico

A maioria das pessoas com RSA é diagnosticada e tratada nas unidades de saúde de atenção primária. Na prática clínica, mesmo para profissionais experientes, uma das dificuldades mais comuns é a diferenciação entre resfriado (rinossinusite viral), rinite alérgica aguda e rinossisusite bacteriana. Dados clínicos sugestivos de atopia, quadros semelhantes anteriores, história familiar e fatores precipitantes podem ajudar a pensar na etiologia alérgica.

Já na diferenciação entre quadros virais de bacterianos, são dados importantes o tempo de evolução e a gravidade do quadro. O **diagnóstico habitualmente é clínico, sem necessidade de exames complementares.**

Estudos de imagem dos seios não estão indicados, exceto quando se objetiva avaliar a possibilidade de complicações ou quando a pessoa apresenta persistência dos sintomas após o tratamento medicamentoso. Nas situações mais comuns, os achados radiológicos não ajudam a distinguir quadros virais de bacterianos: opacificação dos seios, secreção e espessamento mucoso podem ser observados com ambas etiologias.

Nas RSA, a radiografia de seios da face e a tomografia computadorizada (TC) devem ser solicitadas quando se suspeita de complicações.

São sinais de alerta para complicações das rinossinusites: piora dos sintomas após 72 horas do início do tratamento antibiótico, surgimento de edema periorbitário com ou sem hiperemia, cefaleia intensa com irritabilidade, alterações visuais, sinais de toxemia ou irritação meníngea.

## Tratamento

A desobstrução dos seios paranasais e a erradicação do agente etiológico são os principais objetivos do tratamento das rinossinusites. O resfriado comum (rinossinusite viral) é doença autolimitada e requer apenas tratamento de suporte.

**Antitérmicos e analgésicos** (ex.: paracetamol, dipirona) aliviam a dor e a febre. Não se recomenda a prescrição de anti-inflamatórios não esteroidais (Aine) ou corticoides devido aos efeitos colaterais.

**A ingestão hídrica adequada, inalação de vapor e a lavagem nasal com solução salina são** medidas satisfatórias como tratamento auxiliar da grande maioria das doenças das vias aéreas, sem os riscos potenciais e inconveniências do uso de drogas, além da comodidade e do baixo custo. O risco de queimaduras com inalação de vapor deve ser considerado em crianças pequenas.

**Soluções salinas isotônicas (0,9%)** de uso tópico são seguras e auxiliam na desobstrução nasal. Em lactentes, podem ser usados dispositivos próprios para aspiração nasal, evitando-se repetir essa manobra muitas vezes ao dia para não lesar a mucosa e não causar sangramentos.

**As soluções salinas hipertônicas (até 3%)** aumentam a frequência do batimento ciliar e reduzem o edema da mucosa nasal, favorecendo o transporte mucociliar e diminuindo a obstrução nasal. São úteis na melhora dos sintomas em pacientes com sinusite recorrente. Alguns pacientes têm a sensação de irritação da mucosa nasal com soluções hipertônicas e não toleram o seu uso. A lavagem nasal com solução salina hipertônica traz maior benefício como terapia coadjuvante nas rinossinusopatias alérgicas e em pós-operatórios de cirurgias nasossinusais.

**Descongestionantes tópicos** podem ser usados ocasionalmente em crianças e adultos, porém o uso por mais de três dias deve ser evitado pelo risco de rinite química. Os descongestionantes tópicos devem ser evitados em lactentes pelo risco de intoxicação. Não há evidência de eficácia com o uso de descongestionantes, tanto tópicos como sistêmicos.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 238/359



**Descongestionantes sistêmicos,** por via oral, parecem trazer algum benefício para adultos, mas não têm eficácia comprovada em crianças. Geralmente as apresentações comerciais associam descongestionantes com anti-histamínicos e podem estar associadas a vários efeitos colaterais em crianças. Anti-histamínicos não mostram eficácia no alívio dos sintomas de resfriado em pacientes não atópicos. Embora os sintomas de rinossinusite angustiem os pais ou responsáveis, a melhor maneira de enfrentar essa situação é por meio de orientações adequadas quanto ao caráter autolimitado da doença e quanto à importância da tosse como mecanismo de defesa do trato respiratório.

Descongestionantes sistêmicos também não devem ser utilizados em adultos hipertensos lábeis, com hipertrofia prostática, glaucoma e nos que usam antidepressivos ou inibidores da monoaminoxidase (MAO). Não são adequados aos pacientes que trabalham na operação de máquinas, direção de veículos, pilotagem de aeronaves ou atletas, devido à possibilidade de sedação dessa classe de medicação.

***Corticoides sistêmicos*** podem ser criteriosamente prescritos quando há atopia e edema importante da mucosa nasal. Preferencialmente, não devem ser prescritos por mais de sete dias.

***Corticoides tópicos***, em spray, trazem pequeno benefício comprovado no alívio dos sintomas da RSA. Podem, no entanto, ser recomendados para pacientes atópicos com suspeita de rinite alérgica, para uso crônico.

Os **mucolíticos**, drogas cujo objetivo principal é modificar a consistência das secreções do aparelho respiratório,facilitando seu transporte e eliminação, não parecem trazer vantagens quando comparados à ingestão hídrica adequada e podem ter efeitos colaterais como broncoespasmo. Revisões sistemáticas recentes mostraram que a suplementação de **vitamina C** não traz benefícios para a prevenção ou a redução dos sintomas de rinossinusite.

**Antibióticos** na RS bacteriana são usados com os objetivos de erradicar a bactéria do local da infecção, diminuir a duração dos sintomas, prevenir complicações e evitar que o processo se torne crônico. A escolha do antibiótico é empírica, baseada nos agentes etiológicos mais prováveis em cada situação. Nas RSA, o antibiótico deve ser eficaz contra *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. A idade do paciente, a gravidade dos sinais e sintomas e os fatores de risco para infecções bacterianas resistentes são determinantes da escolha do antibiótico (Quadro 55).

Quadro 55 – Gravidade dos sinais e sintomas na sinusite bacteriana aguda

| Leve a moderada | Grave |
|---|---|
| Rinorreia (em qualquer quantidade) | Rinorreia purulenta |
| Congestão nasal | Congestão nasal |
| Tosse | Dor facial ou cefaleia |
| Cefaleia, dor facial e irritabilidade (variável) | Edema periorbitário (variável) |
| Febre baixa ou ausência de febre | Febre alta (temperatura axilar >= 39oC) |

Fonte: (BROOK, 2007a; 2007b).

Para a maioria das crianças com quadros leves a moderados, sem complicações, a droga de escolha é a amoxicilina, na dose de 45 a 90mg/kg/dia, de oito em oito horas ou 12 em 12 horas. Para crianças com fatores de risco para infecções resistentes como: menores de 2 anos, crianças que frequentam creches ou que receberam antibiótico nos últimos 90 dias, recomenda-se amoxicilina com inibidor de betalactamases (clavulanato ou sulbactam) como droga de primeira linha. Para pacientes alérgicos à penicilina, as opções incluem cefalosporinasde 2ª geração (ex.: cefuroxime axetil, cefprozil), sulfametoxazol-trimetoprima, doxiciclina emacrolídeos (azitromicina, claritromicina). A azitromicina é usada por cinco dias, na posologia de10mg/kg no primeiro dia e 5mg/kg nos outros quatro, em dose única diária. Preferencialmente, os macrolídeos devem ser reservados para pacientes com reação



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

anafilática à penicilina. O uso indiscriminado de macrolídeos pode favorecer o desenvolvimento de resistência antimicrobiana.

Embora sulfametoxazol-trimetoprima e doxiciclina sejam alternativas consideradas para alérgicosa betalactâmicos, essas drogas oferecem cobertura limitada a *S. pneumoniae* e *H. influenzae*. Recomendações para terapia inicial para adultos com doença leve que receberam antibióticos nas últimas quatro a seis semanas ou adultos com doença moderada a grave, independentementede terem ou não usado antibióticos, incluem as seguintes possibilidades: altas doses de amoxilina clavulanato,fluorquinolonas respiratórias (levofloxacina) ou ceftriaxona, na dosagem de 1g/diaIM ou EV por cinco dias.

O tratamento com antibiótico por via oral deve durar até cinco a sete dias após a melhora dos sintomas, o que, em média, corresponde ao total de 10 a 14 dias.

Quadro 56 – Antibióticos para o tratamento da rinossinusite aguda

| Antibióticos | Adultos | Crianças |
|---|---|---|
| Amoxicilina | 1,5 a 4g/dia, 8h/8h ou 12h/12h | 45-90mg/kg/dia |
| Amoxicilina + inibidor de betalactamase | 1,5 a 4g + 250mg/dia, 8h/8h ou 12h/12h | 45-90mg/6,4mg/kg/dia |
| Cefalosporinas de 2ª geração | 500mg-1g/dia, 12h/12h | 15-30mg/kg/dia |
| Macrolídeos (azitromicina) | 500mg/dia, 12h/12h ou 24h/24h | 10-15mg/kg/dia, 1 ou 2x/dia |
| Sulfametaxazol-trimetoprima | 1.600mg + 320mg/dia,12h/12h | 30mg/kg+6mg/kg/dia |
| Ceftriaxone | 1g/dia, cinco dias, 24h/24h | 50mg/kg/dia, cinco dias |
| Levofloxacino | 500mg/dia, 24h/24h | |

Fonte: (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008).

## Complicações

As complicações de sinusite (Quadro 57) são mais frequentes em crianças do que em adultos e são favorecidas pela íntima relação anatômica dos seios paranasais com outras estruturas da cabeça, do pescoço e do tórax. Seu pronto reconhecimento é muito importante, pois podem ser graves e ameaçar a vida. Condições que favorecem os quadros de maior gravidade incluem desnutrição, pobreza e assistência médica inadequada.

As complicações orbitárias são as mais comuns, secundárias ao acometimento do seio etmoidal. Edema palpebral, restrições ao movimento extraocular, proptose, equimose e alterações da acuidade visual podem ser sinais clínicos dessas complicações. Edema e dor da região frontal podem ser sinais de osteomielite secundária ao acometimento do seio frontal.

Quadro 57 – Complicações das rinossinusites orbitárias, intracranianas e ósseas

| Orbitárias | Intracranianas | Ósseas |
|---|---|---|
| Celulite orbitária difusa | Meningite | Osteomielite dos ossos do crânio |
| Abscesso subperósteo | Abscesso sub e extradural | |
| Abscesso orbitário | Abscesso cerebral | |
| | Tromboflebite do seio cavernoso | |

Fonte: (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008).

## Quando encaminhar

Os pacientes com complicações graves devem ser prontamente encaminhados a serviços de urgência ou de referência. Aqueles com complicações leves, com rinossinusite crônica recidivanteou falha clínica terapêutica devem ser encaminhados ao especialista.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Síndrome gripal

Como qualquer infecção por *influenza*, o quadro clínico inicial da doença em questão é caracterizado como uma síndrome gripal (SG), que por sua vez, é definida como *"doença aguda(com duração máxima de cinco dias), apresentando febre (ainda que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta, na ausência de outros diagnósticos"*. Contudo, o profissional de saúde da APS deve estar atento tanto para critérios clínicos quanto epidemiológicos, além de condições sociais, culturais, econômicas e de ocupação, entre outros, para o adequado e oportuno diagnóstico de eventuais complicações do quadro gripal.

## Diagnóstico

## Diagnóstico de síndrome respiratória aguda grave (SRAG)

Todo paciente com quadro gripal deve ser avaliado de modo a descartar síndrome respiratória aguda grave, que é caracterizada pela presença de febre acima de 38°C (mesmo que referida), tosse e dispneia ou saturação de $O_2$ menor que 95% em ar ambiente ou sinais de desconforto respiratório e/ou:

a. Aumento da frequência respiratória (de acordo com idade – ver capítulo sobre dispneia);
b. Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente; e
c. Em crianças, além dos itens acima, observar também os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

O quadro clínico pode ou não ser acompanhado das alterações laboratoriais e radiológicas listadas abaixo:

- **Alterações laboratoriais:** leucocitose, leucopenia ou neutrofilia.
- **Radiografia de tórax:** infiltrado intersticial localizado ou difuso, ou presença de área de condensação.Durante a avaliação inicial, o profissional de saúde deve observar, sobretudo, se existem os seguintes FATORES E GRUPOS DE RISCO que podem estar associados ao agravamento do quadro gripal por *influenza*:

## Fatores de risco

- Imunodepressão: por exemplo, indivíduos transplantados, pacientes com câncer, em tratamento para aids ou em uso de medicação imunossupressora.
- Condições crônicas: por exemplo, hemoglobinopatias, problemas cardiovasculares, pneumopatias, insuficiência hepática, doenças renais crônicas, doenças neurológicas, doenças metabólicas(Diabetes mellitus e obesidade grau III – índice de massa corporal maior ou igual a 40) e doença genética (síndrome de Down).

Grupo de risco – pessoas que apresentem as seguintes condições clínicas:

- Indígenas (população aldeada).
- Idade: inferior a dois ou superior a 60 anos de idade.
- Gestação: independentemente da idade gestacional.

Para o diagnóstico de síndrome aguda respiratória grave ou de síndrome gripal, não é necessária a confirmação laboratorial do agente etiológico, sendo o diagnóstico clínico e, quando indicado, deverá ser solicitado no hospital.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 241/359



## Contato próximo de caso de síndrome respiratória aguda grave

Para a caracterização de contato, inicialmente se toma por referência o momento em que ocorreu a exposição à fonte de infecção, ou seja, ao caso de síndrome respiratória aguda grave. O profissional deve verificar, portanto, se houve exposição durante o período de transmissibilidade da doença.

### Período de transmissibilidade da *influenza*

**Período de transmissibilidade da *influenza***
Adultos: um dia antes até o 7º dia de início dos sintomas.
Crianças (menores de 12 anos): um dia antes até o 14º dia de início dos sintomas.

## Definição de surto de síndrome gripal

Será considerado como surto de síndrome gripal a ocorrência de pelo menos três casos de SG em ambientes fechados/restritos, com intervalo de até sete dias entre as datas de início de sintomas dos casos. Exemplos de ambientes fechados/restritos: asilos e clínicas de repouso, creches, unidades prisionais ou correcionais, população albergada, dormitórios coletivos, bases militares, uma mesma unidade de produção de empresa ou indústria, o mesmo setor de um hospital, entre outros.

Avaliação de gravidade em serviços de Atenção Primária à Saúde e critérios de encaminhamento para hospitais de referência.

A equipe da APS deve organizar o fluxo de atendimento da demanda espontânea a fim de beneficiar a identificação dos casos mais graves, seguindo a lógica da classificação de risco.

A equipe de saúde deve avaliar os casos suspeitos e confirmar ou afastar o diagnóstico de síndrome gripal. Aqueles pacientes com diagnóstico diferencial (como resfriado comum, amigdalites ou outras síndromes infecciosas) devem seguir conduta própria para cada patologia.

Os casos de síndrome gripal devem ser avaliados quanto aos sinais de alerta e se enquadram em grupos de risco ou se possuem qualquer fator de risco que contribua para o agravamento da doença.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 39 – Fluxograma de atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos casos de síndrome gripal




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 243/359



Os indivíduos que apresentem sintomas gripais, inicialmente, devem ser acompanhados pela atenção primária. **Deverão ser encaminhados para o hospital os pacientes que apresentarem um ou mais dos sinais e sintomas abaixo:**

| **Avaliação em adultos** |
|---|
| • Alteração do nível de consciência, sonolência, convulsão ou paralisia. |
| • Frequência respiratória > 30 IRPM. |
| • PA diastólica < 60mmHg ou PA sistólica < 90mmHg. |
| **Avaliação em crianças** |
| • Cianose. |
| • Batimento de asa de nariz. |
| • Taquipneia: dois meses a menor de 1 ano (> 50 IRPM); 1 a 5 anos (> 40 IRPM). |
| • Toxemia. |
| • Tiragem intercostal. |
| • Desidratação/vômitos/inapetência, letargia. |
| • Dificuldade para ingestão de líquidos ou amamentar. |
| • Estado geral comprometido. |
| • Presença de comorbidades/imunodepressão. |

A presença de pelo menos UM dos critérios de sinais de alerta deve orientar o médico para o encaminhamento do paciente ao serviço de urgência.

**A equipe de saúde da APS deve dispensar especial atenção aos casos de síndrome gripal[5] emidosos (> 60 anos), gestantes e crianças cujos cuidados familiares possam ser negligenciados, o que poderá prejudicar a administração de medicamentos e o seu acompanhamento cuidadoso.**

**Além disso, a equipe também deve ficar atenta e acompanhar os casos que retornam de outros serviços de saúde, de acordo com a evolução da doença, mantendo a coordenação do cuidado.**

**Os casos com sintomas graves devem ser encaminhados pelas equipes de saúde das UBS imediatamente para o hospital ou serviço indicado pela SMS/SES mais próximo.**

Desde o momento do acolhimento até o encaminhamento para o hospital de referência, o paciente com síndrome gripal e o profissional de saúde em atendimento devem usar máscara cirúrgica.

## Tratamento e acompanhamento

## Indicações para o uso de antiviral

## Para tratamento

Esse medicamento deve ser iniciado em, no máximo, 48 horas a partir da data de início dos sintomas. Como em toda prescrição terapêutica, atentar para as interações medicamentosas, as contraindicações formais e os efeitos colaterais. Esse medicamento pode ainda induzir resistência dos vírus *influenza* se utilizado de forma indiscriminada.

[5]Veja, no final deste capítulo, o fluxograma resumido dos principais pontos do atendimento dos pacientes com síndrome gripal na Atenção Primária à Saúde (APS).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 244/359



Os pacientes com fatores de risco apresentam indicação para tratamento medicamentoso, a critério médico. Os fatores de risco para o agravamento do caso são os seguintes:

- Gestantes.
- Pacientes com doenças crônicas: pulmonar, cardiovascular, renal, hepática, hematológica.
- Neuromuscular, metabólica (incluindo obesidade mórbida com IMC > 40 e Diabetes mellitus).
- Extremos de idade: pacientes com idade abaixo de 2 anos ou acima de 60 anos.
- Indivíduos menores de 19 anos em uso prolongado de acido acetil salicílico (risco de Síndorme de Reye).
- População indígena.

ATENÇÃO!

Todos os indivíduos que apresentem fatores de risco para complicações de *influenza* requerem – obrigatoriamente – avaliação e monitoramento clínico constante de seu médicoassistente, para indicação ou não de tratamento com oseltamivir; além da adoção de todasas demais medidas terapêuticas. Atenção especial deve ser dado às grávidas, independentemente do período de gestação.

## Dosagem recomendada

A dose recomendada é de 75mg, duas vezes ao dia, por cinco dias, para adultos. Para crianças acima de 1 ano de idade e com menos de 40kg, as doses variam de acordo com o peso, conforme especificação a seguir:

Quadro 58 – Dosagem por peso e frequência diária

| Peso | Dose | Frequência |
|---|---|---|
| Menos de 15kg | 30mg | Duas vezes ao dia |
| De 15 a 23kg | 45mg | Duas vezes ao dia |
| De 23 a 40kg | 60mg | Duas vezes ao dia |
| Acima de 40kg | 75mg | Duas vezes ao dia |

Fonte: Brasil, 2010.

## Quimioprofilaxia

Está absolutamente contraindicado o uso do oseltamivir para quimioprofilaxia para a população em geral. O uso desse medicamento para profilaxia está indicado APENAS nas seguintes situações:

– Os profissionais de laboratório não vacinados que tenham manipulado amostras clínicas sem o uso de EPI (equipamento de proteção individual) ou que utilizaram de maneira inadequada.

– Os trabalhadores de saúde não vacinados que estiveram envolvidos na realização de procedimentos invasivos (geradores de aerossóis) ou manipulação de secreções de pacientes com síndrome gripal sem ouso de EPI ou que o utilizaram de maneira inadequada.

**Dosagem recomendada:** 75mg, uma vez ao dia, por dez dias.

## Informações adicionais

Os pacientes que desenvolvem efeitos colaterais gastrointestinais graves podem reduzir a absorção oral do oseltamivir. Porém, atualmente, não há nenhuma evidência científica para essa situação que



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 245/359



sugira o aumento da dose ou do período de utilização do antiviral. Para os pacientes que vomitam até uma hora após a ingestão do medicamento, pode ser administrada uma dose adicional, conforme esquema acima.

Tão importante quanto o tratamento específico para a doença respiratória aguda grave é a adoção oportuna de todas as medidas de suporte clínico ao paciente, segundo avaliação médica de cada caso, além do uso das medidas não farmacológicas.

**Importante:**

- Se for afastado o diagnóstico de infecção por qualquer vírus *influenza*, deve-se suspender a administração do Oseltamivir.
- Na ficha de notificação, atualizar ou incluir no campo "Informações adicionais" as atualizações sobre a data de início do tratamento com Oseltamivir e as medidas complementares adotadas.

## Tratamento de casos leves e moderados

O tratamento dos casos leves e moderados, que não apresentarem sinais de alerta e nem fatores de risco, deve ser semelhante ao tratamento de qualquer síndrome gripal aguda, tendo atenção para possibilidade de complicação. Logo, devem ser utilizados medicamentos sintomáticos para dor e febre, além de orientar alimentação e de manter a hidratação do paciente, com orientação para aumento da ingestão de líquidos (mais de dois litros ao dia).

Porém, independentemente da gravidade do quadro clínico, para os pacientes com fatores de risco para síndrome respiratória aguda grave e que irão fazer acompanhamento na UBS, recomenda-se o tratamento com oseltamivir de acordo com a avaliação médica.

## Acompanhamento: orientações gerais

É de grande importância que o profissional de saúde ofereça as seguintes orientações durante o atendimento de paciente com síndrome gripal:

### Orientações domiciliares para pacientes e contatos

### Para pessoas com síndrome gripal

- Higienizar as mãos com água e sabonete ou sabão (ou se possível álcool gel 70%) após tossir, espirrar, usar o banheiro e antes das refeições.
- Não compartilhar objetos de uso pessoal e alimentos.
- Permanecer, sempre que possível, em sua residência.
- Ficar em repouso, aumentar a ingestão e líquidos e alimentar-se de forma equilibrada.
- Para familiares, cuidadores e população geral.
- Evitar aglomerações e ambientes fechados (manter os ambientes ventilados).
- Higienizar as mãos frequentemente.
- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca.



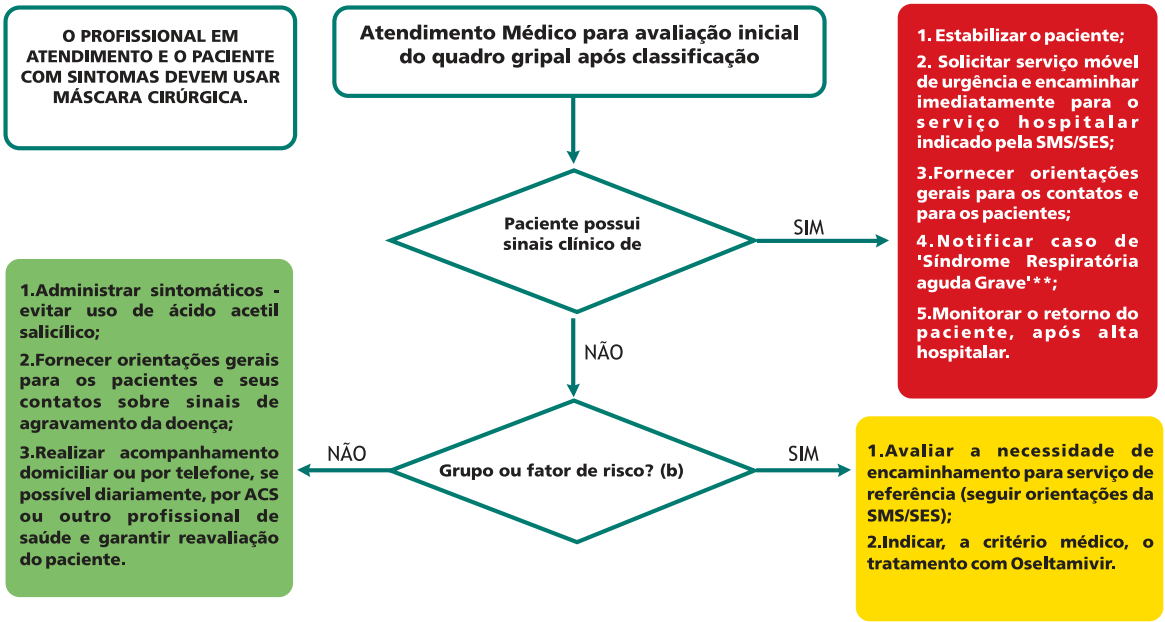
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 246/359



Figura 40 – Resumo dos principais pontos do atendimento do paciente com síndrome gripal na atenção primária




**Sinais clínicos de Alerta (a)**

**Avaliação em adultos**
- Alteração do nível de consciência, sonolência, convulsão ou paralisia
- Frequência respiratória > 30 IRPM
- PA diastólica < 60 mmHg ou PA sistólica < 90 mmHg

**Avaliação em crianças**
- Cianose
- Batimento de asa de nariz
- Taquipnéia: 2 meses a menor de 1 ano (>50 IRPM); 1 a 5 anos (>40 IRPM)
- Toxemia
- Tiragem intercostal
- Desidratação/vômitos/inapetência, letargia
- Dificuldade para ingestão de líquidos ou amamentar

**OSELTAMIVIR**
- Iniciar administração até 48 horas após início dos sintomas.
- **Adultos:** 75mg, 2x/d, por 5 dias
- **crianças:** <15kg 30mg 2x/d por 5 d
  15a 23 kg: 45mg 2x/d por 5 d
  23 a 40 kg: 60mg 2x/d por 5 d

**Orientações aos pacientes, contatos e população em geral:**
1. Higienizar frenquentemente as mãos com água e sabão;
2. Não compartilhar objetos de uso pessoal e alimentos;
3. Evitar aglomerações e ambientes fechados.

**Orientações específicas para os sintomáticos:**
1. Usar máscara;
4. Permanecer sempre que possível em sua residência.

**Grupo de risco (b)** – Pessoas que apresentem as seguintes condições clínicas:

**Imunodepressão:** por exemplo, indivíduos transplantados, pacientes com câncer, em tratamento para Aids ou em uso de medicação imunossupressora;

**Condições crônicas:** por exemplo, hemoglobinopatias, problemas cardiovasculares, pneumopatias, insuficiência hepática, doenças renais crônicas, doenças neurológicas, doenças metabólicas (diabetes mellitus e obesidade grau III (Índice de Massa Corporal maior ou igual a 40) e doença genética (Síndrome de Down); e

**Indígenas** (população aldeada).

**Fatores de risco (b)***

**Idade:** inferior a 2 ou superior a 60 anos de idade; e

**Gestação:** independentemente da idade gestacional.

OBS: * A equipe de saúde da APS deve dispensar especial atenção aos casos de síndrome gripal em idosos (>60 anos), gestantes e crianças cujos cuidados familiares possam ser negligenciados, o que poderá prejudicar a administração de medicamentos e o seu acompanhamento cuidadoso.

Fonte: (BRASIL, 2010).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## 2.19 SANGRAMENTO GENITAL ANORMAL

Este capítulo tem como abordagem principal a assistência aos casos de sangramento genital feminino anormal que podem ser atendidos nas unidades básicas de saúde.

O sangramento genital feminino é considerado anormal quando existe a perda sanguínea via vaginal, fora do período menstrual ou quando a menstruação torna-se duradoura e/ou abundante, o que consequentemente pode levar à anemia aguda e até mesmo ao choque.

### Etiologia

As causas de sangramento genital anormal podem ser divididas em duas categorias: orgânica e disfuncional.

### Sangramento de origem orgânica

Corpo estranho – importante investigar principalmente em crianças que apresentam vulvovaginite e corrimento de odor fétido.

**Trauma** – nesses casos, deve-se suspeitar de abuso sexual.

**Gravidez** – toda mulher em idade reprodutiva que se apresenta com sangramento uterino deve ser avaliada para gravidez.

**Infecções genitais** (cervicite, endometrite e salpingite) – são causas comuns de sangramento genital e, grande parte das vezes, relacionadas com doenças sexualmente transmissíveis.

**Neoplasias** – tumores do trato genital, que podem ser benignos ou malignos, frequentemente se manifestam por meio de sangramento genital anormal. O tumor pode ser originário de qualquer órgão genital, sendo mais comuns os de origem cervical, uterina e ovariana.

**Pólipos cervicais** – podem ser encontrados em aproximadamente 40% das mulheres, principalmentena faixa etária de 30–40 anos de idade. Causam sangramento leve na forma de metrorragia e também, não raro, como sinusiorragia. Facilmente diagnosticados por meio de exame especular.

**Carcinoma cervical** – pode manifestar-se como sinusiorragia, metrorragia discreta, corrimento sanguinolento até franco sangramento. O pico de incidência do carcinoma invasor situa-se entre 48 e 55 anos. Já o carcinoma in situ, entre 25 e 40 anos.

**Leiomioma uterino** – é o tumor pélvico mais frequente em mulheres mais encontrado nas 4a e 5a décadas de vida. É causa comum de hipermenorragia e metrorragia, principalmente os miomas submucosos e intramurais.

**Adenomiose** – doença mais comum em mulheres dos 50 aos 60 anos de idade. Pode causar sangramento devido ao processo inflamatório miometrial e também à falha do mecanismo de hemostasia.

**Câncer de corpo uterino** – câncer do corpo uterino, bem como hiperplasia endometrial atípica, é causa de sangramento uterino anormal (SUA) na pós-menopausa; contudo, 25% dos casos ocorrem durante a idade reprodutiva, manifestando-se como hipermenorreia ou metrorragia.

**Tumores ovarianos** – podem causar sangramento anormal por estímulo hormonal sob o endométrio ou por metástases uterinas. Incidem mais na pós-menopausa.

**Endometriose** – pode determinar sangramento uterino anormal pelo processo inflamatório ao nível do ovário ou pelos implantes cervicovaginais.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 248/359



**Complicações da gravidez** – abortamento, gestação ectópica, sangramento do primeiro trimestre da gravidez e doença trofoblástica gestacional. Muitas vezes podem cursar com sangramento abundante, constituindo uma das principais urgências obstétricas.

**Doenças extragenitais** – as coagulopatias são importante causa de sangramento uterino anormal, além de ser importante diagnóstico diferencial de sangramento genital, principalmente emadolescentes.

**Latrogenia** – o uso de drogas que interferem na coagulação e o dispositivo intrauterino (DIU) também constituem causas de sangramento anormal. Usuárias de DIU podem ainda apresentar complicações como perfuração do endométrio ou endometrite.

## Diagnóstico

No atendimento da demanda espontânea, o diagnóstico deve ser feito prioritariamente por meio da anamnese e exame físico (idade, duração e característica do sangramento, antecedentes menstruais e obstétricos, fatores de risco para neoplasias, DSTs, medicamentos, hisurtismo, galactorreia, tireoidopatia, doenças hepáticas ou renais, Diabetes mellitus, discrasias sanguíneas e anemia).

Se o sangramento uterino for leve ou moderado, não havendo instabilidade hemodinâmica e/ou necessidade de referência para serviços de urgência. Na suspeita de massa ovariana ou vaginal, a ultrassonografia pélvica deve ser o primeiro exame de imagem a ser solicitado, raramente sendo necessárias outras técnicas de imagem mais sofisticadas. A necessidade de maior complementação ditará a necessidade de referência para a atenção especializada.

## Tratamento

O tratamento irá variar com o tipo e a causa do sangramento uterino anormal. Nos casos em que uma doença orgânica é a causa do distúrbio menstrual, essa deverá ser tratada de modo específico.

## Sangramento uterino disfuncional (SUD)

O SUD é um sintoma e não o diagnóstico. É considerado um sangramento uterino anormal provocado por uma disfunção hormonal, sem nenhuma causa orgânica (genital ou extragenital) demonstrável. É um distúrbio frequente que pode ocorrer em qualquer época do período reprodutivo da mulher, mas se concentra principalmente em seus extremos, ou seja, logo após a menarca e no período perimenopausa.

A etiologia é variada, pode ser de natureza ovulatória e anovulatória, e causada por alterações funcionais que ocorrem em nível do eixo hipotálamo-hipófise-ovário e endométrio, embora eventualmente possa representar um estado fisiológico transitório, onde só a observação é necessária.

A abordagem inicial do SUD visa estancar o sangramento e, ao mesmo tempo, realizar o diagnóstico diferencial, afastando causas orgânicas e buscando excluir patologias graves que necessitarão de propedêutica diferenciada.

## O SUD anovulatório

É uma das manifestações clínicas da anovulação crônica, qualquer que seja a sua etiologia, e representa 80% dos casos de hemorragias disfuncionais. O sangramento pode ser leve ou intenso, constante ou intermitente, geralmente não associado a sintomas de tensão pré-menstrual, retenção hídrica ou dismenorreia, embora algumas vezes a paciente relate cólicas devido à passagem de coágulos pelo canal cervical.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 249/359



## Diagnóstico

O diagnóstico é mais fácil na adolescência, tornando-se mais difícil e complexo na idade madura, onde será feito por exclusão das causas orgânicas. Deve-se estar alerta para eventuais distúrbios endócrinos tipo obesidade, magreza excessiva, hirsutismo, hipotireoidismo ou Cushing. A história menstrual informará geralmente uma menarca na época habitual e ciclos subsequentes irregulares no período e duração, o que, por si só, fala da possibilidade de ciclos anovulatórios, pois a ocorrência é comum nessa faixa etária e traduz tão somente a fase de amadurecimento do eixo hipotálamo hipofisário.

A maioria das perdas sanguíneas não é severa e as adolescentes podem ser seguidas sem uma intervenção ativa até que se estabeleçam os ciclos ovulatórios. Entretanto, se o sangramento for prolongado ou severo, deveremos afastar um distúrbio da coagulação. A menarca é, para muitas adolescentes, a primeira oportunidade que elas terão de testar seus mecanismos de coagulação, por isso, patologias como doença de Von Willebrand, deficiência de protrombina, púrpuratrombocitopênica idiopática ou distúrbios que levam à deficiência ou disfunção plaquetária, como leucemias e hiperesplenismo, só serão suspeitadas ou diagnosticadas nesse período.

Devemos indagar sobre o uso de medicamentos que podem interferir na menstruação, especialmente hormônios e drogas tipo sulpirida, metoclopramida, tranquilizantes e outras que atuam no sistema nervoso central, modificando a ação dos neurotransmissores responsáveis pela liberação ou inibição dos hormônios hipotalâmicos que regulam a atividade hipofisária.

## O SUD ovulatório

Cerca de 15% das pacientes com sangramento uterino disfuncional apresentam ciclos ovulatórios. São descritos os seguintes tipos de sangramento:

- Polimenorreia: sangramento que ocorre em intervalos inferiores a 23–24 dias, devido a um encurtamento da fase folicular.
- Sangramento da ovulação (sangramento do meio do ciclo): atribuído à queda brusca dos estrogênios ocorrido por ocasião da rotura folicular. Ocorre com mais frequência no fim da vida reprodutiva. É geralmente escasso e coincide com o período ovulatório, que pode ser identificado pela secreção mucosa, clara, abundante e filante que se apresenta rajada de sangue e eventualmente associada à dor da ovulação. Pacientes em uso de anticoagulantes estão mais sujeitas a esse tipo de sangramento, podendo, às vezes, chegar até a formação de hemoperitôneo.
- Sangramento pré-menstrual: também é mais frequente no fim da vida reprodutiva e associada a uma deficiente produção de progesterona. Deve nos alertar também para a possibilidade de uma endometriose.
- Persistência do corpo lúteo (síndrome de Halban): devido à persistência da função lútea, levando a um atraso menstrual, seguido de perda sanguínea irregular. Não ocorre de maneira cíclica e é confundida frequentemente com gravidez ectópica, pois ocorre um atraso menstrual, seguido de perdas irregulares, dor no baixo ventre e presença de massa anexial representada por um corpo lúteo hemorrágico.
- Endométrio misto ou descamação irregular: é caracterizada por sangramento prolongado e abundante com intervalos regulares.

## Tratamento do sangramento uterino disfuncional

**Sangramentos leves:** sangramentos que não comprometem o estado geral da paciente serão tratados com anti-inflamatórios não esteroides (inibidores da síntese de prostaglandina), que reduzem o fluxo menstrual em 30%–50%.

**Sangramentos moderados e graves:** que ultrapassem 7–10 dias de duração ou com fluxo intenso, comprometendo o hemograma (hemoglobina < 10g/dl) e podendo causar algum grau de



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 250/359



comprometimento do estado geral da paciente, precisarão de tratamento medicamentoso, que poderá ser:

- Estrogênio conjugado por via oral, na dose de 1,5 a 2,5mg/dia, durante 21 dias, associado ao acetato de medroxiprogesterona, na dose de 10mg ao dia nos últimos dez dias – ocorre controle do sangramento em 24–48h.
- Acetato de medroxiprogesterona (AMP), na dose de 10mg ao dia, por 10–12 dias. Não são eficazes como os estrogênios conjugados em parar o sangramento agudo.
- Anticoncepcional oral combinado com 35 microgramas de etinil-estradiol, 1 comprimido via oral, até quatro vezes por dia, por dez dias (Liu & Kessel, 1995) ou até parar o sangramento.

Após o próximo sangramento, que deverá ocorrer, em média, cinco dias após a parada da medicação, reiniciar o mesmo contraceptivo, 1 comprimido ao dia, a partir do primeiro dia do fluxo de supressão, durante 21 dias seguidos de uma pausa de sete dias após a qual novo ciclo será iniciado.

A terapêutica medicamentosa deverá ser mantida por três a seis meses, quando será suspensa para uma reavaliação da paciente.

- É indicada a solicitação de hemograma para verificar anemia desencadeada pela perda sanguínea e prescrição de sulfato ferroso.

Drogas como derivados do Ergot não alteram significativamente a resposta aos esquemas anteriormente sugeridos. Nos casos de sangramento excessivo, o emprego dos anti-inflamatórios não esteroides, especialmente os inibidores da síntese de prostaglandina associados às pílulas, reduzem sensivelmente a perda sanguínea.

### Sangramento com instabilidade hemodinâmica:

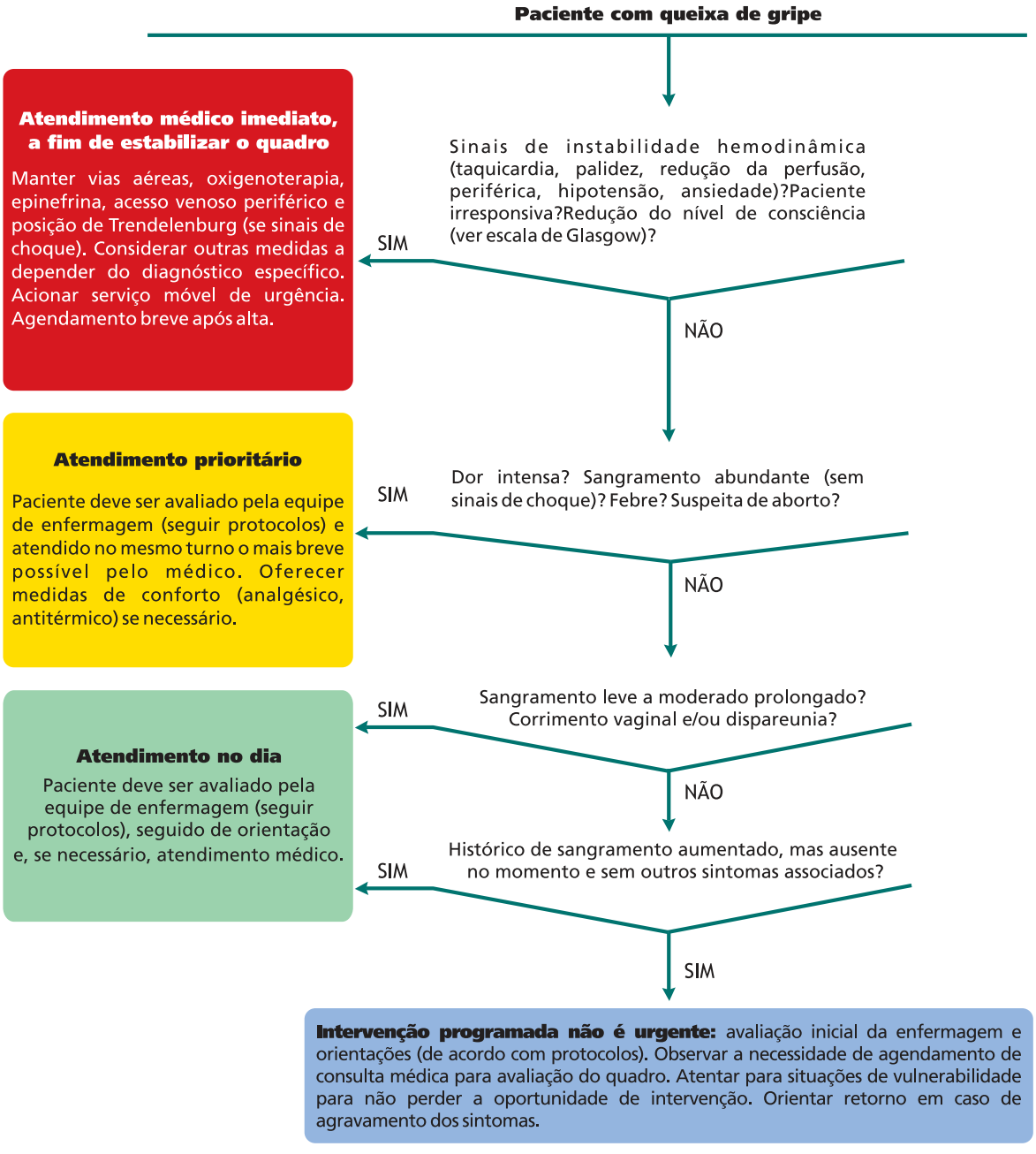
A paciente que apresentar sinais de instabilidade hemodinâmica deverá ser referenciada para um pronto-socorro. A equipe deverá iniciar os procedimentos de estabilização do quadro clínico para reduzir o risco de desfecho fatal.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 41 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabiliadade dos pacientes com sangramento genital




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 252/359



## 2.20 TONTURAS E VERTIGENS

Este capítulo tem como objetivo abordar o manejo da pessoa que vem à unidade básica de saúde com a queixa de tontura aguda, com enfoque para seus diagnósticos diferenciais mais frequentes na atenção primária e respectivos tratamentos.

### Introdução

Tontura é uma das queixas mais comuns na prática clínica e, por meio dela, a pessoa pode estar se referindo a quatro tipos diferentes de sintoma:

- Vertigem.
- Sensação de perda de consciência ou síncope iminente.
- Desequilíbrio.
- Sensação de flutuação ou "vazio na cabeça" (do inglês *light-headedness*).

O subtipo mais prevalente é a vertigem, que contabiliza 54% dos casos de tontura na atenção primária. Desses, 93% têm vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), doença de Ménière ou vestibulopatia periférica aguda (neuronite vestibular ou labirintite). A grande maioria dos indivíduos com vertigem (cerca de 91%) pode ser manejada por seus médicos assistentes na Atenção Primária à Saúde.

O diagnóstico depende fundamentalmente da caracterização, a partir da anamnese e do exame físico, do problema da pessoa em um dos quatro subtipos de tontura descritos acima.

Apenas com a história é possível ser revelado o diagnóstico em, aproximadamente, três de cada quatro pacientes com tal queixa.

### Diagnósticos diferenciais de tontura

### Vertigem

É definida como uma ilusão, ou uma falsa sensação de movimento de si ou do ambiente, decorrente de distúrbio no sistema vestibular, que pode ocorrer no labirinto ou na divisão vestibular do nervo auditivo (distúrbios vestibulares periféricos), ou na via central, afetando os núcleos vestibulares do tronco cerebral e suas inter-relações com outras estruturas cerebrais, como o cerebelo e o córtex cerebral (distúrbios vestibulares centrais).

Na história do paciente é importante diferenciar se ele realmente tem vertigem, a qual geralmente é descrita como uma sensação giratória ou de movimento de tudo o que está dentro do campo visual do indivíduo ou de deslocamento do próprio corpo.

### Diagnóstico

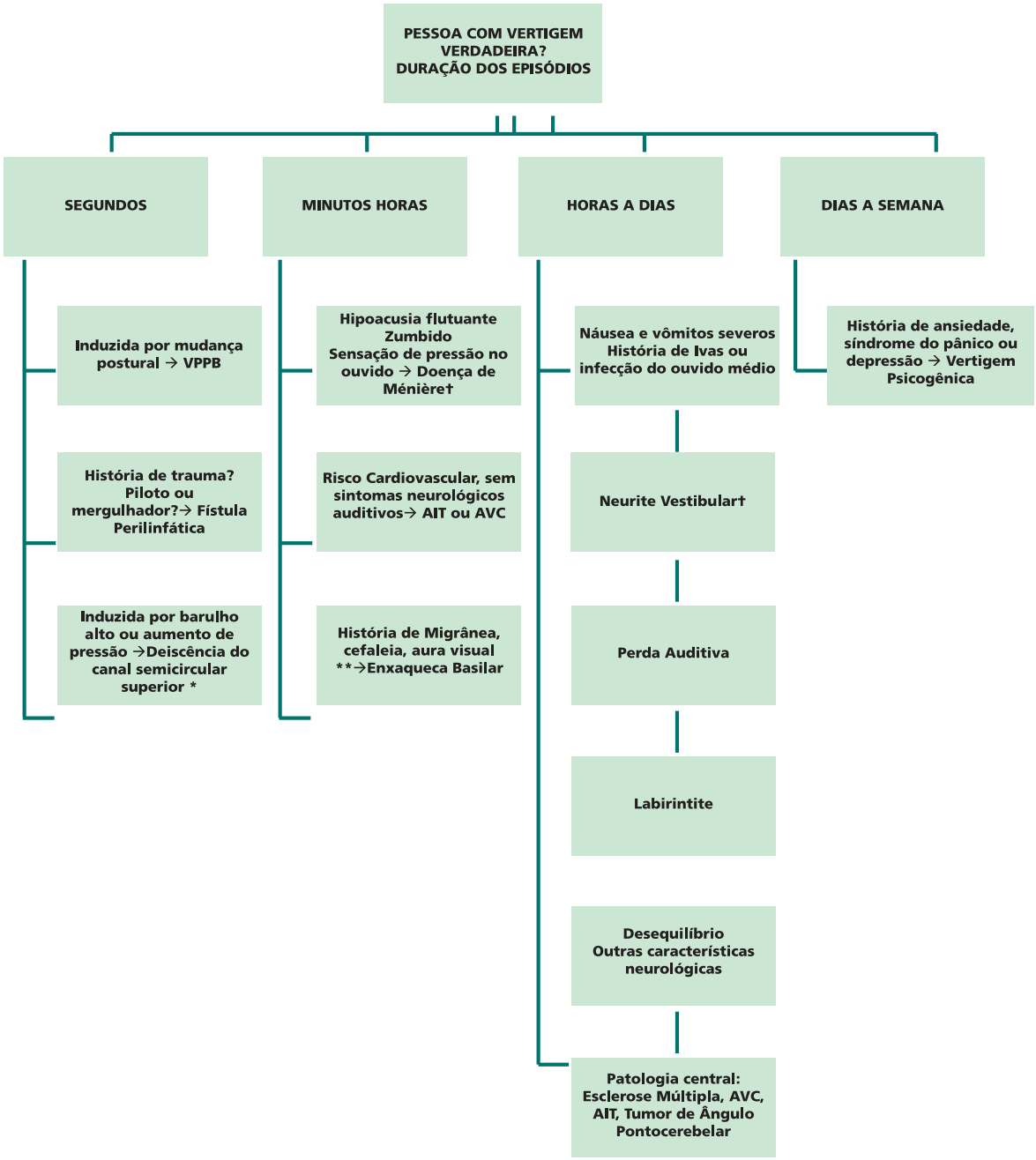
As características do episódio de tontura, como sua duração, início, frequência, gravidade, fatores agravantes e desencadeantes, além de sintomas acompanhantes, devem ser exploradas, a fim de se obter o diagnóstico da causa da vertigem e, principalmente, diferenciar entre origem periférica e central. Pode ser esclarecedor questionar a presença de sintomas auditivos ou neurológicos concomitantes, história recente de infecção do trato respiratório superior ou infecção do ouvido, antecedente de trauma craniano ou cirurgia do ouvido, antecedente familiar de migrânea ou doença de Ménière, além do uso de medicações: aminoglicosídeos, anticonvulsivantes, antidepressivos, antipsicóticos, hipnossedativos, anti-hipertensivos, diuréticos de alça (furosemida) ou drogas (álcool ou cocaína).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 42 – Algoritmo para guiar a história inicial da pessoa com tontura




**LEGENDA:**
* Doença recentemente reconhecida, há somente cerca de 100 casos descritos.
† Nos estágios mais avançados da doença de Ménière e da neurite vestibular a duração de um episódio pode ser reduzida a segundos, mas estes podem ser mais frequentes.
** Cefaleia típica e aura podem estar ausentes.
VPPB = Vertigem Posicional Paroxística Benigna
AIT = Ataque Isquêmico Transitório
AVC = Acidente Vascular Cerebral
Ivas = Infecção de Vias Aéreas Superiores

Fonte: (KUO; PANG; CHANG, 2008).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 254/359



A pessoa com queixa de tontura demanda um minucioso exame neurológico, otológico e cardiovascular. Além da aferição da temperatura e de avaliação de rigidez no pescoço.

O exame neurológico é fundamental na busca de sinais de comprometimento do sistema nervoso central, com especial atenção para o oitavo par de nervos cranianos (que pressupõe a avaliação da acuidade auditiva e do nistagmo) e para sinais de disfunção cerebelar (como disdiadococinesia, dismetria, disartria e ataxia).

O **exame otológico** deve incluir a inspeção do ouvido externo e uma otoscopia cuidadosa, à procura de vesículas do herpes zoster (síndrome de Ramsay Hunt), sinais de otite média aguda ou crônica, ou colesteatoma (afastado na presença de membranas timpânicas normais). O sinal de Hennebert é positivo quando a vertigem ou o nistagmo são reproduzidos ao aplicar-se pressão ao tragus e meato acústico externo, sugerindo a presença de fístula perilinfática.

Ao **exame cardiovascular** deve-se avaliar a presença de alterações na pressão arterial sistólica (diminuição de 20mmHg ou mais) e no pulso (aumento de 10 batimentos por minuto) à mudança ortostática para identificar disfunções autonômicas e também o ritmo cardíaco.

O exame da acuidade auditiva deve ser feito mesmo que o paciente não refira tal queixa. Caso haja hipoacusia, testes para a caracterização de seu tipo (neurossensorial ou condutiva) devem ser realizados, como o teste de Weber e o teste de Rinne.

**Teste de Rinne:** encoste o diapasão na mastoide (condução óssea) e depois o segure ao lado do ouvido (condução aérea).

**Teste de Weber:** encoste o diapasão do vértice da cabeça e pergunte em qual ouvido o som é mais alto.

### Interpretação:

Rinne com condução óssea > condução aérea; Weber positivo para o lado com redução auditiva = perda auditiva por condução.

Rinne Com condução aérea > condução óssea; Weber positivo para o lado com acuidade normal = perda auditiva neurossensorial.

É importante avaliar o **nistagmo**, a fim de diferenciar a causa da vertigem, entre periférica e central (Quadro 59). Para sua avaliação, devem ser examinados os movimentos oculares em todas as direções, cerca de 45° para a direita e para a esquerda. A seguir, deve-se proceder à manobra de Dix-Hallpike, que pode ser o exame mais prestativo a ser realizado na pessoa com vertigem. Tem um valor preditivo positivo de 83% e um valor preditivo negativo de 52% para o diagnóstico de VPPB.

Quadro 59 – Características para distinguir a causa da vertigem entre periférica e central

| Característica | Vertigem periférica | Vertigem central |
|---|---|---|
| Nistagmo | Horizontal, rotatório ou misto, com os batimentos na mesma direção; independentemente da posição do olhar; inibido pela fixação do olhar em algum objeto | Puramente vertical, horizontal ou em torção; não inibido pela fixação dos olhos em objetos; pode durar semanas a meses; pode mudar de direção mediante diferentes posições dos olhos. |
| Instabilidade postural | Consegue andar; instabilidade unidirecional. | Cai enquanto anda; instabilidade severa. |
| Náusea e vômitos | Podem ser severos | Variáveis |

(continua)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

(continuação)

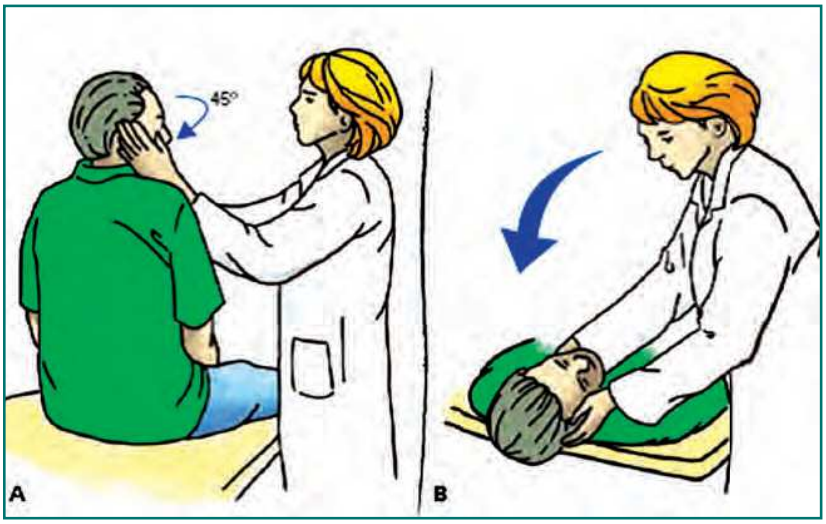
| Característica | Vertigem periférica | Vertigem central |
|---|---|---|
| Hipoacusia, zumbido | Comuns | Raros |
| Achados na manobra de Dix-Hallpike:<br>a) Latência dos sintomas e do nistagmo<br>b) Gravidade da vertigem<br>c) Duração do nistagmo<br>d) Fatigabilidade*<br>e) Habituação† | a) 2 a 40 segundos<br>b) Severa<br>c) Geralmente menor que um minuto<br>d) sim<br>e) sim | a) curta ou ausente<br>b)Geralmente mais de um minuto<br>c) Não<br>d) Não |
| Outros sintomas neurológicos | Ausentes | Geralmente presentes |

Fonte: (KUO; PANG; CHANG, 2008; SWARTZ; LONGWELL, 2005).

*A resposta remite espontaneamente se a posição é mantida.

†Atenuação da resposta se a posição é assumida repetidamente.

Figura 43 – Manobra de Dix-Hallpike




Fonte: (MANOBRA DE DIX-HALLPIKE, [2010]).

Manobra de Dix-Hallpike, usada para diagnosticar VPPB. É importante explicar o procedimento ao paciente e assegurá-lo de que ele poderá se sentir tonto, mas não cairá. O teste consiste em duas manobras: com o paciente sentado na maca, o rosto para frente e os olhos abertos, o médico vira a cabeça do paciente 45° para um lado. O médico apoia a cabeça do paciente enquanto este se deita rapidamente na posição supina, com a cabeça para fora da maca, cerca de 30° abaixo do plano horizontal, mantendo os 45° para o lado. O paciente mantém essa posição por 30 a 60 segundos, enquanto se faz a inspeção por nistagmo e se questiona a presença de vertigem. Se houver nistagmo, note o período de latência, sua magnitude e direção da fase rápida. Enquanto mantiver tal posição, observe se ocorre adaptação do nistagmo ou se ele muda de direção. Então o paciente retorna à posição sentada e é novamente observado por 30 segundos. Aguarde a melhora do paciente e repita o teste, para avaliar fatigabilidade. Após, a manobra deve ser repetida com a cabeça do paciente para o lado oposto. Apositividade do teste se dá pela ocorrência de vertigem e nistagmo após qualquer uma dessas manobras.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 256/359



**Ainda no exame neurológico** deve-se proceder ao teste de Romberg (em pé, com os pés juntos, braços ao lado do corpo, olhos abertos e, após, fechados) e da marcha (cinco passos para frente e cinco para trás, olhos abertos e, após, fechados), além de fundoscopia, na busca de papiloedema, que pode estar presente no neuroma acústico ou em lesões centrais.

Outro teste importante na avaliação da função vestibular é o head impulse test, que detecta hipofunção unilateral do sistema vestibular periférico e diferencia infarto cerebelar (em caso de testenormal) de neurite vestibular aguda. Um sistema vestibular funcionante detecta pequenas mudanças na posição da cabeça e rapidamente ajusta os movimentos oculares para que o centro da visão mantenha o alvo. Em pessoas com vestibulopatia aguda, quando a cabeça é virada em direção ao lado afetado, haverá um atraso no ajuste vestibular. Tal atraso se manifestará com um breve olhar fixo em direção ao lado afetado, seguido de um movimento ocular corretivo de volta para o centro.

## Tratamento

O tratamento medicamentoso é mais efetivo para a vertigem aguda com duração de poucas horas a alguns dias. Tem benefício limitado nos pacientes com VPPB, porque os episódios vertiginosos geralmente duram menos de um minuto. A vertigem que dura muitos dias é sugestiva de lesão vestibular permanente (por exemplo, acidente vascular cerebral) e, nesse caso, as medicações devem ser interrompidas para permitir a compensação cerebral.

Os fármacos mais comumente usados são os anti-histamínicos, os hipnótico-sedativos, os antagonistas dos canais de cálcio e os anticolinérgicos (esses dois últimos têm recomendação por ensaios clínicos randomizados com desfechos substitutos não validados ou estudos de caso controle).

Quando a vertigem aguda é acompanhada de náuseas ou vômitos, devem-se usar antieméticos, como a metoclopramida, o dimenidrato ou a clorpromazina. A via de administração dependerá da intensidade da sintomatologia do paciente. Nas manifestações vertiginosas graves, pode ser necessária a internação hospitalar para estabilização do quadro e reposição hídrica.

Quadro 60 – Tratamento farmacológico para o alívio sintomático agudo das vertigens

| Classe do fármaco | Medicação | Dosagem |
|---|---|---|
| Anti-histamínicos | Prometazina | 12,5-25mg VO, IM ou VR, cada 4 - 12h |
| Benzodiazepínicos | Diazepam | 2-10mg VO ou IV, cada 4-8h |
| | Clonazepam | 2-6mg/dia VO |
| Antieméticos | Dimenidrato | 50mg, 2-4x/dia VO, IM ou IV |
| | Metoclopramida | 10-20mg, VO, cada 6h ou 10-20mg IV lento, cada 6-8h |
| | Clorpromazina | 10-25mg, 4-6 x/dia VO ou 25mg IM se vômitos e a cada 4h se necessário |

Fonte: (SWARTZ; LONGWELL, 2005).

VO = via oral; IM = intramuscular; VR = via retal; IV = intravenoso

Deve-se avisar ao paciente que essas medicações podem causar sonolência, diminuir a concentração e a atenção, além de aumentarem os efeitos colaterais do álcool e de outras substâncias depressoras do sistema nervoso central (SNC). Os idosos têm um risco particular de efeitos colaterais ao uso das medicações supressoras vestibulares (por exemplo, sedação, risco aumentado de quedas, retenção urinária) e também são mais susceptíveis a interações medicamentosas. Para essas pessoas, deve-se evitar o uso de anticolinérgicos ou depressores do SNC (diazepam, dimenidrato) pelo risco de causarem quadros confusionais.

Nos quadros recorrentes de vertigem, o tratamento deve objetivar a compensação central. As medicações supressoras vestibulares (anti-histamínicos ou benzodiazepínicos) devem ser diminuídas



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

gradativamente assim que possível porque podem retardar esse processo. A compensação pode ocorrer naturalmente, especialmente em pessoas jovens, mas pode ser acelerada por exercícios de reabilitação vestibular. Um estudo na atenção primária encontrou que duas sessões de 30 minutos triplicaram o número de pacientes com melhora. A reabilitação pode ser apoiada pelos profissionais do NASF.

## Encaminhamento ao pronto-socorro

O médico assistente deverá encaminhar para o pronto-socorro o paciente com queixa de tontura de início súbito, acompanhada de sintomas neurológicos ou que sugerir a presença de isquemia vascular, ou quando as manifestações vertiginosas são muito graves e necessitam de medicação hospitalar para estabilização do quadro.

## Acompanhamento

No acompanhamento, o médico assistente deverá direcionar o tratamento da vertigem de acordo com sua causa específica.

Devem ser encaminhados para o serviço de atenção secundária os pacientes com vertigem:

- De início muito repentino, persistente e não desencadeada por mudança de posição.
- Associada com cefaleia occipital nova.
- Associada com surdez sem história típica de doença de Ménière.
- Aguda e com head impulse test normal.
- Associada a sinais de comprometimento do sistema neurológico central.

## Sensação de síncope iminente

Neste subtipo de "tontura", a pessoa costuma relatar uma sensação de iminente perda de consciência ou desfalecimento.

Na história devem ser questionadas as características e circunstâncias do episódio, quando foi a última ingestão alimentar, medicação atual em uso, história de doença cardiovascular ou dor no peito, episódios anteriores de síncope ou crises epilépticas, antecedente pessoal de doença psiquiátrica, antecedente familiar de síncopes não explicáveis ou morte.

A **hipotensão** é responsável por dois terços dos episódios. Geralmente, deve-se a anti-hipertensivos e/ou vasodilatadores, hipovolemia, estase venosa, distúrbios autonômicos, micções ou outras formas de reproduzir a manobra de Valsalva.

O controle do sintoma deve ser feito mediante a adequação da medicação anti-hipertensiva ou vasodilatadora, quando for o caso, o uso de meias elásticas e a mudança lenta do decúbito para a posição ortostática.

As **reações vasovagais** são comuns e podem estar associadas à ansiedade, fadiga ou dor.

Entre as causas cardíacas de pré-síncope ou síncope, as arritmias cardíacas são frequentes, mas também podem ser listadas como causas a angina e a estenose aórtica. A história do episódio pode colaborar na identificação de sua provável causa, mas pacientes com eventos sem provável explicação, mas com risco para arritmias (por exemplo, idosos com doença cardíaca conhecida, em uso de digoxina, antidepressivos tricíclicos ou neurolépticos), merecem uma avaliação cardíaca pormenorizada e, se necessário, encaminhamento posterior ao cardiologista.

Os **distúrbios metabólicos** como a hipoglicemia também podem causar sensação iminente de síncope e é acompanhada de sudorese, confusão transitória, taquicardia, tremor, entre outros



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

sintomas. Outra possível causa é a hipóxia, que pode ser observada, por exemplo, no paciente com enfisema após esforço físico.

**Alterações emocionais** podem ser responsáveis pela síndrome da hiperventilação. Nesse caso, a tontura geralmente se associa à dormência nas pernas, sudorese e ansiedade. Deve-se tranquilizar o paciente explicando a fisiopatologia da tontura.

### Desequilíbrio

Pode refletir duas categorias de doença neurológica: distúrbios cerebelares e déficits sensoriais múltiplos.

A **ataxia cerebelar** pode ser consequência de uma doença primária do cerebelo, por exemplo, a degeneração cerebelar, ou de um tumor no cerebelo ou próximo a ele, como no ângulo ponto cerebelar. O exame neurológico usualmente revela tal patologia e o paciente deve ser encaminhado.

O **déficit sensorial múltiplo** reflete múltiplas anormalidades nos vários sistemas sensoriais proprioceptivos. O paciente típico é o idoso, com algum distúrbio visual, por exemplo, catarata, um distúrbio auditivo devido à presbiacusia e neuropatia periférica secundária a diabetes e/ou uso de álcool. Tipicamente a tontura ocorre à noite, quando o ambiente está com pouca luz. Ocasionalmente esse paciente pode cair.

O tratamento dessa situação bastante comum se faz pelo tratamento individual de todas as anormalidades que possam ser corrigidas. Os pacientes devem ser orientados quanto à prevenção de quedas, incluindo a visita domiciliar para conhecer o ambiente, orientada a família para possíveis adaptações. **Não** devem ser tratados com medicações que possam sedá-los, como as usadas no tratamento das vertigens.

Quando dura poucos segundos, o desequilíbrio indica uma sobrecarga fisiológica do sistema vestibular ou central. Ocorre mais frequentemente em movimentos rápidos, associados a uma inadequação do sistema proprioceptivo ou labiríntico. Pode estar presente nos jovens em recuperação tardia de uma lesão craniana e em idosos após ficar muito tempo em pé ou virar-se rapidamente.

### *Light-headedness*

Este subtipo se caracteriza por uma queixa maldefinida de vazio na cabeça, sensação de desfalecimento ou flutuação, ou medo de cair. Tendem a ser descritas como contínuas e geralmente não apresentam características vertiginosas. Ocorrem com maior frequência em pessoas com transtorno de ansiedade, incluindo ataques de pânico e agorafobia, transtornos somatoformes e depressão. Portanto, deve-se tratar a doença mental de base, para que haja a remissão desse sintoma.

## 2.21 URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Este capítulo tem como objetivo abordar a assistência às urgências em saúde bucal sob o ponto de vista das situações mais frequentes no cotidiano da atenção básica em nosso país. O atendimento às urgências odontológicas na atenção básica está amparado pela Política Nacional de Saúde Bucal, que prevê o acolhimento dos usuários em situação de urgência odontológica e refere que cada localidade deverá organizar os serviços de saúde bucal conforme a sua realidade e avaliação da situação de risco e de vulnerabilidade. Para análise de vulnerabilidade, deve-se observar o modo de vida das pessoas, o acesso dessas pessoas à informação e a capacidade de incorporá-la ao cotidiano, transformando seu



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

estilo de vida, por meio da aquisição de novos hábitos como práticas de prevenção. Porém, analisar vulnerabilidade significa trabalhar com subjetividade, e, para isto, não há um método estabelecido. É possível, sim, que se faça a identificação de potencialidades, com o conhecimento de quais os espaços, os interlocutores e os processos que mais beneficiam os usuários, para o compartilhamento de saberes e a construção solidária de respostas. É preciso também que haja, para se trabalhar com maior atenção na identificação de vulnerabilidade, a articulação de redes e setores, a consolidação de respostas por meio de recursos intersetoriais, e o planejamento em equipe das ações a serem realizadas sobre cada caso em particular.

Após a avaliação de risco e de vulnerabilidades, o primeiro atendimento do usuário exigirá mais que um interrogatório centrado no procedimento, deverá ser realizado a partir de um diálogo, com momentos de fala e de escuta qualificada. Tal conduta é pouco perceptível na prática odontológica, onde o diálogo geralmente se restringe a dados anamnésicos. A anamnese direciona o exame clínico e permite a escolha da melhor terapêutica para cada caso, além de auxiliar na tomada de decisão, mas se torna ainda mais rica e repleta de detalhes quando realizada baseada no diálogo.

Sob a perspectiva dos cuidados em saúde bucal, observa-se que, na maioria das vezes, as situações de dor ou sofrimento não implicam risco de vida, exceto infecções orofaciais disseminadas, que, se não tratadas corretamente e a tempo, podem evoluir para uma condição de risco de vida por obstrução das vias aéreas superiores ou por septicemia – e hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de traumas, decorrentes de cirurgias. Independentemente do tipo da urgência, todas necessitam de condutas prioritárias para avaliar os sintomas dolorosos agudos e restabelecer a função prejudicada pela situação de urgência. Essas condutas tem ainda um maior significado quando realizadas pelos diversos profissionais da equipe. Isso enriquece não somente a conclusão diagnóstica e a conduta terapêutica, como também o saber dos profissionais envolvidos e o bem-estar e a autonomia do usuário.

A maioria das urgências odontológicas envolve casos de infecções agudas com origem endodôntica ou periodontal. Sabe-se que a dor de origem dental é um significativo preditor de utilização dos serviços. Existem, ainda, as urgências decorrentes do comprometimento da função mastigatória, de traumatismos dentários e afecções agudas da mucosa bucal. Geralmente, o tratamento dessas situações consiste na remoção da causa, quando possível, ou em medidas paliativas, que visam o alívio dos sintomas. É importante destacar que esse conjunto de orientações não pretende esgotar um tema tão amplo, mas subsidiar os profissionais que estão na atenção básica para o atendimento imediato a situações de urgência, visando à diminuição do sofrimento e desconforto do usuário. A seguir serão abordadas as principais situações de urgências odontológicas que acometem os usuários que procuram os serviços de saúde bucal na atenção básica.

## Dores dentinopulpares

### Cárie

Quando a lesão cariosa for muito profunda, a queixa do usuário será sensibilidade ao frio, doce e pressão cavitária. Será sempre uma dor provocada, NUNCA ESPONTÂNEA, e cessa com a remoção do agente agressor.

**Tratamento:** remoção de tecido cariado e selamento com material biocompatível (cimento de ionômero de vidro ou óxido de zinco e eugenol). A prescrição analgésica é facultativa (o uso de Aines, em dose analgésica, poderá ser recomendada).

### Pulpite reversível (hiperemia)

Dor provocada que permanece ainda por um tempo após a suspensão da irritação.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 260/359



Tratamento: remoção de tecido cariado, selando-se a cavidade com material biocompatível (cimento de ionômero de vidro ou óxido de zinco e eugenol); pode também ser feito um capeamento prévio com preparação à base de hidróxido de cálcio antes de selar a cavidade. A prescrição analgésica é facultativa (o uso de Aines, em dose análgésica, poderá ser recomendada, caso o diagnóstico exclua foco infeccioso bucodental subjacente). Marcar o retorno do usuário para continuidade do tratamento.

## Pulpite irreversível

Dor muito intensa, contínua e espontânea que aumenta em decúbito; dor difusa e, às vezes, referida; dente vital e sensível a testes térmicos.

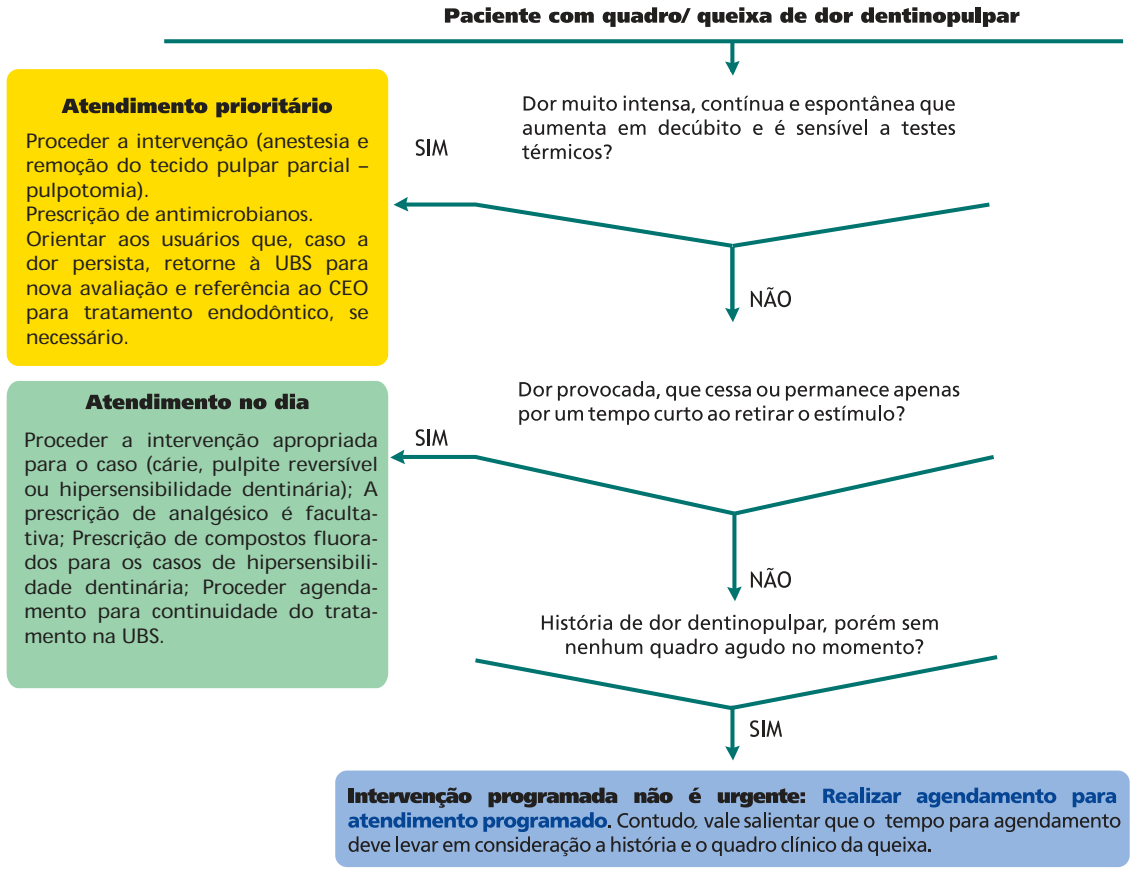
**Tratamento:** anestesia e remoção do tecido pulpar (se remoção total, chama-se pulpectomia, se apenas polpa coronária, pulpotomia) com o uso de antimicrobianos.

## Hipersensibilidade dentinária

Dor iniciada no colo dentário, causada por exposição dentinária ao meio bucal; ao exame clínico, o dente responde aos testes de sensibilidade e não apresenta lesão cariosa nem fissura; dor aguda, breve, lancinante, que cessa quando o estímulo (o qual pode ser mecânico, químico ou térmico) é suspenso.

**Tratamento:** essencialmente etiológico, com supressão dos estímulos dolorosos e mudança nos hábitos dos pacientes (por exemplo: modificações na escovação traumática ou dieta); adicionalmente, pode ser feita prescrição de agentes químicos (compostos fluorados) para selamento dos canalículos dentinários.

Figura 44 – Fluxograma que aborda o atendimento com classificação de risco/vulnerabiliadade do paciente com queixa de dor dentinopulpar




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 261/359



## Dores Periapicais

### Pericementite apical aguda simples

Dor espontânea e contínua, de intensidade leve a severa; sensibilidade à PERCUSSÃO; TESTES DE SENSIBILIDADE TÊM RESPOSTA NEGATIVA.

**Tratamento:** se for relatado durante a anamnese que o usuário iniciou tratamento endodôntico, sem preparo químico mecânico (PQM), será necessário realizar penetração desinfectante, irrigação abundante e selamento com tricresolformalina ou formocresol; com PQM iniciado, irrigação e curativo com hidróxido de cálcio; em ambos os casos, mantém-se o dente em infraoclusão; poderá ser prescrito analgésico, mas é contraindicado o uso de anti-inflamatório.

### Pericementite apical aguda supurada

Consiste na evolução da pericementite apical aguda simples; aumento dos sinais anteriormente descritos; observa-se leve mobilidade, extrusão dentária e tumefação dolorosa à palpação apical.

**Tratamento:** drenagem via canal; caso a drenagem não seja efetiva, colocar o dente em infraoclusão e deixar aberto por 24 horas; prescrição de antibióticos e analgésicos.

### Pericementite apical aguda traumática

Trata-se de uma pericementite apical aguda de origem traumática; não há infecção relacionada; o trauma pode ser decorrente de uma sobreinstrumentação, movimentação ortodôntica, restauração em contato prematuro; se excluída infecção como causa, coloca-se o dente em infraoclusão, prescrevendo anti-inflamatório e analgésico.

### Abscesso periapical agudo

Processo inflamatório agudo, caracterizado pela formação de pus, que afeta os tecidos, envolvendo a região apical; tem evolução rápida e causa dor violenta, especialmente, quando a coleção de pus não foi exteriorizada. Pode desenvolver-se como sequencia de uma pericementiteapical aguda, granuloma dental ou abscesso apical crônico. Dor referida como pulsátil, sensação de pressão na área, sensação de dente crescido, podendo estar presente tumefação no fundo do vestíbulo e mobilidade dental; sensibilidade extrema à percussão e palpação.

**Tratamento:** drenagem via canal ou ligamento periodontal. Uso de analgésico recomendado e antibioticoterapia quando houver edema associado; na presença de tumefação inicial, pode-se aplicar calor local (ex.: bochechos com água morna e um pouco de sal, que atuam contra microrganismos pela mudança na pressão osmótica). Evita-se assim drenagem pela pele, a qual pode resultar em cicatriz. Para estabelecer drenagem por incisão, o paciente deve estar sob ação de antibiótico antes da intervenção; o fármaco deve ser administrado pelo menos uma hora antes da operação.

### Abscesso fênix

Quando ocorre a agudização de um abscesso periapical crônico ou um granuloma, tem-se o chamado abscesso fênix; observam-se os mesmos sinais da pericementite aguda supurada.

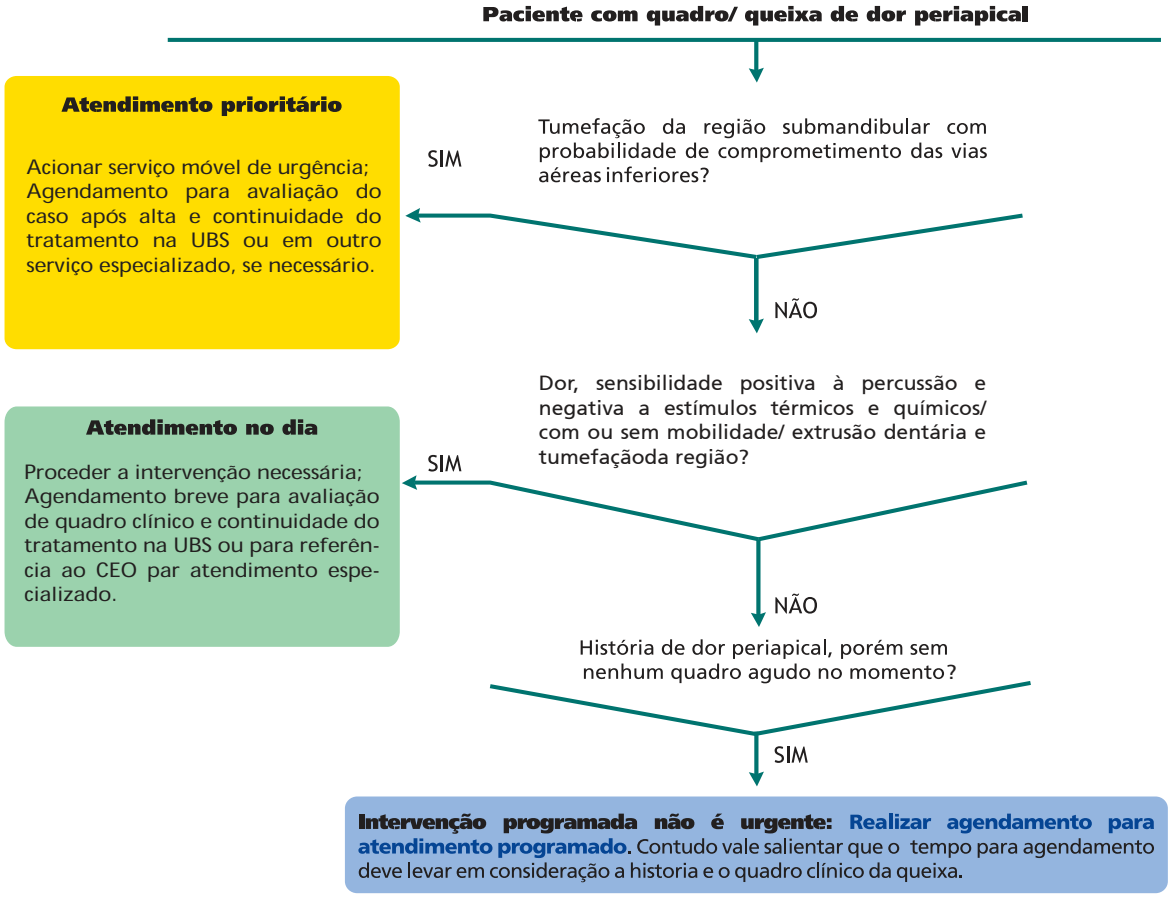
**Tratamento:** proceder conforme abscesso periapical agudo. Se necessária drenagem da tumefação flutuante submucosa, realizar incisão, sob anestesia local, com retorno do paciente após 48 horas para reavaliação.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 45 – Fluxograma que aborda o atendimento com classificação de risco/vulnerabiliadade do paciente com queixa de dor periapical




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## Dores periodontais

### Abscesso periodontal

Decorre da evolução de uma bolsa periodontal, lesão endopério ou complicação de fratura ou fissura radicular; se há drenagem espontânea, a sintomatologia é insignificante, caso contrário, o paciente pode relatar dor pulsátil e localizada. Testes de vitalidade pulpar são positivos quando as situações não envolverem lesão endopério.

Tratamento: introdução de uma sonda milimetrada na bolsa periodontal e realização de movimentos pendulares para permitir a drenagem do pus; se houver zona de flutuação, está indicada drenagem cirúrgica por meio de incisão da mucosa; prescrição de antimicrobianos para o caso de envolvimento sistêmico e analgésico (obrigatório).

### Doença periodontal necrosante: gun e pun

A anamese revela fortes dores irradiadas, linfadenopatia satélites, gengiva avermelhada recoberta por uma camada cinzenta, destruição das papilas com aspecto crateriforme.

**Tratamento:** limpeza das lesões com água oxigenada a dez volumes ou clorexidina (solução a 0,12%), complementada por uma prescrição antimicrobiana de amplo espectro, analgésicos e bochechos com clorexidina.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Pericoronarite

Em fase inicial (aguda congestiva), observa-se mucosa eritematosa, edemaciada, recobrindo parcialmente a coroa; na fase aguda supurada da infecção observa-se dor forte, otalgias, disfagia e trismo; pode haver febre; na fase crônica, podem ocorrer linfadenopatia indolor e supuração.

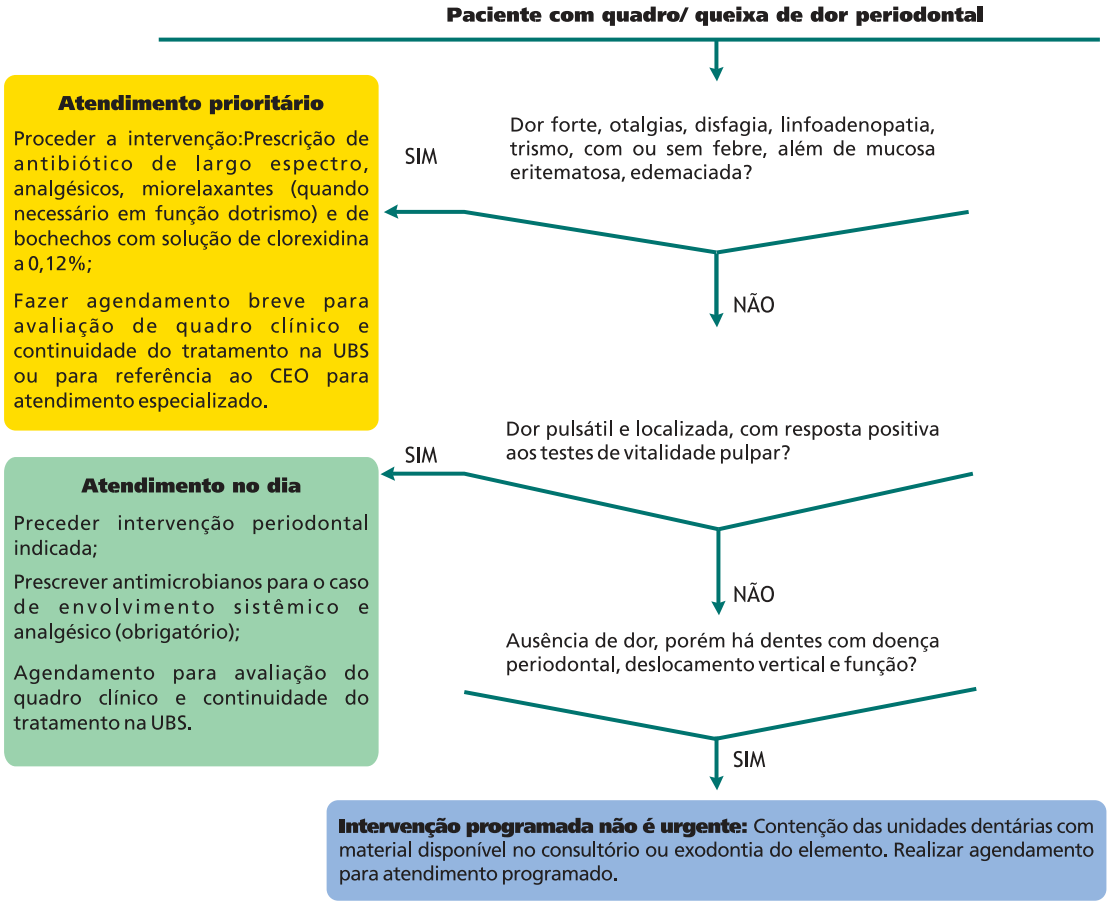
**Tratamento:** na primeira fase, consiste em analgesia e bochechos antissépticos (clorexidina a 0,12%); na segunda e terceira fases: antibiótico de largo espectro, analgésicos, miorrelaxantes (quando necessário em função do trismo) e, igualmente, bochechos com solução de clorexidina a 0,12%.

## Mobilidade grau IV

São os casos de dentes comprometidos periodontalmente, com deslocamento vertical e função alterada. Muitas vezes, apresenta componente estético importante para o paciente.

**Tratamento:** o protético é o mais indicado, no entanto, faz-se necessária uma solução imediata; existem diversas manobras de urgência, desde contenção com material disponível no consultório, até exodontia do elemento e confecção de uma prótese adesiva com ele; o profissional deve adotar a medida, observando os recursos disponíveis; resguarda-se, assim, o paciente quanto a uma perda espontânea do elemento dentário.

Figura 46 – Fluxograma que aborda o atendimento com classificação/vulnerabiliadade de risco do paciente com queixa de dor periodontal




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 264/359



## Urgências Traumáticas

Lesões dentárias estão frequentemente associadas a lesões de outras estruturas da face como um todo. Para o tratamento dessas situações, o profissional deve estar atento à natureza e extensão do trauma. Isso é realizado por meio de um exame sistemático do paciente, incluindo a história do trauma (como, quando e onde ocorreu), as condições clínicas locais, além de se obterem informações sobre possíveis complicações sistêmicas que possam influenciar o tratamento. O uso de radiografias como diagnóstico complementar, muitas vezes, faz-se indispensável. Contudo, considerando-se que em muitos locais esse aparato é indisponível, recomenda-se a utilização de elementos como idade do paciente (a qual permite avaliar o grau de rizogênese, por exemplo) e quadro clínico para adoção da conduta terapêutica de urgência mais adequada. Ao exame clínico, deve-se estar atento para sinais vitais e qualquer perda de consciência, náusea, vômitos, dores de cabeça ou distúrbios da visão que possam indicar traumatismo craniano. É igualmente importante verificar a atualização da vacina antitetânica. Quanto à palpação realizada no exame extrabucal, é fundamental orientá-la para detectar mobilidade anormal, degrau ósseo ou pontos dolorosos.

O exame intrabucal inspeciona toda a cavidade em busca de lesões; inclui mucosa de revestimento dos lábios, língua, gengivas, bochechas, palato duro e véu palatino; a inspeção dos elementos dentários busca todos os sinais de traumatismo; considerando a necessidade de que testes de sensibilidade pulpar devem ser realizados durante todo o período do acompanhamento do traumatismo e que, frequentemente há respostas negativas logo após traumas fortes, esse procedimento pode ser opcional no atendimento de urgência. Diante de urgências traumáticas, é vital, não somente do ponto de vista das condições bucais locais, mas também da recuperação sistêmica do usuário, que as condutas de higiene bucal passíveis de realização dentro de cada quadro sejam prescritas e reforçadas pelos profissionais responsáveis pela assistência.

### Concussão

Traumatismo moderado, sem grande repercussão no periodonto; NÃO HÁ MOBILIDADE E DESLOCAMENTO; relato de sensibilidade à percussão ou à mastigação.

Tratamento: indica-se proservação em função da idade do paciente e, em caso de **dentição decídua**, acompanha-se o processo de reabsorção radicular; se **dentição permanente**, é possível realizar desgaste seletivo, havendo contato prematuro; orienta-se alimentação macia quando a mastigação for dolorosa.

### Subluxação

Dor discreta, aumentada com percussão, pequena mobilidade; NÃO HÁ DESLOCAMENTO; pode haver sangramento sulcular.

**Tratamento:** realiza-se prescrição de analgésicos e bochechos; em **dentição permanente**, se a mobilidade for grande, deve-se utilizar uma contenção semirrígida por duas semanas; orienta-se alimentação pastosa durante uma semana.

### Extrusão

HÁ DESLOCAMENTO DO DENTE no sentido vestibular, palatino ou lingual; mobilidade dolorosa.

**Tratamento:** em **dentição decídua**, caso o dente apresente muita mobilidade ou incômodo oclusal, a extração pode ser necessária; sem essas condições, pode-se reposicionar o dente quando a extrusão for mínima; não é recomendada contenção; orienta-se quanto à mastigação e alimentação; no caso de **dentição permanente**, reposiciona-se o dente com contenção semirrígida durante duas semanas. Se necessário prescrição de analgésicos e bochechos.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Luxação lateral

Observa-se deslocamento lateral do dente, lingual ou palatina, com interferências oclusais; frequentemente, há fratura alveolar associada.

**Tratamento:** quando ocorre na dentição decídua, faz-se a exodontia e, nos casos de fratura alveolar associada, redução por pressão digital vestibular e palatina com posterior sutura; em dentição permanente, reposiciona-se o elemento dentário, realiza-se pressão digital para redução da fratura alveolar e aplica-se contenção rígida pelo período de três a seis semanas; prescrição de analgésicos e bochechos; na dependência da condição bucodental, associa-se antibioticoterapia.

## Avulsão

Confirma-se, com cureta cirúrgica ou instrumento de ponta romba, se o alvéolo está vazio (pois muitas vezes pode ter ocorrido intrusão total!) e se não há outros traumatismos associados.

Tratamento: em dentição permanente, com tempo de exposição inferior a uma hora e condições adequadas de conservação do dente (laceração mínima do ligamento periodontal e elemento dentário limpo), ele é recolocado imediatamente em seu alvéolo; prescrevem-se analgésicos e bochechos com clorexidina sem álcool; NÃO SÃO REALIZADOS REIMPLANTES EM DENTIÇÃO DECÍDUA.

## Intrusão

Irriga-se e limpa-se a área para localizar o dente.

**Tratamento:** tanto em dentição permanente quanto na decídua, proserva-se, aguardando a reerupção; prescrevem-se analgésicos e bochechos com clorexidina sem álcool.

## Fraturas

Fratura coronária envolvendo somente esmalte.

**Tratamento:** com perda mínima de substância, faz-se um simples desgaste sob irrigação; pode ser aplicado verniz com flúor ou selante; em caso de perda maior, faz-se a colagem do fragmento (se ele for encontrado) ou a reconstituição com compósito. Prescrevem-se analgésicos quando necessário, reforçando-se a realização da higiene bucal. Fratura coronária de esmalte e dentina sem exposição pulpar.

**Tratamento:** realiza-se proteção dentinopulpar, colagem do fragmento ou reconstituição com compósito. Prescrevem-se analgésicos quando necessário, reforçando-se a realização da higiene bucal. Fratura coronária com exposição pulpar.

**Tratamento:** procede-se ao capeamento direto com hidróxido de cálcio (Ca(OH)2), seguido de reconstrução coronária por colagem de compósito; proserva-se o usuário para avaliação da sintomatologia; em muitos casos, faz-se necessário radiografia para observar o grau de rizogênese; se não houver disponibilidade de raio X, recomenda-se proservar o usuário, observando a idade dele, sua sintomatologia e, se necessário, realizar pulpotomia como tratamento conservador. Fratura coronorradicular.

**Tratamento:** se a fratura for alta (em relação ao nível gengival), realiza-se a extração do fragmento móvel, polimento da estrutura dentária remanescente e reconstrução; se baixa, gengivoplastia e ostectomia ao nível do traço de fratura, procedendo-se a reconstrução após cicatrização; se ocorrer fratura combinada a uma exposição pulpar, remove-se o fragmento, efetua-se capeamento ou pulpotomia; preconiza-se exodontia quando a fratura se estender em profundidade superior a um terço da raiz clínica. Fraturas radiculares.

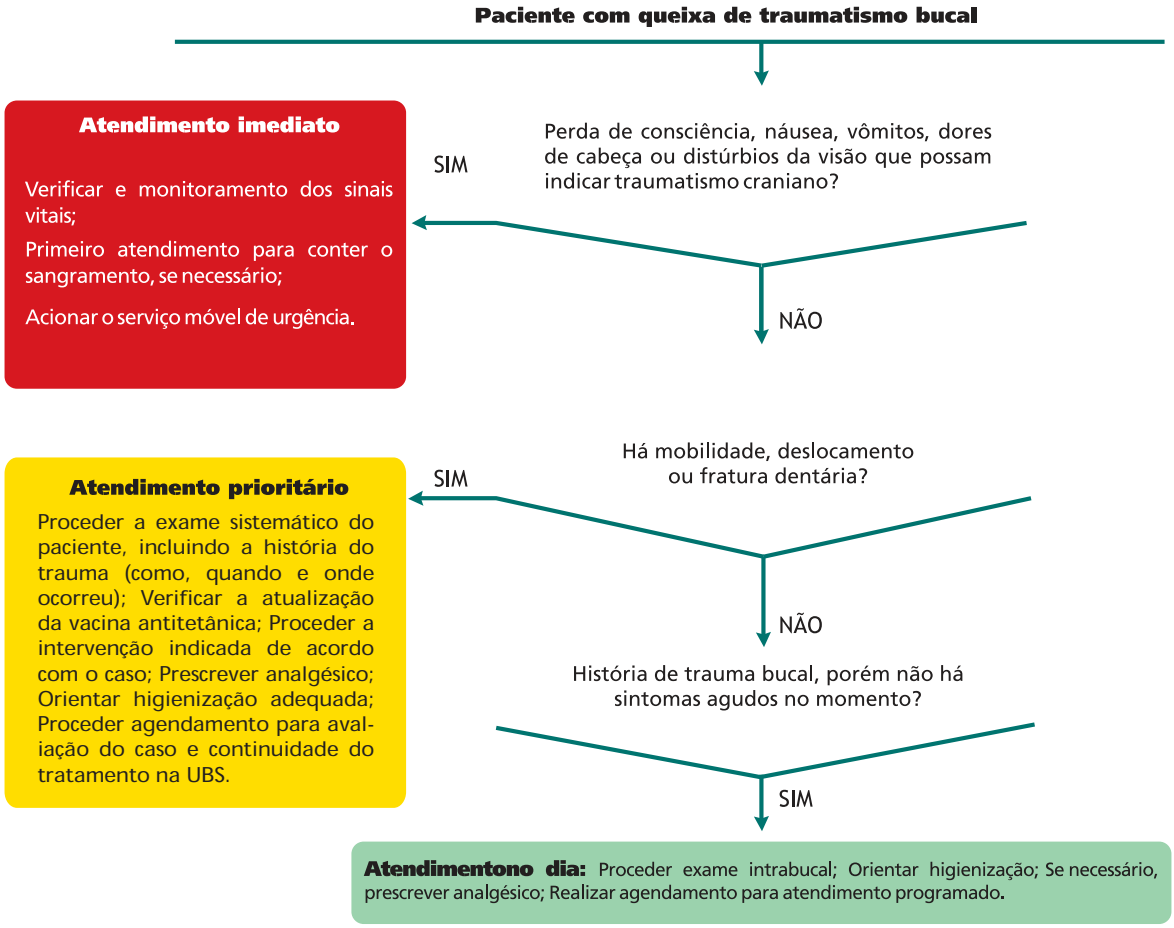


Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

**Tratamento:** traumas envolvendo terços médio e apical demandam diagnóstico radiográfico, porque os procedimentos dependem do nível do traço de fratura; no entanto, sem disponibilidade de Raio-X, realiza-se pressão digital para reduzir a fratura, agregando-se contenção rígida por três meses e orientações quanto à dieta e higiene oral; proserva-se o usuário.

Figura 47 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabiliadade do paciente que procura atendimento devido a traumatismo bucal




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## Urgência hemorrágica

Noventa por cento das situações de hemorragias bucais estão ligadas a procedimentos cirúrgicos, com predomínio das hemorragias pós-extrações. As hemorragias que surgem nas primeiras horas após os procedimentos são denominadas primárias. As secundárias são aquelas que ocorrem, em geral, após as 12 horas seguintes à extração. Em todos os casos, deve-se ir direto ao essencial: **deter o sangramento mais rápido possível com os meios necessários**. Faz-se necessário limpar a cavidade, retirando o coágulo anterior, para visualizar o sítio hemorrágico com objetivo de verificar a presença ou não de ápices residuais, tecido de granulação ou fragmentos ósseos móveis (para sua posterior remoção). Após lavagem e curetagem do alvéolo, coloca-se curativo hemostático bioabsorvível no fundo dele, procedendo à sutura. Para finalizar, comprime-se, localmente, durante 15 a 20 minutos. Devem ser reforçadas as instruções pós-operatórias como: redução de atividade e esforços físicos, alimentação pastosa fria ou gelada durante 24 horas, evitando-se bochechos e fumo nas primeiras

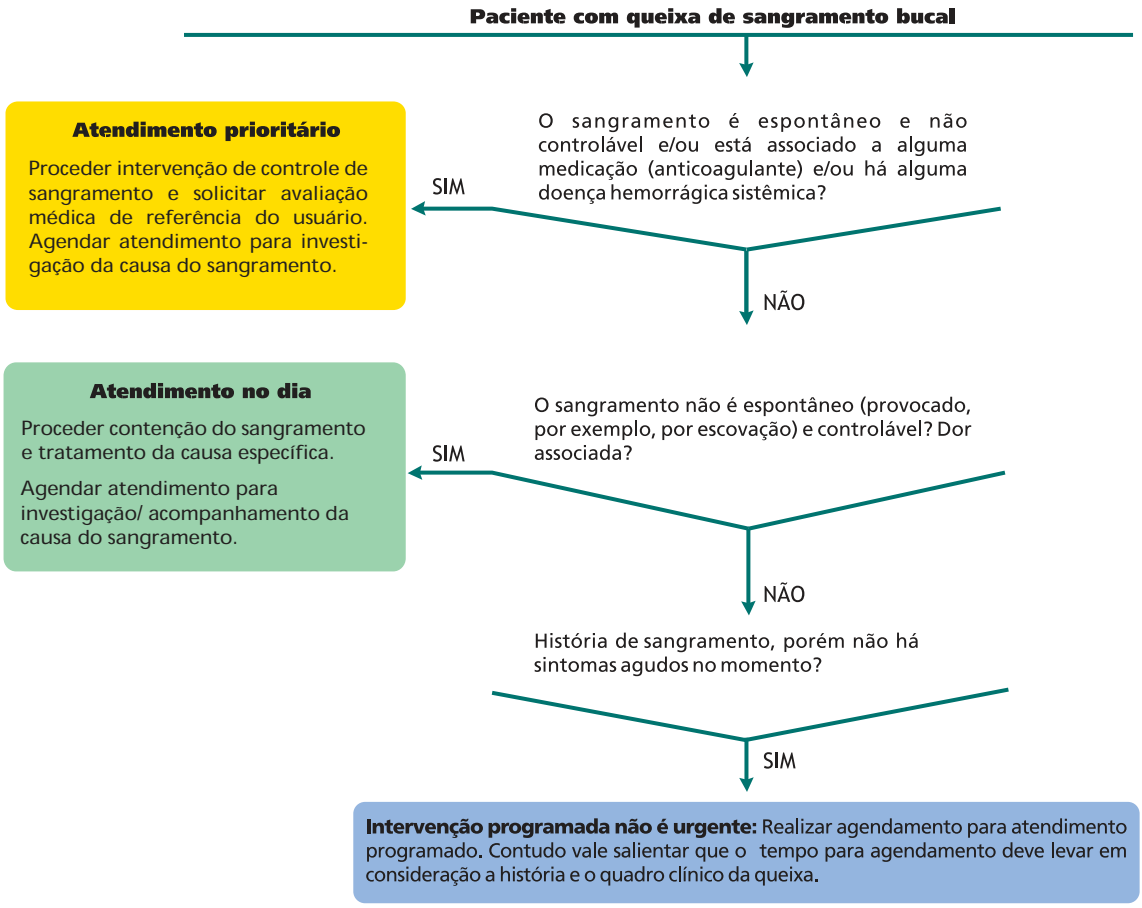


Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

24 horas após a intervenção. Em geral, o tratamento de uma hemorragia local se resume a três procedimentos: REVISÃO, SUTURA E COMPRESSÃO. Quando a hemorragia bucal está associada a uma medicação, por exemplo, anticoagulantes, o controle espontâneo é muito difícil. Além das etapas anteriores, é necessário associar medidas com a equipe médica local ou de referência do usuário. No caso de hemorragia bucal espontânea, as causas podem ser múltiplas. O procedimento de urgência é a compressão gengival das zonas de hemorragia com gaze (ou material semelhante) estéril. As lesões periodontais, se existentes, e a higiene bucal em seu conjunto devem ser cuidadas. Se houver suspeita de comprometimento sistêmico (além do periodontal), é importante referenciar o usuário para avaliação médica.

Figura 48 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabiliadade do paciente que procura atendimento devido a sangramento bucal




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## Urgências do aparelho estomatognático – algias e disfunções

O distúrbio das articulações temporomandibulares se apresenta por meio de uma grande variedade de manifestações clínicas, envolvendo músculos, a própria articulação ou a associação dessas duas estruturas. Para um diagnóstico diferencial e tratamento adequado, o exame das relações oclusais é inevitável. No entanto, em um atendimento de urgência, essa avaliação costuma ser dificultada pelo quadro de dor ou limitação de abertura bucal, sendo, então, postergada para definição da etiologia e encaminhada para o manejo de um profissional especializado.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Luxação condilar bilateral

A luxação caracteriza-se pelo deslocamento do processo condilar para fora da cavidade mandibular, de forma a se posicionar sobre a face anterior da eminência articular. Pode ser provocada por um traumatismo ou por um movimento de abertura bucal forçada. Nessa condição, os côndilos são palpáveis na frente das depressões pré-auriculares e o usuário é incapaz de reposicionar a mandíbula sem ajuda. Quando ela se dá de forma espontânea, deve-se realizar manobra inversa à da luxação. Um desses procedimentos é a manobra de Nelaton (redução incruenta): o usuário deve ficar sentado, com cabeça reta, e o profissional de frente para ele. Os dedos polegares são posicionados na região dos molares inferiores, evitando a face oclusal. Os demais dedos seguram a região dos ângulos mandibulares, externamente. A mandíbula é conduzida para baixo e para trás. Após redução, realiza-se uma bandagem para limitar os movimentos de amplitude máxima. Recomenda-se alimentação pastosa e manutenção da bandagem durante 24 a 48 horas. Prescrição de analgésico e relaxante muscular.

## Deslocamento de disco sem redução

O côndilo permanece atrás da banda posterior nos movimentos de translação condilar. O usuário apresenta diminuição da abertura bucal, sintomatologia dolorosa. A palpação dos músculos mastigadores e da ATM aumenta a dor. No atendimento de urgência, é importante tranquilizar o paciente, pois a angústia aumenta a tensão muscular, mantendo a situação de bloqueio. Prescrição de analgésico, anti-inflamatório e miorrelaxante.

## Disfunção muscular

A fadiga muscular, causada por alguns hábitos bucais crônicos, tais como bruxismo, apertamento, distúrbios oclusais, modifica a função mastigatória normal, levando à sintomatologia dolorosa. Outro aspecto clínico adicional é a limitação de abertura bucal. Como tratamento de urgência, sugerem-se analgésico, anti-inflamatório e miorrelaxante.



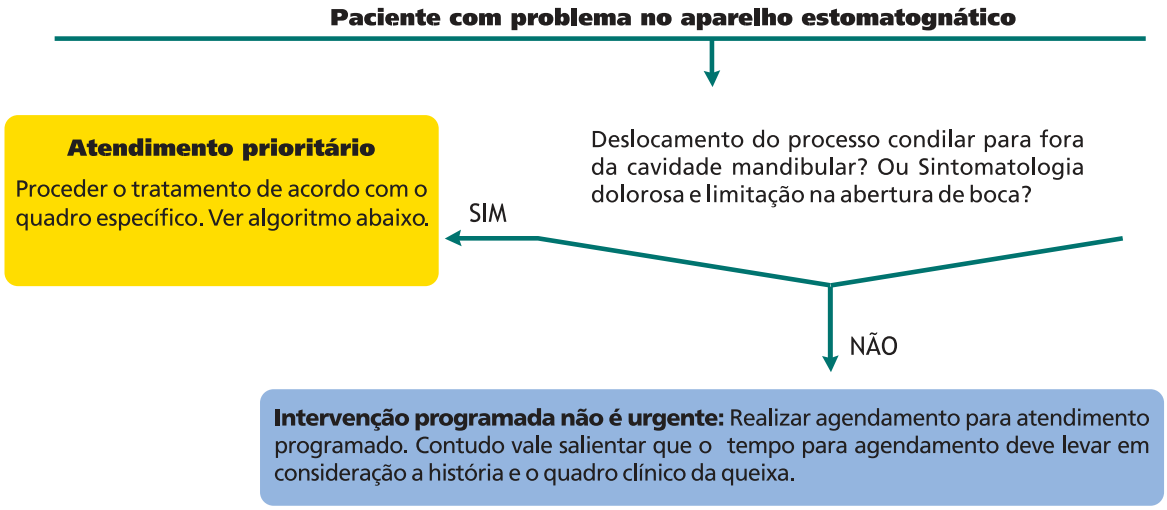
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

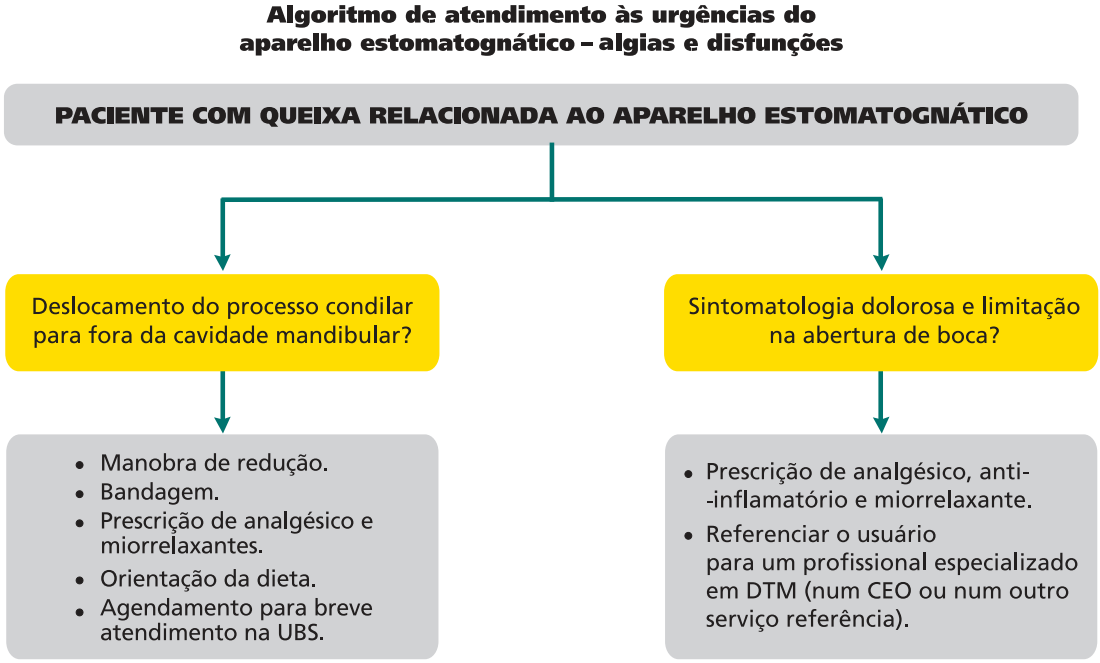
Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 269/359



Figura 49 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabiliadade do paciente que procura atendimento devido problema no aparelho estomatognático – algias e disfunções




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## Urgências da mucosa

### Lesões provocadas por prótese

Entre as lesões causadas pelo uso de prótese, destacam-se a candidíase, estomatites, hiperplasias inflamatórias e úlceras traumáticas. Cabe ressaltar que muitas dessas ocorrências estão associadas à desinformação dos pacientes quanto às normas de higiene e uso adequado das mesmas. Nesse item,



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

serão tratadas as úlceras traumáticas. Ao exame clínico, percebe-se que as ulcerações têm bordas marcadas e correlacionadas à prótese. No tratamento de urgência, deve-se suspender uso da prótese até a cicatrização da úlcera. Faz-se necessário modificar os contornos da prótese quando possível ou encaminhar ao atendimento especializado (quando se trata de confecção de nova prótese). Prescrição de gel anestésico, analgésicos e orientação de higiene.

### Lesões provocadas por mordidas após a anestesia

Ausência de sensibilidade dolorosa induzida por anestesia locorregional pode provocar mordidas ou queimaduras durante o efeito da anestesia, em particular nos lábios, na língua ou na mucosa jugal. Prescrição de gel anestésico local e analgésico em caso de muita dor.

### Queimadura da mucosa bucal

Ocorrem após a utilização de medicamentos de uso sistêmico aplicados topicamente ou, ainda, quando da ingestão de alimentos muito quentes. Realiza-se anamnese bem dirigida paradiagnóstico. Prescrição de gel anestésico local e analgésico em caso de muita dor.

### Ulceração aftosa recorrente

É a afecção mais comum da mucosa bucal. Normalmente, resolve-se de maneira espontânea, podendo apresentar caráter recorrente. São úlceras da mucosa bucal com bordas eritematosas extremamente dolorosas. Evoluem para a cura em sete a 15 dias e dividem-se em três tipos conforme aspecto clínico e evolução:

- Ulceração aftosa menor: ocorre preferencialmente na mucosa labial, nos freios, mucosas jugais, fundo do vestíbulo, borda e faces ventrais da língua, assoalho bucal, véu palatino, pilares da amígdala, gengivas e palato.
- Ulceração aftosa maior: ulceração bastante profunda, sua evolução leva mais tempo e pode durar algumas semanas. Tamanho de 1 a 5cm de diâmetro. Localiza-se preferencialmente em comissura labial, lingual e véu palatino, palato e amígdalas.
- Ulcerações aftosas herpetiformes: erosões de pequeno tamanho, muito numerosas, com tendência a confluir. Deve-se descartar o diagnóstico de estomatite herpética. No tratamento de urgência das ulcerações aftosas, deve-se realizar adequação do meio bucal, reforço nas orientações de higiene e prescrição de corticoide tópico (acetonido de triancinolona). Geralmente, a medicação tópica é preferida por ter pouco efeito colateral e menor chance de interação medicamentosa. Se as lesões são severas e causam morbidade substancial, medicamentos sistêmicos (prednisona – quatro a cinco dias com 60-80mg/dia, por exemplo) ou combinação desses com drogas de uso tópico são preconizados. Em alguns casos, quando as úlceras são localizadas no palato mole ou na orofaringe, pode-se utilizar elixir de dexametasona para realização de gargarejo ou bochecho. O uso de cloridrato de benzidamina não traz benefício na cura da úlcera, porém o uso (ou degel de lidocaína), em alguns casos, pode trazer alívio momentâneo da dor.

### Urgência infecciosa de origem viral

O HSV (vírus herpes simples) é a urgência viral de maior ocorrência. Deve-se proceder ao diagnóstico diferencial com as ulcerações aftosas. Essas últimas não envolvem a gengiva e se manifestam clinicamente como úlceras, e não vesículas. A infecção herpética apresenta duas categorias:

- **Gengivoestomatite herpética primária:** frequentemente acomete crianças ou jovens com sinais sistêmicos clássicos: febre, mal-estar geral, irritabilidade e cefaleia. Clinicamente, observam-se numerosas vesículas agrupadas. Situam-se principalmente na gengiva, mas qualquer parte da mucosa pode ser atingida. Pode haver lesão peribucal. As ulcerações curam em 10 a 15 dias sem deixar cicatrizes. O tratamento deve ser sintomático e de suporte, consistindo em prescrição de bochechos antissépticos e analgésicos. Antiviral, (aciclovir) prescrito nos três primeiros dias, retarda a evolução.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

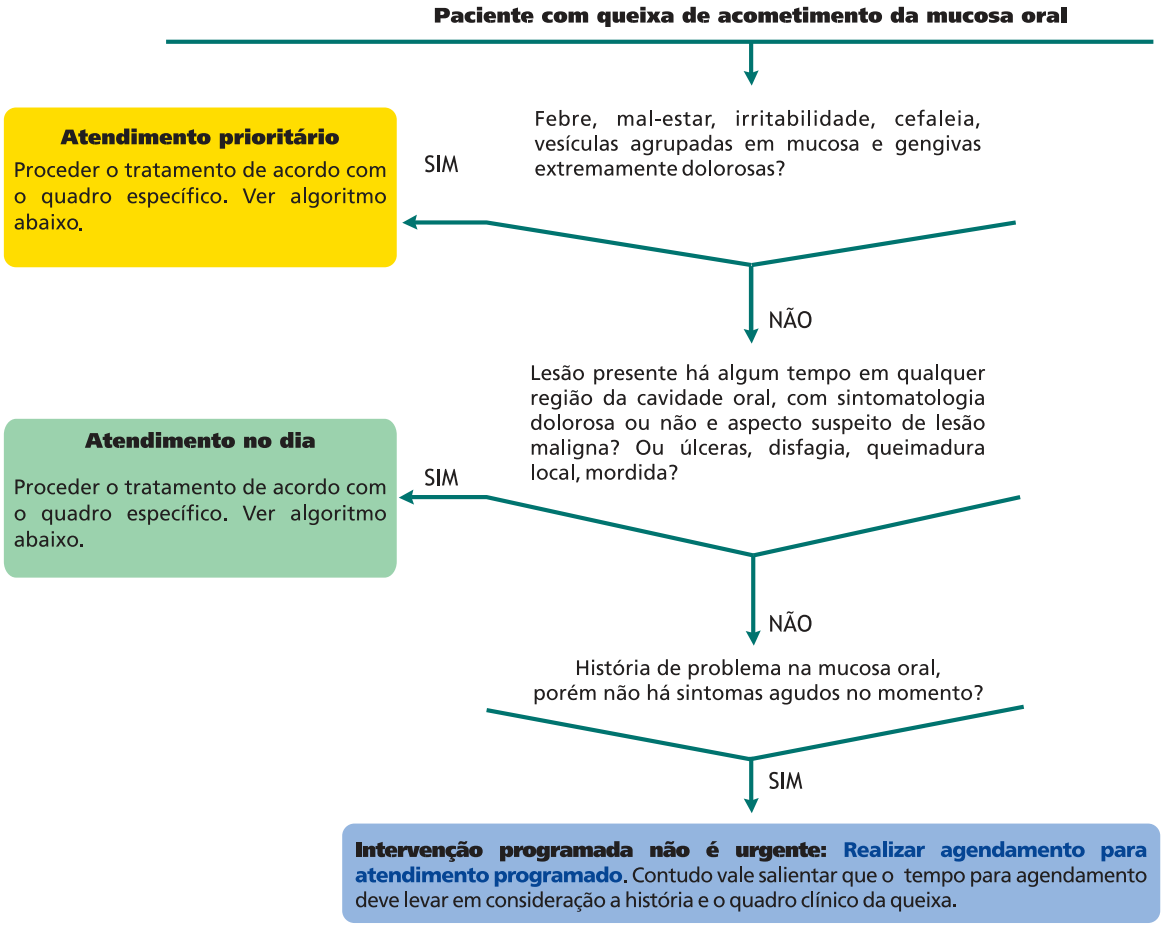
- **Gengivoestomatite herpética secundária:** a forma recidivante mais comum é o herpeslabial. Sintomatologia menos severa do que na primoinfecção. Ausência de sinais gerais. Cura espontânea em 6 a 10 dias sem cicatrizes. Preconiza-se a prevenção da transmissão e manutenção dos cuidados de higiene bucal.

## Urgência infecciosa de origem fúngica

Candidíase é a infecção micótica bucal mais comum. Também chamada de sapinho, frequentemente, atinge idosos ou recém-nascidos. Durante os episódios de infecção são comuns:disfagia, secura bucal com sensação de ardência e gosto metálico na boca. Na forma mais corrente, a **pseudomebranosa**, há uma fase eritematosa com pápulas esbranquiçadas (aspectode leite talhado), placas que se soltam quando raspadas; já a forma eritematosa se distingue por dores intensas, zonas erosivas e ausência de eflorescências esbranquiçadas.

**Tratamento:** suprimem-se os fatores irritativos, quando possível (ex.: prótese, fumo), e a disseminação sistêmica; objetiva-se trazer alívio para o usuário. Tratamento antifúngico local à base de nistatina ou miconazol. Se necessário, utilizar tratamento sistêmico com antifúngico, nos casos de intolerância ou pacientes imunodeprimidos.

Figura 50 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco /vulnerabiliadade do paciente que procura atendimento devido a problema na mucosa oral




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



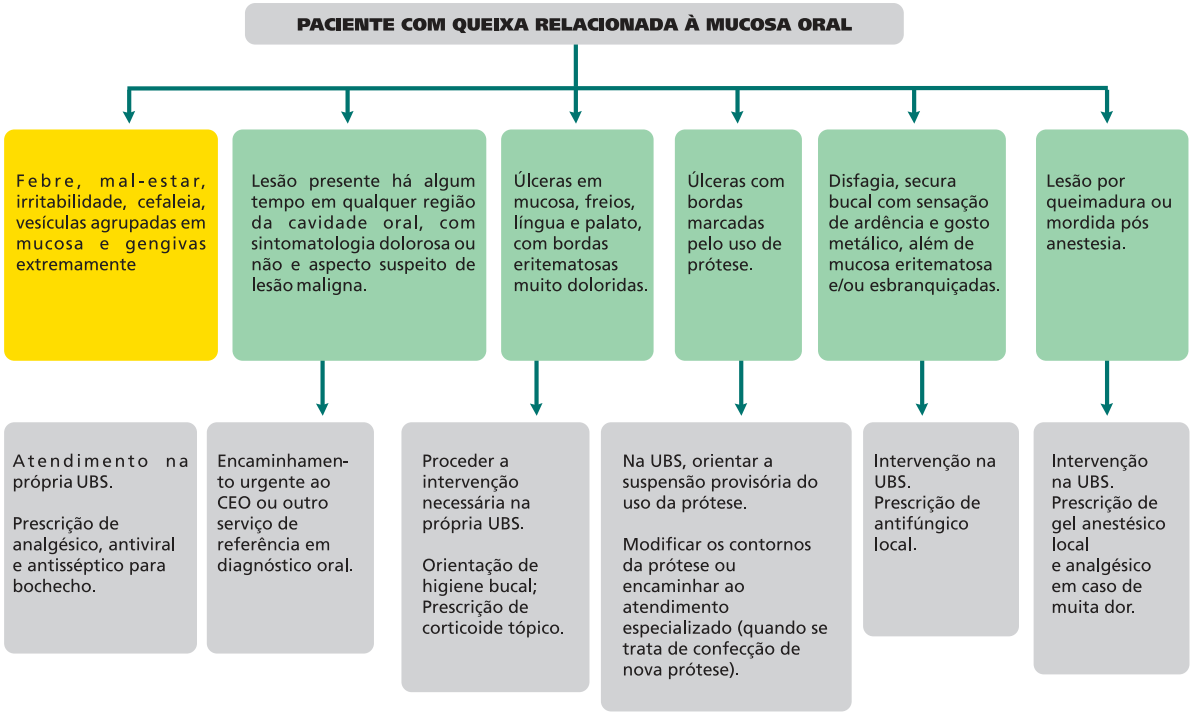
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 272/359



Figura 51 – Algoritmo para atendimento de pacientes que procuram atendimento devido as queixas relacionadas à mucosa oral: especificidades de tratamento




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## Urgências de resolução protética/restauradora

As urgências de resolução protética/restauradora muitas vezes não têm caráter de atendimento imediato, no entanto, em alguns casos, por envolverem questões estéticas e funcionais, merecem atenção por parte do profissional; sabe-se que, em algumas localidades, ainda não existem unidades de atenção secundária.

## Descimentação de prótese definitiva

Antes da recimentação, observa-se a necessidade ou não de um reembasamento com resina para melhor ajuste. Recomenda-se, quando possível, observar se há fratura radicular (para isso, é necessário uma tomada radiográfica). A recimentação pode ser realizada com cimento provisório(cimento de hidróxido de cálcio (CaOH2)), caso não se tenha disponibilidade de material ou não seja adequado fazê-la em caráter definitivo.

## Dente provisório

Quando ocorre a descimentação de um dente provisório, deve-se proceder à sua limpeza, reajuste e reembasamento antes da cimentação. A recimentação deve ser realizada em caráter provisório. Nos casos em que há perda do dente provisório, recomenda-se técnica direta que não exige uma etapa prévia de laboratório. Existem diversas técnicas, a seguir descreve-se uma:

- **Prótese adesiva** – pode-se utilizar um dente de estoque ou confeccioná-lo com resina autopolimerizável. Em ambos os casos, deve-se observar um espaço mínimo entre a estrutura dental



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

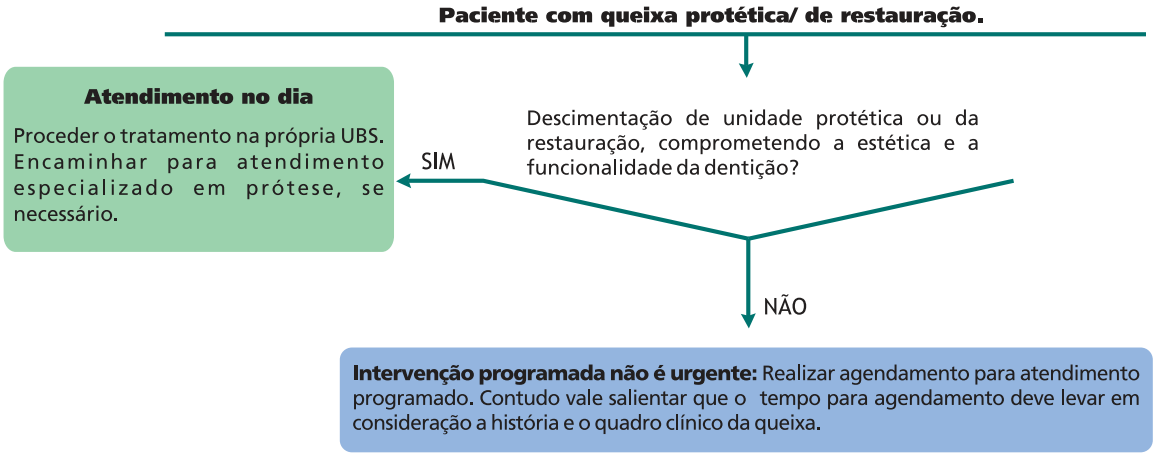
provisória e os tecidos gengivais que permitam a higienização do local, a ser realizada com um fio dental. Essa técnica é utilizada também quando o dente está comprometido periodontalmente e, após a sua exodontia, ele é recolocado na cavidade bucal por meio de pontes de resina composta.

- **Observação importante** – muitas vezes, a falta de material para construção de pinointrarradicular e a ausência de aparelho de Raio X para verificação do comprimento radicular tornam-se impeditivos para o atendimento de urgência. Nesses casos, há experiências sugerindo o uso de fios ortodônticos em aço inoxidável.

## Perda de amálgama/compósito

Material de restauração provisório pode ser colocado após limpeza e irrigação da cavidade da cárie. Se houver tempo disponível ou se houver comprometimento estético, realiza-se restauração na mesma sessão.

Figura 52 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabiliadade do paciente que procura atendimento devido a problema protético/de restauração




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## Urgências pós-operatórias – alveolite

### Alveolite supurada

Infecção no alvéolo decorrente de uma curetagem insuficiente após exodontia. Mucosa do alvéolo entumecida, superfície irregular, inflamada. Usuário descreve uma sensação de pulsação.Sinais infecciosos podem estar presentes: febre e linfadenopatia.Tratamento: anestesia local, inspeção do alvéolo, lavagem com solução salina, antisséptico local, polvidona iodada ou clorexidina a 0,12%. Prescrição de antibiótico e analgésico (Exceto: aines e salicilatos).

### Alveolite seca

Alvéolo sem nenhum coágulo, osso esbranquiçado, mucosa ao redor normal. O que caracteriza a alveolite seca é a dor sentida pelo paciente, normalmente após 24 a 48 horas da exodontia, que é intensa, persistente, lancinante, irradiante e pouco responsiva aos analgésicos. Decúbito exarceba a dor, a alimentação é difícil. Deve-se, após anestesia local, irrigar o alvéolo, colocando implante aloplástico e estabelecer uso de antibiótico sistêmico.



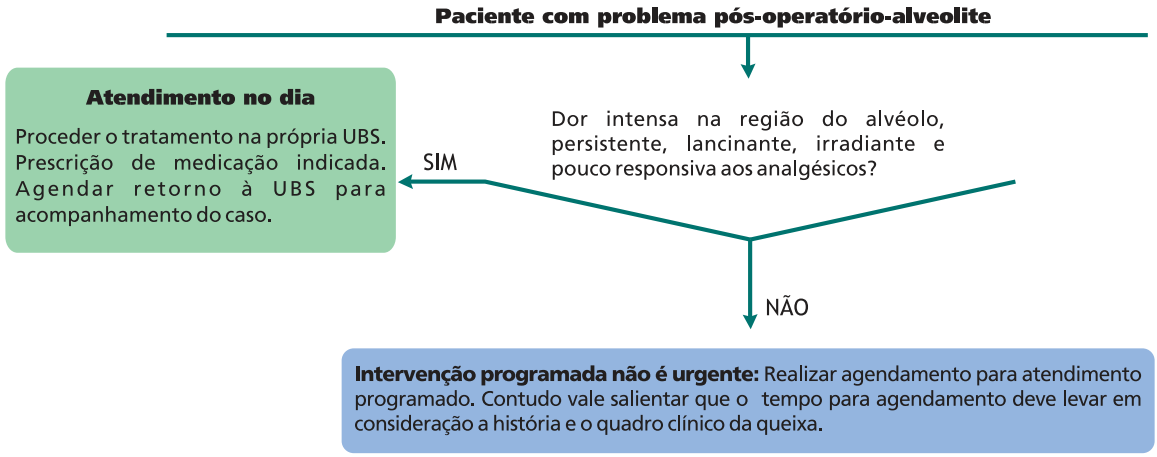
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 274/359



Figura 53 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabiliadade do paciente que procura atendimento devido a problema pós-operatório – Alveolite




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## Encaminhamento após atendimento de urgência

Após o atendimento de urgência, o usuário deverá ter sua consulta de retorno agendada na unidade básica de saúde ou, caso necessite, deverá ser referenciado a um serviço de maior complexidade da atenção do município ou estado, recebendo todas as informações a respeito do seu agravo e do tratamento que deverá ser realizado para esse caso. Depois de concluído seu tratamento nesse serviço de referência, o usuário deverá ser contrarreferenciado à unidade básica de saúde, para continuidade de seu plano terapêutico individual. Essa contrarreferência do usuário deve ser acompanhada de um documento com todas as informações relativas ao tratamento que foi realizado no usuário, naquele serviço de outra complexidade. Além da documentação contendo essas informações, os profissionais desses diferentes serviços podem se comunicar de outras formas, via telefone ou até mesmo pessoalmente, em espaços de discussão clínica, criado e/ou mediado por profissionais da atenção e/ou da gestão.

Quadro 61 – Fármacos utilizados para o tratamento de enfermidades odontológicas

| Fármaco | Dosagem/Adulto | Dosagem/Criança < 12 anos |
|---|---|---|
| Analgésico | | |
| Paracetamol | 3 a 4g/dia, em 3 ou 4 doses. Dose máxima diária 4g | 1gota (= 5 ou 10mg) 10 - 15mg/kg, intervalo 4-6 horas |
| Codeína + paracetamol | 1-2cp, a cada 4-6 horas (máximo oito comp./dia | 5mg/kg/dia a 6 doses 1 comp./15kg |
| Antibióticos | | |
| Amoxicilina | 250-500mg, a cada 8 horas | 20-50mg/kg Máximo de 2,4g/dia |
| Estolato eritromicina | 1-2g, intervalo 6/12 horas | 20-30mg/kg, 6/12horas |
| Anti-inflamatório | | |
| Ibuprofeno | 200-400mg, a cada 4-6horas Dose máxima diária 3.200mg | 30-50mg/kg Máximo de 2,4g/dia |
| Antifúngico | | |
| Nistatina | Suspensão 1.000.000UI/mL, 3 a 4 aplicações diárias | 400.000-600.000 UI aplicação sobre lesão |

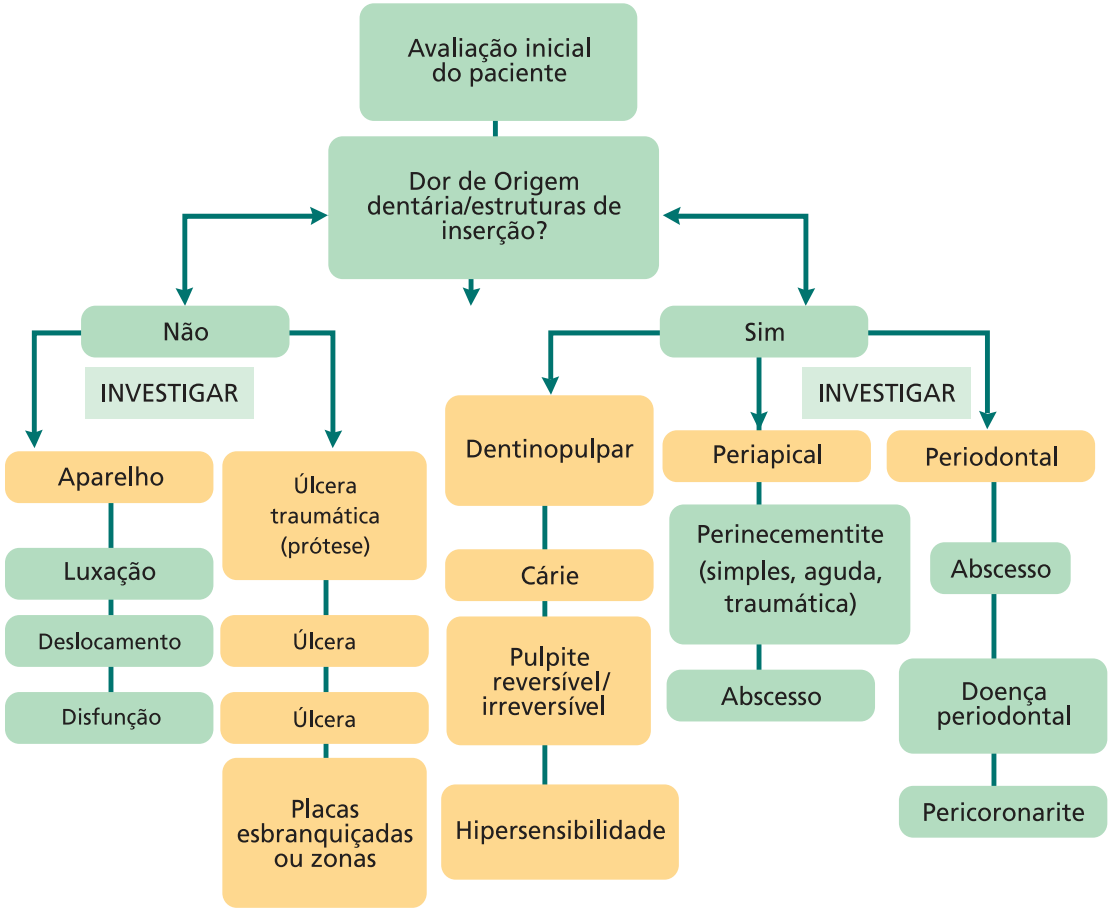
Fonte: Autoria própria.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Figura 54 – Algoritmo de atendimento do paciente com urgência odontológica




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

## 2.22 URGÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS: "OLHO VERMELHO"

O objetivo deste capítulo é instrumentalizar as equipes de Atenção Primária à Saúde para a assistência aos pacientes que procuram a Unidade Básica de Saúde devido à queixa aguda de "olho vermelho".

### Definições

Uma definição sucinta para olho vermelho seria "a vermelhidão da superfície branca do olho decorrente da dilatação dos vasos sanguíneos que se encontram sobre a esclera". Este pode ser manifestação de lesões em várias partes do bulbo ocular, assim como manifestação de doenças sistêmicas, mas que não é o objetivo deste capítulo.

Faz-se importante a revisão das estruturas externas e internas do olho, como mostra as Figuras 55 e 56



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.




Figura 55 – Olho com identificação de estruturas observáveis à ectoscopia

Fonte: (CMDV, [2010]).

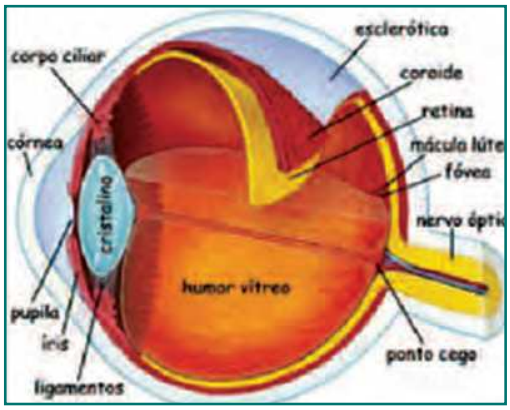



Figura 56 – Desenho esquemático do olho-corte longitudinal

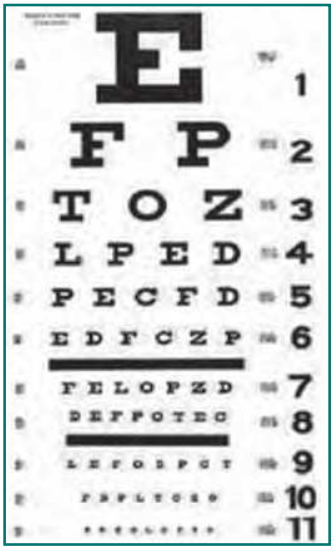
Fonte: (FÍSICA NA VIDA, 2009).

## Diagnóstico

O exame do olho vermelho deve seguir os passos abaixo. Importante ressaltar que estes passos podem ser iniciados na APS, mas nem todos conseguirão ser efetivados nesse nível de atenção devido à necessidade de equipamentos que não se fazem disponíveis.

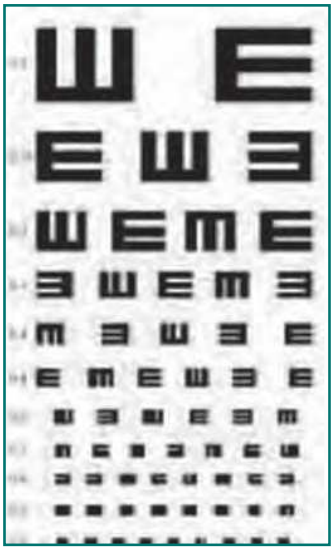
1. Medida da acuidade visual com a tabela de Snellen (Figuras 57 e 58).

Figura 57 – Tabela de Snellen para alfabetizados



Fonte: (TABELA..., [2010a]).

Figura 58 – Tabela de Snellen para não alfabetizados



Fonte: (TABELA..., [2010b]).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 277/359



Posiciona-se o paciente a 5m da tabela e oclui-se um olho de cada vez para medida da acuidade visual. Se o paciente for usuário de lentes corretivas, o exame deve ser feito com o uso delas[6].

ATENÇÃO: A TABELA DE SNELLEN NÃO É APENAS PARA USAR EM AVALIAÇÃO DE ACUIDADE VISUAL EM ESCOLARES, DEVE SER USADA EM QUALQUER CONSULTA EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, EM QUE O MÉDICO SUSPEITA DE DIMINUIÇÃO DE ACUIDADE VISUAL. O exame pode ser feito também por outros profissionais da saúde treinados para isso.

**2.** Avaliar a origem da vermelhidão conjuntival:

- Hiperemia conjuntival = ingurgitamento dos vasos conjuntivais.
- Injeção ciliar = turgescência dos vasos profundos episclerais que circundam a córnea.
- Hemorragia conjuntival ou qualquer combinação destas.

**3**. Detectar rupturas do epitélio corneano: aplica-se uma gota de fluoresceína colírio e, com o auxílio de uma lanterna, procura-se por áreas que se coram de verde. Se não houver fluoresceína, deve-se encaminhar ao oftalmologista.

**4.** Avaliar profundidade da câmara anterior, a presença de sangue (hifema) ou pus (hipópio) – incide-se a luz da lanterna lateralmente ao olho, se a câmara for profunda, toda a íris é iluminada. Se é rasa, a íris do lado oposto aparece mais escura. Hifema ou hipópio desenham uma meia-lua no polo inferior da íris (Figuras 59 e 60).



Figura 59 – Hipópio visível no 1/3 inferior da câmara anterior

Fonte: (FISIOWEB, [2010])



Figura 60 – Hifema visível no 1/3 inferior da câmara anterior

Fonte: (HIFEMA.., [2010]).

[6]Para ver a técnica completa, recomenda-se a leitura do Manual de Orientação do Projeto "Olhar Brasil": Triagem de Acuidade Visual, disponível em www.saude.gov.br/bvs.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

**5.** Avaliar irregularidades no tamanho e forma da pupila, sempre comparando ambos os olhos.

**6.** Avaliação da pressão ocular: deve ser feita sempre que houver hiperemia ocular sem causa aparente. Com o paciente olhando para baixo, posicione os dois dedos indicadores sobre a pálpebra superior e pressione-os de forma alternada, procurando sentir a tensão do bulbo ocular.

**7.** Caracterização das secreção conjuntival:

- Purulenta – amarelada.
- Mucopurulenta – branco cremosa.
- Serosa – aquosa amarelada.
- Mucosa – filamentar e transparente.

## Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial do olho vermelho deve ser feito entre os quadros inflamatórios, o trauma e a crise glaucomatosa, mas o mais importante é saber identificar as quatro grandes ameaças à visão, que são:

- Ceratites;
- Iridociclites;
- Glaucoma agudo;
- Traumas.

As ceratites são inflamações da córnea. Na maioria das vezes, decorrem de infecção bacteriana,viral ou fúngica, ou ainda por queimadura por radiação ultravioleta (ex.: solda elétrica).

Manifestam-se por dor aguda acompanhada de lacrimejamento e blefaroespasmo (piscar de maneira excessiva e descontrolada). Melhora após instilação de colírio anestésico, o que não ocorre na iridociclite e no glaucoma. Pode haver baixa da acuidade visual.

Iridociclites são inflamações da íris e  do corpo ciliar que se manifestam por exsudação, dentro da câmara anterior (hipópio – ver acima). Na maior parte das vezes, surgem de traumas contusos.

Apresenta dor que piora à palpação. A dor se origina do espasmo do músculo ciliar e, por isso, melhora com o uso de colírio de atropina e derivados sintéticos.

Glaucoma agudo é um aumento súbito da pressão intraocular que ocorre em pessoas predispostas, geralmente idosos. Manifesta-se por dor ocular aguda, de forte intensidade, podendo ser acompanhada por vômitos. A palpação do bulbo ocular permite verificar o aumentoda tensão ocular, percebida pelo endurecimento do bulbo ocular. A pupila geralmente  está em midríase moderada e não reage à luz. Ocorre baixa importante da acuidade visual (Figura 61).



Figura 61 – Glaucoma agudo: hiperemia conjuntival, injeção ciliar, midríase, edema corneano

Fonte: (SPALTON; HITCHINGS; HUNTER 1992).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Episclerites são vermelhidões em pontos localizados do olho. Diferenciam da conjuntivite exatamente pelo fato de a hiperemia conjuntival ser localizada e pela ausência de secreção.

Às vezes são acompanhadas de dor que melhoram espontaneamente. Não têm maiores consequências para o olho (Figura 62).



Figura 62 – Episclerite – hipermia localizada na conjuntiva bulbar temporal

Fonte: (EPISCLERITE..., [2010]).

As hemorragias conjuntivais são coleções de sangue debaixo da conjuntiva. Na maioria das vezes, resultam do sangramento de pequenos vasos conjuntivais, após esforços como o de evacuar ou decorrentes de pico hipertensivo arterial sistêmico. Melhoram espontaneamente, pela absorção do sangue pelo próprio organismo.

As blefarites são inflamações crônicas das bordas palpebrais, resultantes da superpopulação de Staphylococcus. O olho fica constantemente avermelhado por irritação das toxinas bacterianas.

Conjuntivites são inflamações da conjuntiva, que podem ter bactéria, vírus ou fungo como agentes etiológicos, além de ter causa alérgica. Manifestam-se clinicamente por: sensação de corpo estranho, hiperemia conjuntival, edema palpebral (mais acentuado e persistente nas conjuntivites virais com formação de pseudomembrana), fotofobia, lacrimejamento, prurido e embaçamento visual, que melhora com o piscar, porque decorre do acúmulo de secreção, exceto nas conjuntivites virais por adenovírus e enterovírus, que podem cursar com infiltrados subepiteliais, que, se localizados na região do eixo visual, levam à baixa visual de duração variável.

O tipo de secreção dá uma pista do agente etiológico:

- Secreção mucopurulenta – conjuntivite bacteriana.
- Secreção serosa – conjuntivite viral.
- Muco hialino e filamentos – conjuntivite alérgica.

O tempo de evolução da conjuntivite bacteriana é em torno de 3 a 5 dias, já nas virais pode chegar a 15 dias, sendo que a conjuntiva poderá permanecer vermelha por mais tempo se houver hemorragia subconjuntival (Figuras 63 a 66).

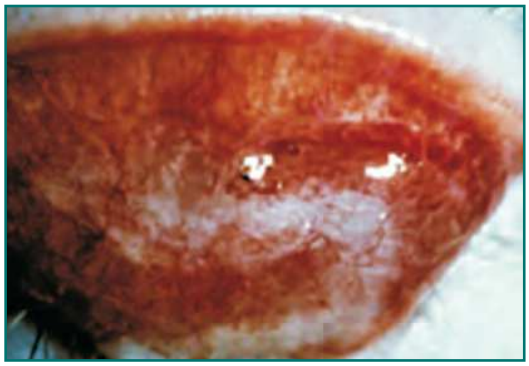


Figura 63 – Pseudomembrana em conjuntiva tarsal, observável após eversão da pálpebra superior

Fonte: (PSEUDOMENBRANA..., [2010]).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Figura 64 – Edema da conjuntiva bulbar (quemose)
Fonte: (KANSKI, 1989).

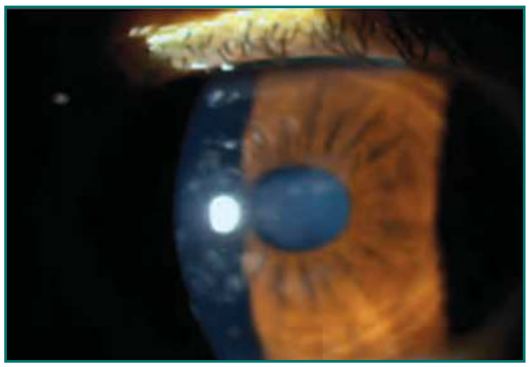


Figura 65 – Infiltrados corneanos subepiteliais observáveis na biomicroscopia com lâmpada defenda
Fonte: (HUCAM-UFES, [2010]).



Figura 66 – Hemorragia subconjuntival
Fonte: (HEMORRAGIA..., [2010]).

No quadro seguinte, estão as principais manifestações clínicas da conjuntivite de acordo com a etiologia e a conduta em cada caso.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Quadro 62 – Olho vermelho: diagnóstico etiológico e conduta

| | Secreção | Lacrimejamento | Injeção conjuntival | Prurido | Conduta |
|---|---|---|---|---|---|
| Viral | +/- | +++ | ++ | + | Compressa gelada de SF 0,9%*. Se não melhorar em cinco dias, encaminhar ao oftalmologista |
| Bacteriana | +++ | + | ++ | + | Limpeza com SF 0,9%*. Colírio de tobramicina ou ofloxacina ou ciprofloxacina – quatro a cinco vezes dia, sete dias |
| Fúngica | +/- | +/- | + | - | Encaminhar ao oftalmologista |
| Parasitária | +/- | +/- | + | - | Retirada mecânica dos parasitas ou ivermectina oral se maior de 3 anos de idade |
| Alérgica | +/- | ++ | + | +++ | Compressa gelada com SF 0,9%, colírio de cromoglicato dissódico 2 ou 4%, 8/8h, por 14 dias, ou olopatadina 0,1%, 12/12h, ou 0,2%, de 24/24h, por 30 dias |

Fonte: (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2004; PAVAN-LANGSTON 1991, adaptado).

* O soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%) pode ser substituído por água limpa e fervida.

Devemos lembrar também da oftalmia neonatal, que é definida como uma **conjuntivite** purulenta do recém-nascido, no primeiro mês de vida, usualmente contraída durante o seu nascimento, a partir do contato com secreções genitais maternas contaminadas (Figura 67).

Os agentes etiológicos mais frequentes são a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*. Na conjuntivite por *Chlamydia trachomatis*[7], os sintomas aparecem de 5 a 14 dias após o nascimento,com eritema e edema palpebral e conjuntival, e a secreção quando presente é mucopurulenta.

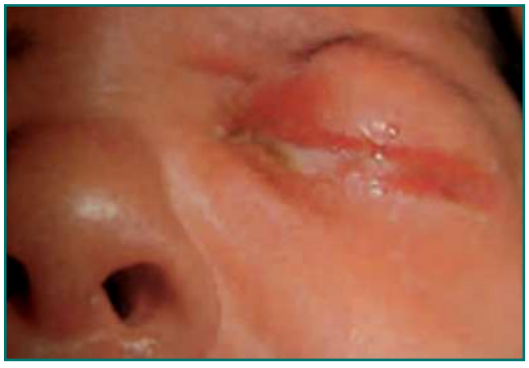


Figura 67 – Conjuntivite por *C. trachomatis*

Fonte: (KANSKI, 1989).

Nas conjuntivites por *Neisseria gonorrhoeae*, os sintomas surgem após 2 a 5 dias de vida com eritema e edema palpebral e conjuntival, e a secreção quando presente é purulenta e abundante (Figura 68).

[7]Para maiores informações sobre TRACOMA, leia o capítulo correspondente ao assunto no Caderno de Atenção Básica nº 21: Vigilância em Saúde.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 282/359



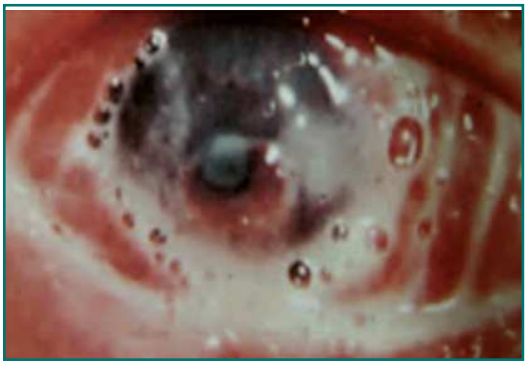


Figura 68 – Conjuntivite por N. gonorrhoeae
Fonte: (KANSKI, 1989).

## Tratamento da Oftalmia Neonatal Gonocócica

A oftalmia gonocócica precisa ser tratada imediatamente, para prevenir dano ocular. A conjuntivite pode ser também um marcador de uma infecção neonatal generalizada. Devido ao tratamento ser parenteral, o neonato deverá ser encaminhado para tratamento hospitalar.

ATENÇÃO: A OFTALMIA GONOCÓCICA DEVE SER TRATADA IMEDIATAMENTE PELO RISCO DE CEGUEIRA, ALÉM DE SER INDICADOR DE INFECÇÃO NEONATAL GENERALIZADA.

Devem ser instituídos procedimentos de isolamento do caso, quando em instituições, para prevenir a transmissão da infecção. É essencial que os profissionais que tratam das crianças infectadas lavem cuidadosamente as mãos.

**A terapia recomendada é a seguinte:**

- Penicilina cristalina 100.000 UI/kg/dia, de 12/12 horas (em crianças com até 7 dias de vida) ou de 6/6 horas (em crianças com mais de 7 dias de vida), EV, por sete dias.

**Se houver resistência ou alergia à penicilina, pode-se utilizar:**

- Ceftriaxona 25 a 50mg/kg/dia, EV ou IM, uma vez ao dia, por sete dias; ou
- Cefotaxima 25-50mg/kg/dia, EV ou IM, de 12/12 horas, por sete dias.

**Observações**

- Recomenda-se instilação local de solução fisiológica, de hora em hora.
- Não se recomenda a instilação local de penicilina.
- Nos casos de resposta terapêutica não satisfatória, considerar a hipótese de infecção por clamídia simultaneamente.

## Tratamento da oftalmia neonatal não gonocócica

Não há evidência de que a terapia tópica ofereça benefício adicional, nesse caso, deve-se utilizar:

- Eritromicina (estearato), 50mg/kg/dia, VO, de 6/6 horas, durante duas semanas.

Se houver recorrência da conjuntivite de inclusão após a conclusão do tratamento, então o estearato de eritromicina deve ser novamente utilizado, por mais duas semanas.

## Profilaxia da oftalmia neonatal

A profilaxia ocular, no período neonatal, deve ser feita rotineiramente com:



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

- Nitrato de prata a 1% (método de Credè), aplicação única, na 1ª hora após o nascimento, ou
- Eritromicina a 0,5% (colírio), aplicação única, na 1ª hora após o nascimento, ou
- Tetraciclina a 1% (colírio), aplicação única, na 1ª hora após o nascimento.

## Tratamentos e encaminhamentos de outras causas de olho vermelho

**1. Diante de diminuição súbita da acuidade visual, conjuntiva clara ou hiperemiada (injeção ciliar), sem queixa de dor, deve-se pensar em uveíte, que, se for apenas posterior (coroide e retina), a conjuntiva permanecerá clara, sem hiperemia. Já se acometer também o segmento anterior, pode-se observar injeção ciliar.**

TOXOPLASMOSE OCULAR É A CAUSA MAIS FREQUENTE DE UVEÍTE. APROXIMADAMENTE 50% DA POPULAÇÃO MUNDIAL ESTÁ INFECTADA PELO *T.gondii*.

### 2. Corpo estranho conjuntival ou corneano

- Antes de encaminhar, caso haja disponibilidade, deve-se instilar uma gota de colírio anestésico e proceder à irrigação do globo ocular com um jato fino de soro fisiológico 0,9% ou água destilada, lembrando-se de everter a pálpebra superior, pois, muitas vezes, o corpo estranho está alojado no saco conjuntival superior.
- Se for possível a visualização do corpo entranho, pode-se tentar removê-lo com o auxílio de um cotonete. Porém, essa manobra deve ser feita apenas uma vez, pois, se persistente, poderá acarretar maior dano ao epitélio corneano.
- Oclusão do olho após aplicação de pomada oftalmológica antibiótica e encaminhar ao serviço de oftalmologia.

### 3. Queimadura física – radiação ultravioleta

- instilar uma gota de colírio anestésico, seguido de oclusão ocular após aplicação de pomada antibiótica (ex.: associação de acetato de retinol 10.000 UI, aminoácidos 25mg, metionina 5mg, cloranfenicol 5mg). Se a dor for muito intensa, pode-se instilar uma gota de atropina 1% colírio antes da oclusão do olho afetado. Normalmente, o epitélio corneano se regenera em 48 a 60 horas.
- Se não houver a disponibilidade de nenhuma dessas medicações, deve-se ocluir o olho afetado e encaminhar imediatamente para o oftalmologista.

### 4. Queimadura química

- Irrigar imediata e abundantemente SF 0,9%, ou mesmo água limpa corrente, seguir com oclusão com pomada oftálmica contendo antibiótico e corticoide, e encaminhar urgentemente ao serviço de oftalmologia.

### 5. Glaucoma

- Geralmente o paciente chega com quadro de hiperemia conjuntival (injeção ciliar), acuidade visual diminuída, dor ocular intensa, midríase, aumento da tensão ocular.
- No caso de suspeita de glaucoma, deve-se encaminhar para serviço de urgência para tratamento específico. Após sair da crise glaucomatosa, o paciente deverá fazer acompanhamento ambulatorial com o oftalmologista, para melhor avaliação e tratamento.

### 6. Trauma contuso com queixa de baixa da acuidade visual

- Encaminhar com urgência ao oftalmologista, pois pode ter ocorrido descolamento de retina.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

O DESCOLAMENTO DE RETINA PODE OCORRER DE FORMA ESPONTÂNEA, MANIFESTANDO-SE APENAS COM BAIXA SÚBITA DA ACUIDADE VISUAL, SEM OUTROS SINAIS OU SINTOMAS.TEM INCIDÊNCIA AUMENTADA EM PACIENTES COM ALTA MIOPIA.

- Trauma com suspeita de perfuração ocular.
- Neste caso, geralmente a pupila está desviada e pode haver diminuição da profundidade da câmera anterior. Em casos mais graves, pode-se observar o humor aquoso saindo pela ferida perfurante.

### Conduta

Fazer curativo não compressivo. Orientar o paciente que não comprima o olho e encaminhá-lo com urgência ao serviço de oftalmologia.

PACIENTE COM SUSPEITA DE LESÃO CORNEANA SUPERFICIAL E QUE NÃO APRESENTE NENHUMA MELHORA APÓS OCLUSÃO OCULAR POR 24H, PENSAR EM ÚLCERA DE CÓRNEA. ENCAMINHÁ-LO COM URGÊNCIA AO OFTALMOLOGISTA.

## 2.23 ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

As situações referentes ao campo da saúde mental estão entre aquelas que mais exigem esforço da equipe para a percepção oportuna do problema e a tomada de decisão. Muitas vezes, a queixa do(a) usuário(a) não está expressa claramente, ou é mascarada por sintomas somáticos, e somente será revelada por meio de escuta atenta, que seja feita por qualquer um dos profissionais da equipe. Pode tomar um tempo maior para que se avalie o problema adequadamente. Mas é preciso que os profissionais estejam preparados para dispensar esta atenção, evitando um constante adiamento em trazer à tona o tema do sofrimento psíquico.

Existe uma tendência a subvalorizar estas queixas em relações aos riscos expressamente biológicos. Ainda, podem compor o quadro, atitudes inadequadas ou de agressividade, gerando rechaço por parte dos profissionais. Contudo, além de gerar um grande sofrimento ao indivíduo, os problemas de saúde mental podem sim estar relacionados a grandes riscos, inclusive de vida. É preciso um constante exercício de autoavaliação dos profissionais para evitar enquadrar esses usuários em estereótipos, lembrando sempre que esses se encontram em situação de fragilidade e necessitam ser cuidados.

O objetivo deste capítulo é orientar as equipes de atenção básica quanto à identificação e manejo das situações mais agudas em saúde mental, não trazendo em pormenores as estratégias para traçar o plano terapêutico singular longitudinal. Contudo, registre-se que, diferente de uma infecção aguda comum (como uma amigdalite, por exemplo), estas sempre demandarão um plano de acompanhamento mais complexo: agendamento para novo encontro em tempo breve, discussão do caso na equipe, levantamento da rede social, abordagem familiar, discussão de caso/avaliação com a equipe de referência de saúde mental, etc.

Neste capítulo tratou-se das situações mais comuns:

- Transtornos agudos relacionados ao uso abusivo de álcool.
- Crises psicóticas agudas.



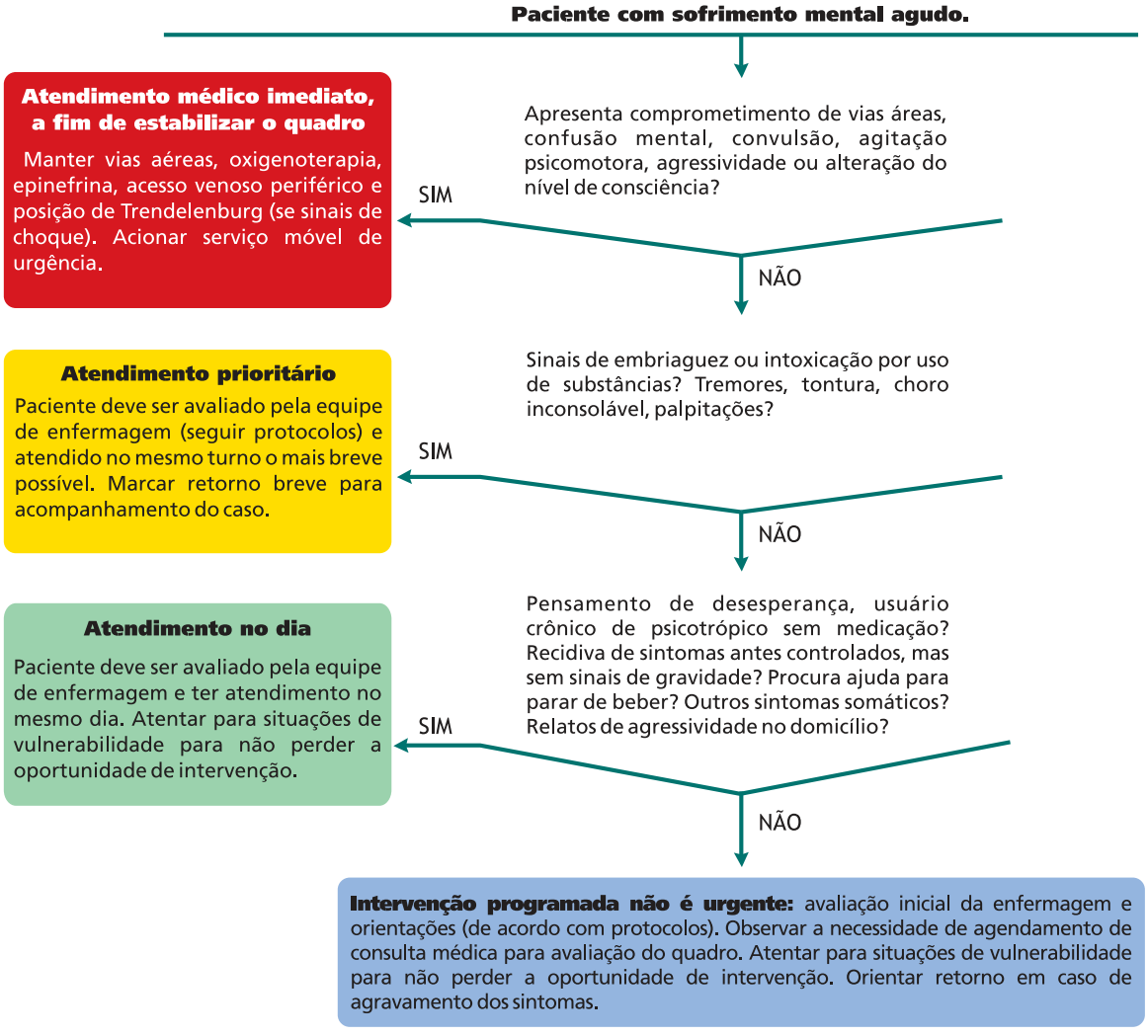
Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

- Risco de suicídio.
- Transtornos de ansiedade agudos.

Por fim, uma série de motivos podem levar o usuário a evitar a procura por serviços de saúde, sendo a visita domiciliar também uma estratégia para identificação e avaliação de quadros psiquiátricos. Portanto, é desejável que toda a equipe seja capaz de identificar sinais e sintomas comuns.

Figura 69 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabiliadade dos pacientes com sofrimento mental agudo




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Transtornos agudos relacionados ao uso abusivo de álcool

Neste item serão abordadas a **"intoxicação alcoólica aguda"** e a **"síndrome de abstinência do álcool (SAA)".**

Por meio da literatura, percebe-se que o número de pessoas diagnosticadas como usuários nocivos e dependentes de álcool é subestimado, comparado à carga de doença que o uso nocivo e a dependência de álcool representam.

## Conceitos importantes

Segundo a CID-10, estamos diante do uso nocivo (abuso) de uma substância, quando:

Um padrão de uso de substância  está causando dano à saúde. O dano pode ser físico (como nos casos de hepatite decorrente de autoadministração de drogas injetáveis) ou mental (p.ex.: episódios de transtorno depressivo secundários a um grande consumo de álcool).

*[...] O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário. Padrões nocivos de uso são frequentemente criticado spor outras pessoas e estão com frequência associados a consequências sociais diversas. O fato de que um padrão de uso ou uma substância em particular não seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a consequências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.*

A intoxicação aguda ou a "ressaca" não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar uso nocivo. O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente. (OMS, 2003, p. 74)

Em relação aos critérios utilizados para caracterização da síndrome de dependência, o CID-10 a define como:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não ter sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco. Pode haver evidência que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que o que ocorre com indivíduos não dependentes (OMS, 2003, p. 74).

As diretrizes diagnósticas, citadas no CID-10, para a síndrome de dependência são:

- Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior.
- Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância.
- Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo.
- Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: a síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicotrópica são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos cla-



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ros disso são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes).

- Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos.
- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como danos ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga; deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano (OMS, 2003, p. 75).

## Intoxicação alcoólica aguda

Não são raros os casos de pessoas que procuram, por demanda espontânea, as unidades básicas de saúde com quadro de intoxicação aguda ou com problemas ligados ao uso prejudicial de álcool. Dessa forma, torna-se imprescindível que a equipe saiba reconhecer esse momento como uma oportunidade de dar início ao acompanhamento a fim de reduzir os danos decorrentes do consumo excessivo do álcool.

A intoxicação alcoólica aguda acontece quando qualquer indivíduo ingere uma quantidadede de álcool superior à sua tolerância, passando a apresentar comportamento diferenciado de seu estado na ausência de consumo.

| |
|---|
| Período pré ou pós-alimentar; |
| Tipos de alimentos ingeridos; |
| Tipo de bebida ingerida; |
| Estado de hidratação do indivíduo; |
| Sexo (mulheres têm uma menor metabolização, por isso sua alcoolemia é maior com menores quantidadesde álcool ingerida); |
| Idade – são relativamente comuns acidentes de ingestão alcoólica e intoxicação em crianças; |
| Bom funcionamento da circulação sistêmica; |
| Bom funcionamento hepático; |
| Antecedentes mórbidos familiares de alcoolismo; |
| Padrão de ingesta do indivíduo; |
| Temperatura corpórea; |
| Uso concomitante de outras substâncias psicoativas, incluindo medicamentos; |
| Comorbidades clínicas e psiquiátricas; |
| Estado geral de saúde. |

## Diagnóstico

Intoxicação aguda é uma condição transitória que ocorre após a ingestão de álcool, ou outra substância psicoativa, e tem como consequência perturbações no nível de consciência, cognição, percepção, afeto ou comportamento ou outras funções ou respostas psicofisiológicas.

Os sinais e sintomas da intoxicação por álcool podem variar bastante de indivíduo para indivíduo e são proporcionais à alcoolemia. A alcoolemia, por sua vez, pode ser indicadora da quantidade de álcool ingerida, mas varia muito conforme as condições prévias do indivíduo que está sendo avaliado. O diagnóstico é clínico.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Os principais sinais e sintomas de intoxicação por álcool são: rubor facial, euforia, alterações da fala, alterações na coordenação motora, podendo evoluir apresentando tontura, ataxia e incoordenação motora mais acentuada, passando para confusão, desorientação e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles estupor e coma.

Os principais efeitos relacionados à alcoolemia ou concentração de álcool no sangue (CAS) estão expressos no Quadro 63.

Quadro 63 – Efeitos da alcoolemia (CAS) sobre o corpo humano

| CAS (g/100ml) | Efeitos sobre o corpo |
|---|---|
| 0.01 - 0.05 | Aumento do ritmo cardíaco e respirátorio |
| | Diminuição das funções de vários centros nervosos |
| | Comportamento incoerente ao executar tarefa |
| | Diminuição da capacidade de discernimento e perda da inibição |
| | Leve sensação de euforia, relaxamento e prazer |
| 0.06 - 0.10 | Entorpecimento fisiológico de quase todos os sistemas |
| | Diminuição da atenção e da vigilância, reflexos mais lentos, dificuldade de coordenação e redução da força muscular |
| | Sensação crescente de ansiedade e depressão |
| | Redução da capacidade de tomar decisões racionais ou de discernimento |
| | Diminuição da paciência |
| 0.06 – 0.15 | Reflexos consideralvelmente mais lentos |
| | Problemas de equilíbrio e de movimento |
| | Alteração de funções visuais |
| | Fala arrastada |
| | Vômito, sobretudo se esta alcoolemia for atingida rapidamente |
| 0.016 – 0.29 | Transtornos graves dos sentidos, inclusive consciência reduzida dos estímulos externos |
| | Alterações graves da coordenação motora com tendência a cambalear e a cair frequentemente |
| 0.30 – 0.39 | Letargia profunda |
| | Perda de consciência |
| | Estado de sedação comparável ao de uma anestesia cirúrgica |
| | Morte (em muitos casos) |
| a partir de 0.40 | Inconsciência |
| | Parada respiratória |
| | Morte, em geral provocada por insuficiência respiratória |

Fonte: (GLOBAL ROAD SAFETY PARTNERSHIP, 2007).

Dependendo das características pessoais do paciente/usuário e do nível de consumo de álcool, uma avaliação mais minuciosa pode ser mais difícil. Alguns pacientes podem se tornar mais agressivos, hostis, barulhentos e sarcásticos. A equipe deverá evitar confrontos que possam levar à quebra de vínculo, por isso a ajuda de amigos e familiares é imprescindível nesses casos.

Pacientes alcoolizados encontram-se em maior risco para episódios de suicídio, portanto devemos avaliar com cautela alguma menção a esse risco. Em caso de necessidade, o sujeito deverá ser encaminhado a um serviço onde possa mantê-lo em observação mais prolongada.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Além dos sinais e sintomas de intoxicação aguda, é importante também que a equipe avalie os sinais vitais do indivíduo, pois essa avaliação poderá indicar a necessidade de encaminhamento a um serviço de pronto-socorro. Também é importante verificar sinais de desidratação e hipoglicemia a fim de evitar possíveis complicações do quadro atual.

Após o diagnóstico e o tratamento da intoxicação alcoólica, todos os indivíduos precisam ser avaliados clinicamente a fim de descartar comorbidades que possam predispor à doença alcoólica e agravar outras doenças orgânicas.

O tratamento dos casos de intoxicação será exposto abaixo, em conjunto com o manejo dos casos de síndrome de abstinência do álcool (SAA).

## Síndrome de abstinência do álcool (SAA)

A síndrome ou estado de abstinência é um conjunto de sinais e sintomas que podem apresentar gravidades variáveis, de acordo com a abstinência absoluta ou relativa de uma substância, no caso, o álcool.

Quando nos deparamos com um indivíduo em crise de abstinência alcoólica, precisamos estar bastante atentos para promover a continuidade dos cuidados, pois a presença da abstinência é um forte indicador de dependência de álcool.

O vínculo anterior do paciente com o serviço pode facilitar a avaliação rápida de elementos considerados "preditores de gravidade". O conhecimento desses elementos pode contribuir na decisão sobre a melhor conduta (MARQUES; RIBEIRO, 2003, p. 39), são eles:

- **História pregressa de SAA grave.**
- **Altos níveis de alcoolemia sem sintomatologia de intoxicação.**
- **Uso concomitante de outras substâncias depressoras do SNC.**
- **Idade avançada.**
- **Alcoolemia alta.**

Os sinais e sintomas da SAA são variados e esperados em usuários crônicos, seu aparecimento é provocado pela progressiva diminuição da alcoolemia, com a interrupção do consumo e o passar do tempo após a última ingestão.

A escala CIWA-Ar (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised*) é considerada como um bom instrumento para avaliação da gravidade da síndrome de abstinência e auxilia na definição de quais pacientes devem ser encaminhados para serviços especializados com maior ou menor urgência (Quadro 64).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Quadro 64 – Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

Nome: _____ Data: _____
Pulso ou FC: _____ PA: _____ Hora: _____

1. Você sente um mal-estar no estômago (enjoo)? Você tem vomitado? ☐
- 0 Não
- 1 Náusea leve e sem vômito
- 4 Náusea recorrente com ânsia de vômito
- 7 Náusea constante, ânsia de vômito e vômito

2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados: ☐
- 0 Não
- 1 Não visível, mas sente
- 4 Moderado, com os braços estendidos
- 7 Severo, mesmo com os braços estendidos

3. Sudorese: ☐
- 0 Não
- 4 Facial
- 7 Profusa

4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações? ☐
Código da questão 8

5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto? ☐
Código da questão 8

6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes? ☐
- 0 Não
- 1 Muito leve
- 2 Leve
- 3 Moderado
- 4 Alucinações moderadas
- 5 Alucinações graves
- 6 Extremamente graves
- 7 Contínua

7. Você se sente nervoso (a)? (observação) ☐
- 0 Não
- 1 Muito leve
- 4 Leve
- 7 Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?

8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento? ☐
- 0 Não
- 1 Muito leve
- 2 Leve
- 3 Moderado
- 4 Moderado / grave
- 5 Grave
- 6 Muito grave
- 7 Extremamente grave

9. Agitação: (observação) ☐
- 0 Normal
- 1 Um pouco mais que a atividade normal
- 4 Moderadamente
- 7 Constante

10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação) ☐
- 0 Orientado
- 1 Incerto sobre a data, não responde seguramente
- 2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias
- 3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias
- 4 Desorientado com o lugar e pessoa

Escore_____

Fonte: (LARANJEIRA et al., 2000).

Conforme os pontos somados, a avaliação do paciente é interpretada da seguinte forma:

- De 0 a 9 pontos: SAA leve;
- De 10 a 18 pontos: SAA moderada;
- Acima de 19 pontos: SAA grave;
- 20 ou mais pontos: encaminhar paciente para avaliação hospitalar.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

A síndrome de abstinência leve e a moderada costumam ocorrer entre 24 a 36 horas após interrupção do consumo. São comuns tremores, agitação e inquietação psicomotora acompanhados de insônia.

A SAA grave pode ocorrer em até 5% dos casos de SAA e cursa com sintomas autonômicos mais intensos, como agitação psicomotora proeminente, tremor generalizado, intensa sudorese,cefaleia, náusea e vômito, hipersensibilidde visual, com história presente ou não de crises epiléticas em SAA anterior.

A equipe deve também avaliar a condição clínica geral do paciente para a definição das condutas a serem tomadas.

## Tratamento dos transtornos agudos relacionados ao uso prejudicial de álcool

Inicialmente deve-se acolher o paciente com empatia e respeito, evitando a exposição dele nas dependências da UBS e, consequentemente, de comentários ou maus-tratos por parte de outros pacientes ou mesmo da equipe técnica. Em seguida, a equipe deve realizar a avaliação integral do caso, o que vai definir as condutas a serem tomadas.

## Intoxicação alcoólica aguda

Para o quadro de intoxicação aguda, a equipe de saúde deve promover ações de proteção e cuidado que auxiliem o sujeito a interromper o consumo de substâncias naquele momento, o que o auxiliará na recuperação de sua sobriedade sem se expor a maiores riscos. A conduta inicial é proporcionar um ambiente tranquilo e realizar monitoramento dos sinais vitais.

A equipe deve estar atenta para os casos de intoxicação associados à desidratação, devido aos vômitos pós-ingestão de grande quantidade de álcool, e para hipoglicemia, devido à ingestão isolada de álcool e jejum prolongado. Portanto é importante que a equipe realize glicemia capilar do paciente durante a avaliação clínica deste. Após a avaliação clínica, a equipe deve proceder demodo a corrigir as alterações clínicas encontradas (ex.: hipoglicemia) e a intoxicação aguda.

Caso haja sinais de que a alcoolemia está acentuada, devido à incoordenação motora notória, acompanhada de ataxia, as equipes da APS precisam estar mais alertas para possível alteração de consciência e risco de aspiração. Se a ataxia estiver associada a náuseas e vômitos, deve-se considerar o encaminhamento para uma unidade de pronto-atendimento e administrar tiamina 300mg IM, com a finalidade de prevenir a síndrome de Wernicke Korsakoff, complicação potencialmente fatal associada à deficiência de vitamina B/tiamina.

Se houver disartria, alterações de memória, hipotermia ou queda do nível de consciência estiverem presentes caracterizando intoxicação grave, a equipe deve realizar os primeiros cuidados e providenciar o encaminhamento para serviço de urgência.

É importante frisar que o tratamento da dependência alcoólica não termina com a desintoxicação do quadro agudo atual e que o paciente precisará de apoio de uma rede social, formada por amigos, familiares, além da própria equipe de saúde. Assim, para que se evitem novos episódios de intoxicação aguda ou a cronificação do quadro ou a piora dos quadros já crônicos, a equipe de saúde deve acompanhar esses casos mais proximamente, de forma a fortalecer o vínculo com o paciente e sua família.

## Síndrome de abstinência alcoólica

Para todo caso de SAA, deve ser feito o esclarecimento do quadro e dos sintomas para o paciente, familiares e acompanhantes, orientações gerais quanto a riscos relacionados a dificuldades motoras, como dirigir ou operar máquinas de maior precisão, repouso, dieta leve, hidratação, supervisão de cuidados.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

As principais medicações utilizadas nos casos de **SAA leve e moderada são:**

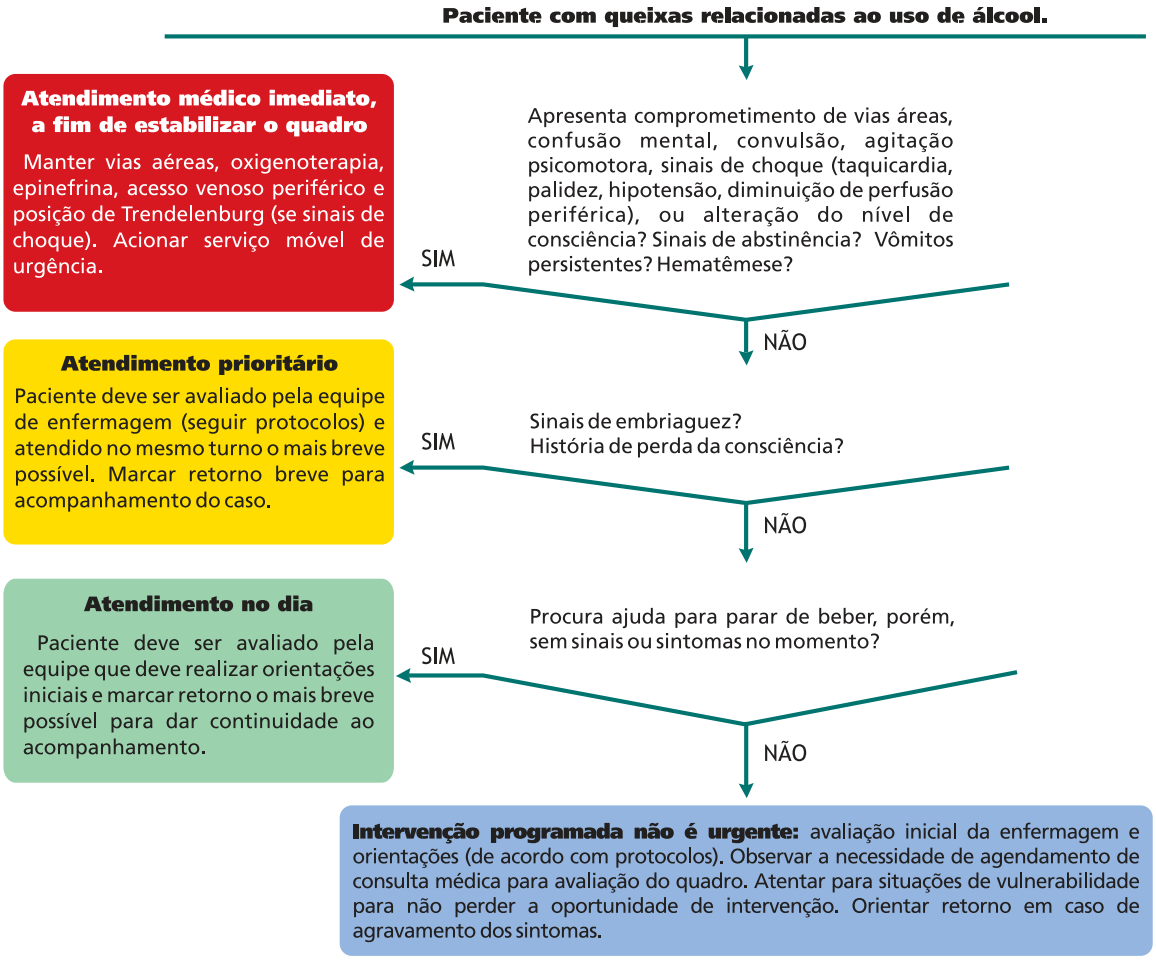
- Diazepan: 20 a 40mg/dia, é importante orientar que a dose de benzodiazepinico deve ser progressivamente diminuída, com acompanhamento da equipe, pois é comum que o paciente não retorne logo e continue fazendo uso de benzodiazepínicos associado à ingesta de álcool;
- Em caso de hepatopatia: lorazepan 4 a 8mg/dia;
- Tiamina: 300mg IM, dose única.

**Nos casos de SAA grave**, o paciente deve ser encaminhado para atendimento **hospitalar** devido aos riscos de complicações. No hospital, o paciente deverá ficar em repouso absoluto, ter a glicemia e os eletrólitos monitorados e manter a hidratação. Será medicado com tiamina 300mg IM e receberá sedação com benzodiazepínicos – oral ou EV, conforme o nível de consciênciae decisão da equipe.

Algumas observações são importantes no manejo medicamentoso:

- Evitar uso de: antipsicóticos de baixa potência, como clorpromazina e levomepromazina, pois podem aumentar o risco de sedação e episódio convulsivo.
- O uso de benzodiazepínicos deve ser feito por **via oral**, se necessário, de acordo com a intensidade dos sintomas e com o risco de busca da "melhora" da SAA com reutilização de álcool.

Figura 70 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabiliadade dos pacientes com transtornos agudos relacionados ao uso de álcool




Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## Redução de danos

Além de pessoas em SAA e IAA, é comum no acolhimento à demanda espontânea, pacientes e familiares, trazerem demandas que podem estar direta ou indiretamente relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas. Este momento pode ser uma oportunidade para iniciar ou convidar a um diálogo, que primeiramente possa identificar quais são as preocupações que o indivíduo ou a sua família traz. A partir disso, pode se conversar sobre as situações em que ocorre o consumo, a frequência, o acesso às substâncias e as sensações provocadas por estas.

No caso do consumo ser compreendido como prejudicial, uma possibilidade de oferta é a redução de danos como uma prática de educação emancipatória, que encoraje a reflexão sobre a produção, distribuição e o consumo das drogas (lícitas e ilícitas). Desta forma, não se trata de tomar o indivíduo como ser passivo ou incapaz de tomar decisões, mas também não se trata de culpabilizá-lo. O uso prejudicial de substâncias psicoativas é resultado de um processo sócio-histórico, que deve ser debatido entre usuários e trabalhadores de saúde.

A redução de danos não tem como finalidade a abstinência, e sim evitar consequências prejudiciais ao indivíduo, como danos físicos, mortes e sequelas por causas externas como violência e acidentes. No caso do álcool, pode-se pensar em algumas ações que podem ser sugeridas dentro de um planejamento de cuidados, que pode ser iniciado já no acolhimento à demanda espontânea:

– Alimentação e hidratação: comer e beber outros líquidos enquanto ingere a bebida, além de prevenir a intoxicação alcoólica aguda, reduz a quantidade álcool consumida e consequentemente os danos advindos do consumo.

– Momento do consumo: planejar com o usuário o melhor momento para beber. Esta escolha leva em consideração, entre outras coisas, que o indivíduo não beba sozinho, que não dirija após beber, que "programe" a quantidade e o tipo de bebida a ser ingerido.

– Local do consumo: é importante que o local de consumo seja seguro. Sendo o consumo de álcool uma atividade social, é interessante que esteja associado com outras atividades como, por exemplo, dançar ou jogar de sinuca. Isto pode ajudar a reduzir a quantidade de bebida ingerida.

– Tipo de bebida: conversar com o usuário sobre a possibilidade de substituir as bebidas destiladas por bebidas fermentadas, que contêm menor concentração alcoólica.

Para além destas medidas mais práticas, é importante que a equipe de saúde se debruce sobre a questão do consumo de substâncias psicoativas no território, tentando compreender o contexto em que este consumo se dá no âmbito coletivo. No planejamento da equipe, é necessário pensar, por exemplo, quais são as atividades de cultura e lazer presentes no bairro e ver a possibilidade de projetos intersetoriais.

## Crise psicótica aguda

## Definição

Segundo a CID-10, são considerados **"transtornos psicóticos agudos e transitórios"** um grupo heterogêneo de transtornos que se caracterizam pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos, tais como "ideias delirantes, alucinações, perturbações das percepções e por uma desorganização maciça do comportamento normal" (OMS, 1993).

O termo "agudo" diz respeito a um quadro clínico que em geral evolui e cursa com a cura completa em poucos meses ou algumas semanas ou mesmo dias. Quando o transtorno persiste, o diagnóstico deve ser modificado. O quadro pode ocorrer com "perplexidade" e "confusão", mas as perturbações



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 294/359



relativas ao tempo, ao espaço e à própria pessoa não são tão graves ou constantes que possam se enquadrar nos critérios de *Delirium* de origem orgânica. É bastante comum que os sintomas estejam associados a "estresse" agudo ou outros fatores desencadeantes (ver quadro abaixo).

O paciente psicótico costuma mobilizar muito as equipes de saúde nos momentos de crise aguda. É muito frequente que a equipe se depare com o medo de agressividade do paciente, o que de fato pode ocorrer, e sua prevenção e manejo efetivos são frutos de treinamento e suporte da equipe de saúde da atenção primária, consolidada com apoio de especialistas em saúde mental, sejam eles de equipes de Nasf, Caps ou outros equipamentos.

Uma equipe de atenção primária, que já se responsabiliza pelos pacientes que apresentam transtornos mentais comuns (TMC) e/ou transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas, deve também estar preparada para acolher e avaliar aqueles com episódios de crise psicótica. Isso fortalece o vínculo do usuário com a equipe, favorece a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a responsabilização, e caminha em direção da atenção integral à saúde baseado nas reais necessidades da comunidade adstrita, o que contribui para redução do estigma relacionado aos problemas de saúde mental.

### Fatores etiológicos orgânicos relacionados ao transtorno psicótico agudo:

| |
|---|
| Intoxicação por álcool e/ou outras drogas; |
| Abstinência de álcool e/ou outras drogas; |
| Efeitos do álcool a longo prazo; |
| Infecções; |
| Distúrbios endócrinos; |
| Distúrbios respiratórios: hipóxia/hipercapnia; |
| Distúrbios metabólicos, distúrbios hidreletrolíticos; |
| Deficiências nutricionais: ácido nicotínico (pelagra); |
| TCE; |
| Distúrbios cardiovasculares; |
| Neoplasias: lesões primárias ou metastáticas no SNC; |
| Epilepsia: grande mal e epilepsia do lobo temporal; |
| Distúrbios imunológicos e do colágeno: lúpus eritematoso sistêmico; |
| Aids; |
| Doenças degenerativas; e/ou |
| Outras causas: *Gilles de La Tourette* etc. |

## Diagnóstico

### Quadro clínico

Os pacientes podem apresentar uma gama de sintomas diferentes, a considerar:

- Presença de alterações de senso percepção, tais como ilusões e alucinações (visuais, auditivas, gustativas), crenças, medos e apreensões.
- Aparência descuidada, higiene precária.
- Desconfiança acentuada, hipervigilância, hostilidade marcada, isolamento.
- Comportamento desorganizado, catatonia.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

- Solilóquios (falar sozinho), alheamento do mundo externo.
- Agitação psicomotora, humor marcadamente eufórico, excitação, planos grandiosos, taquilalia, loquacidade acentuada.
- Alterações do afeto, exacerbação ou incongruência, conduta bizarra ou estranha.
- Sinais eminentes de agressão.

## Diagnóstico diferencial

É importante, durante a avaliação clínica do paciente, que sejam descartados possíveis transtornos mentais orgânicos. Assim, alguns sinais/sintomas devem ser observados:

- Desorientação no tempo e espaço, alterações na atenção e memória, que estão comumente relacionadas a transtornos cognitivos (demência, por exemplo).
- Tristeza, falta de iniciativa, choros imotivados, ansiedade, irritabilidade, alterações emocionais, que estão geralmente relacionados a transtornos do humor (depressão, síndrome do pânico etc.).
- Dificuldades para controle de impulsos sexuais, agressividade, alterações de comportamento, tentativas de incêndio, tricotilomania, que podem estar presentes em transtornos decomportamento e de personalidade.
- História de trauma, uso de substância ilícitas ou de álcool.

Vale ressaltar que, durante a avaliação clínica, o exame físico (geral, neurológico e psiquiátrico) pode dar dicas e apontar sinais que ajudem no diagnóstico diferencial de quadros psicóticos agudos orgânicos ou psiquiátricos.

## Manejo clínico

### Orientações gerais

O manejo deve ser acolhedor, na tentativa de mostrar ao paciente que a equipe está entendendo seu sofrimento e que fará o que estiver ao seu alcance para ajudá-lo a recuperar sua tranquilidade e evitar que possa fazer algo impulsivamente danoso a si e a outras pessoas.

É sempre importante que a família compreenda a sua importância para o tratamento efetivo do paciente e, por isso, esteja presente não só durante a crise, mas ao longo do acompanhamento clínico. Por isso, a equipe deve sempre contar com a participação da família para auxiliar no manejo e corresponsabilizar-se com o cuidado do paciente. Familiares e outros acompanhantes que demonstrem muita dificuldade em colaborar ou que possam exacerbar a raiva ou agitação do paciente devem ser afastados temporariamente do ambiente em que o paciente se encontra, sem que isso promova desresponsabilização do familiar ou acompanhante.

Devido à crise, a compreensão do indivíduo pode estar comprometida, e assim é preferível que o diálogo com o paciente seja concentrado em um ou, no máximo, dois profissionais, para que não haja riscos de combinações contraditórias ou perguntas em excesso que possam piorar o quadro de desorganização mental.

Deve-se evitar ficar só com o paciente, principalmente em uma sala em que o técnico tenha dificuldade de solicitar ajuda caso venha a ser agredido. Também devemos evitar deixar à disposição do paciente objetos que podem trazer risco de ferimento, por corte ou arremesso.

Caso o paciente demonstre sinais de violência ou realize alguma ameaça, é muito importante mostrar firmeza. Caso necessário, a equipe deve estar preparada para o enfrentamento de uma crise de agitação psicomotora grave que venha ameaçar os profissionais, familiares e outras pessoas que



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 296/359



estejam no local. Logo, a equipe de saúde deve estar treinada para a realização de contenção e saber o melhor momento para solicitar a remoção do paciente por meio do SAMU ou dos bombeiros ou, em último caso, da polícia civil local.

A abordagem inicial deve voltar-se para redução de estímulos e fatores estressantes,promovendo ações em prol da segurança do paciente, da equipe e da comunidade. É importante abordar a família para a supervisão e acompanhamento do paciente, bem como orientá-los sobre a importância de manutenção dos cuidados básicos como alimentação, hidratação e cuidados de higiene. É importante evitar confrontos ou críticas no momento agudo, no sentido de impedir maiores danos ou comportamento destrutivo.

### Contenção do paciente

Os casos de crise intensa e risco de auto e heteroagressividade necessitam de contenção, pois demonstram a incapacidade momentânea do sujeito de lidar com suas emoções e sentimentos. Assim, os profissionais de saúde da APS devem estar aptos a realizar a contenção física e medicamentosa, como exposto abaixo.

### Contenção física

Deve ser evitada, mas pode se tornar imperiosa em casos de violência ou eminência de violência ou quando os medicamentos não sejam eficazes.

Se houver necessidade de contenção física, ela dever ser realizada por uma equipe mínima de cinco profissionais, um para cada membro e outro para auxiliar na proteção cabeça do paciente. Os profissionais devem ser treinados para trabalhar em equipe e ter materiais que permitam uma contenção adequada de forma a evitar maiores danos e lesões.

### Tratamento medicamentoso

A sintomatologia da crise aguda pode ser tratada com os mesmos fármacos utilizados na esquizofrenia. Quando a agitação é intensa, o objetivo do uso de medicamentos é diminuir a agitação, o que geralmente cursa com sedação, **que poderá reforçar a necessidade de encaminhamento para um serviço especializado de emergência, que disponibilize leitos para observação ou até mesmo curta permanência, até que o quadro se estabilize.**

### Uso de antipsicóticos

Desde que usados em doses equipotentes, todos os fármacos antipsicóticos são igualmente eficazes. Contudo o antipsicótico mais utilizado, por ser um medicamento que confere relativa segurança posológica, é o haloperidol injetável, na dose de 5mg/1 ml IM (intramuscular), numa dose máxima de 30mg/dia.

Uma questão importante a ser levada em consideração sobre o uso de antipsicóticos é o corolário de efeitos colaterais que podem causar. No atendimento às emergências psiquiátricas,o principal efeito é a distonia aguda. Para evitá-la, podem-se administrar antiparkinsonianos, como o biperideno, na dose inicial de 1mg (via oral) ao dia, até atingir a dose máxima de 12mg,se necessário e de acordo com o tempo de tratamento com antipsicóticos de alta potência (por exemplo, haloperidol).

Em caso de distonia aguda, utiliza-se 0,5 ampola de biperideno IM (5mg/ml), podendo-se repetir a dose a cada 30 minutos, até alívio da sintomatologia, não devendo ultrapassar quatro ampolas em 24h.

### Prevenção das crises

As formas de prevenção às crises estão ligadas ao prévio conhecimento do usuário, seu acompanhamento contínuo e de suas reações comuns em momentos de crise. Quando a UBS



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

desenvolve trabalho consistente de saúde mental, costuma conhecer boa parte dos pacientes que apresentam quadros psicóticos crônicos, que, por sua vez, representam a grande parte da demanda espontânea atendida na UBS devido às "crises psicóticas agudas".

Pacientes portadores de transtornos mentais de longa data, muitos considerados "crônicos", apresentam episódios de agudização devido à descontinuação do tratamento e da medicação, o que ocorre com bastante frequência. As causas de interrupção são bastante variadas, mas incluem importantes elementos passivos de prevenção, tais como efeitos colaterais, baixa acessibilidade aos medicamentos, ou aos serviços de saúde para a continuidade do acompanhamento, falta de apoio familiar, interação medicamentosa negativa, entre outros. São nesses pontos que a equipe deve concentrar suas ações no seguimento desse paciente.

Os casos novos devem ser reavaliados pela equipe da APS, o mais brevemente possível, a fim de iniciar o acompanhamento do caso em conjunto com a equipe de Saúde Mental e de identificar a necessidade de encaminhamento para serviços de saúde mental de referência.

Nesse segundo encontro, a equipe deve estar atenta a adesão à medicação, aos possíveis efeitos colaterais, à melhora dos sintomas psicóticos, ao apoio da família e da rede social e, principalmente, a como os pacientes estão se sentindo em relação ao episódio agudo.

## Risco de Suicídio

Em contraste a um surto psicótico grave, com desorganização clara do pensamento, as manifestações de uma pessoa com plano suicida podem ser bastante sutis. Não obstante, o suicídio é apontado, no Brasil, como a causa de 5,6 mortes por 100.000 habitantes e está em tendência crescente ao longo das últimas três décadas.

Assim, é preciso treinar o olhar para captar usuários em risco e superar as resistências em tratar deste tema. É comum que o profissional sinta-se temeroso em questionar sobre a presença de ideias de acabar com a própria vida, acreditando que assim poderá fortalecer ou mesmo provocar tais intenções. Ao contrário, quando nos colocamos abertos a conversar sobre isso, torna-se possível trabalhar com as ambivalências destes sentimentos, fortalecendo os fatores que preservam o desejo de viver e o vínculo entre profissional e usuário, estabelecendo uma plano de proteção imediata e a longo prazo.

O objetivo deste capítulo é instrumentalizar as equipes de Atenção Básica a identificar pacientes com risco de suicídio que procuram ajuda por demanda espontânea e intervir precocemente. Os profissionais devem estar sensíveis aos sinais que levantam suspeita de ideação suicida, pois apesar de poder não configurar risco biológico emergencial (exceto nos casos de tentativa executada), um paciente com presunção elevada pode representar um grande risco psicossocial para a pessoa e sua família, caso esta construa e execute um plano de suicídio.

## Fatores de risco

Existem diversos fatores com associação comprovada e com maior incidência de suicídio. Listou-se alguns, abaixo, apenas para aumentar a sensibilidade da equipe na percepção do risco para o suicídio. Deve-se tomar cuidado tanto para não rotular e julgar determinadas situações, quanto para não deixar que outras situações que não estão aqui descritas passem despercebidas (por exemplo, mulheres que estejam no climatério).

➔ **Fatores de risco maiores:** transtornos mentais e passado de tentativa de suicídio.

➔ **Fatores de risco menores**

- Sociodemográficos: sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos, extratos econômicos extremos, residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente perda



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

recente do emprego), aposentados, ateus, solteiros ou separados, imigrantes.

- Perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, datas importantes, reações de aniversário.
- Condições Clínicas Incapacitantes:doenças orgânicas incapacitantes, dor crônica, lesões desfigurantes perenes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas, aids.

## Avaliação

O profissional deve atender o usuário em espaço com privacidade e colocar-se à disposição para ouvi-lo, pelo tempo necessário, até obter uma compreensão mínima sobre a situação e estabelecer vínculo. Durante a entrevista, é importante que consiga avaliar:

- Estado mental e critérios de suspeita de transtorno mental, sobretudo a depressão (mais prevalente), mas também transtorno afetivo bipolar, abuso de substâncias psicoativas, esquizofrenia e transtornos de personalidade.
- Risco de suicídio.
- Presença de rede de apoio social.

Frases como: "Eu preferia estar morto", "Eu não aguento mais", "Eu não posso fazer mais nada", "Sou um peso para os outros", "Os outros vão estar mais felizes sem mim", podem ser consideradas como um sinal de alerta durante a avaliação do paciente.

O profissional pode também tentar "quantificar" o risco do plano suicida por meio dos seguintes passos:

**1.** Descobrir se a pessoa tem um **plano** definido para cometer suicídio:

*Você fez algum plano para acabar com sua vida?*

*Você tem uma ideia de como vai fazê-lo?*

**2.** Descobrir se a pessoa tem os **meios** para executar o plano:

*Você tem pílulas, uma arma, veneno ou outros meios?*

*Os meios são facilmente disponíveis para você?*

**3.** Descobrir se a pessoa fixou uma **data**:

*Você decidiu quando você planeja acabar com sua vida?*

*Quando você está planejando fazê-lo?*

Após essa avaliação de risco de suicídio atual, este pode ser classificado em:

- Baixa: pensamentos suicidas sem plano.
- Média: pensamentos e planos, sem intenção de executá-lo neste momento.
- Alta: pensamentos, plano, meios e intenção de executá-lo prontamente ou já tomou as providências para isso.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Atenção as ideias e atitudes dos profissionais de saúde sobre o suicídio que podem atrapalhar o cuidado deste paciente

- "Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso".
- "Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular".
- "Quem quer se matar se mata mesmo porque quem quer se matar não avisa".
- "Suicídio é um ato de covardia (ou coragem)".
- "No lugar dele, eu também me mataria".
- "Veja se da próxima vez você se mata mesmo".
- "Quem se mata é bem diferente de quem apenas tenta".
- "Após uma tentativa de suicídio, uma melhora rápida das condições mentais significa que o perigo passou".

## Manejo Clínico (Baseado no risco de suicídio)

### Baixo risco

- Oferecer apoio e estabelecer vínculo. Trabalhar as ambivalências em relação à ideia de suicídio, fortalecendo os aspectos positivos da pessoa e explorando as alternativas ao suicídio. Marcar avaliação breve para diagnosticar transtornos mentais (depressão, ansiedade, alcoolismo, uso de drogas etc.) para possível introdução de tratamento farmacológico.
- Manter contato e deixar a pessoa à vontade para retornar se o sentimento de angústia parecer insuportável, de preferência estabelecendo um combinado, deixando como referência mais de um trabalhador de saúde que possa procurar para conversar, mesmo sem estar agendado.
- Com a permissão do usuário, agendar entrevista com familiares ou outros membros da sua rede de apoio mais próxima que possam auxiliar no tratamento.

### Médio risco

A mesma conduta dos casos de baixo risco, com as seguintes ressalvas:

- A interconsulta ou discussão do caso com profissionais de saúde mental do Nasf (Núcleo de Apoio a Saúde da Familia) ou do Caps (Centro de Apoio Psicossocial) de referência deve ser priorizada.
- Estabelecer um contrato com o usuário de que não tentará se matar sem avisar a equipe e/ou por um período específico, por exemplo: até a consulta agendada com o psiquiatra ou com o médico ou até que o tratamento farmacológico comece a fazer efeito etc. Entrar em contato imediatamente com familiares ou outros membros da rede de apoio, sempre com o consentimento prévio do usuário. Oriente os familiares sobre medidas de prevenção como afastar armas e outros materiais potencialmente nocivos e evitar deixar o usuário sozinho. Quando não houver rede de apoio ou considerar que esta não tem condições de oferecer estes cuidados, estabelecer um diálogo com o usuário e a rede de referência em saúde mental para buscar as possíveis alternativas de garantia de proteção, inclusive a internação, até que se reduza o risco.

### Alto risco

- Não deixar a pessoa sozinha sem observação.
- Informar o caso ao Caps ou hospital geral de referência e solicitar transporte em ambulância para internação.

Informar os familiares sobre a situaçãoe oferecer apoio e cuidados para os mesmos. **Triagem de depressão**



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 300/359



Esta triagem deve ser usada como um instrumento em um segundo momento e não como a finalidade do atendimento. Antes de realizar a triagem, é necessário fazer perguntas abertas sobre os sentimentos, relações familiares e sociais, a rotina e o interesse nas atividades, apetite, sono etc. tanto para fortalecer o vínculo, quanto para possibilitar uma avaliação mais integral do caso. O resultado desta triagem deve ser aliado às outras informações que se obtêm sobre a história de vida do paciente.

**O profissional deve fazer as seguintes perguntas, referentes às duas últimas semanas:**

**1.** Tem se sentido triste, desanimado, deprimido durante a maior parte do tempo, quase todos os dias?

**2.** Tem perdido o interesse e o prazer nas coisas que consumava gostar?

**Se uma das duas respostas for positiva, continuar com as perguntas abaixo:**

**A.** Houve mudança significativa do seu apetite?

**B.** Tem problemas para dormir quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, desperta durante a noite, dorme mais do que o habitual)?

**C.** Tem falado ou se movido mais lentamente que o habitual ou, tem se sentido inquieto ou incapaz de permanecer parado?

**D.** Tem se sentido cansado, sem energia quase todos os dias?

**E.** Tem tido dificuldade para tomar decisões, concentrar-se ou problemas de memória quase todos os dias?

**F.** Tem tido pensamentos desagradáveis em várias ocasiões, como por exemplo: preferia estar morto ou de lastimar-se ou ferir a si mesmo?

**Interpretação:**

3 – 4 respostas positivas: depressão leve

5 – 7 respostas positivas: depressão moderada

8 – 9 respostas positivas: depressão grave

## Tratamento da depressão

Conversar com o usuário e seus familiares sobre depressão e os seguintes aspectos:

- Depressão não é falta de caráter.
- Não é causada por falta de ocupação.
- Não melhora espontaneamente com esforço pessoal.
- Os medicamentos empregados não causam dependência química.

É uma doença comum, com tratamento disponível e grandes chances de cura ou controle.

## Medidas não farmacológicas

O trabalho em atenção básica, por se concretizar em território determinado, tem grande potência em ofertar possibilidades de cuidados. Estas se dão por meio do cuidado com a família em visita domiciliária ou outras formas de atendimento, na identificação e fortalecimento da rede de apoio, no encaminhamento para grupos (terapêuticos ou não) e outros equipamentos sociais



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Para isso, é necessário que o caso seja discutido em equipe, que contando com o apoio do Nasf nesta discussão, poderá conjuntamente com o paciente e sua família construir um projeto terapêutico individual, levando em conta a singularidade de cada caso. Alguns pacientes, por exemplo, devido ao seu sofrimento psíquico não conseguem inicialmente participar de uma atividade coletiva. Para eles pode se pensar em atividades individuais como consultas ou visitas, formulando uma agenda que conte com mais de um profissional de referência (por exemplo, a auxiliar de enfermagem e o médico, ou a enfermeira e o agente comunitário).

## Medidas farmacológicas

Tem eficácia comprovada para o tratamento da depressão moderada e grave. É importante esclarecer que existe um tempo de latência médio de 2 a 6 semanas até que os antidepressivos atinjam seu efeito. Um dos grandes problemas no tratamento com psicofármacos é a sua prescrição em subdoses ou por tempo insuficiente. O Nasf poderá ser acionado para apoio à decisão farmacológica. O objetivo será a remissão completa dos sintomas em até dois meses.

Abaixo, apresentamos um quadro esquemático de doses e efeitos adversos dos principais fármacos antidepressivos de acesso às equipes de atenção básica.

Quadro 65 – Quadro de doses e efeitos adversos dos antidepressivos de mais fácil acesso na Rede Básica

| Droga | Dose inicial | Dose Terapêutica | Vantagens | Efeitos Colaterais Comuns |
|---|---|---|---|---|
| Amtriptilina | 10-25mg | 100-300mg | Promove o sono | Sedação, hipotensão ortostática, efeitos anticolinérgicos, ganho de peso |
| Nortriptilina | 10-25mg | 50-100mg | Promove o sono<br>Possível dosar nível sérico | Sedação, hipotensão ortostática, efeitos anticolinérgicos, ganho de peso |
| Imipramina | 10-25mg | 100-300mg | Promove o sono | Sedação, hipotensão ortostática, efeitos anticolinérgicos, ganho de peso |
| Fluoxetina | 10-20mg | 20-80mg | Poucos efeitos colaterais | Insônia, inibição de ensimas hepáticas, anorexia, perda de peso, disfunção sexual |

Fonte: (CORDIOLLI, 2005).

## Transtornos de ansiedade agudos

Ansiedade faz parte do rol das emoções humanas. Trata-se de uma reação fisiológica de alerta diante das situações de ameaça ou perigo, contudo, torna-se um transtorno quando surge mesmo na ausência de estímulos ou em intensidade desproporcional aos mesmos, gerando incômodo e limitações.

Crises de ansiedade podem ter diversas origens, incluindo reações transitórias à situações de estresse e transtornos mentais crônicos como ansiedade generalizada, transtorno do pânico e transtorno obsessivo compulsivo e de somatização. Para um diagnóstico preciso, podem ser necessários alguns encontros e o apoio da equipe de referência em saúde mental.

Este tópico tem objetivo de guiar as equipes de UBS para a identificação e o primeiro manejo do sofrimento agudo, sem delinear estratégias a longo prazo para cada patologia específica.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 302/359



## Identificação de ansiedade

As queixas relacionadas a ansiedade costumam ser inespecíficas e muitas vezes relacionadas às sensações somáticas. Usuários que procuram a UBS repetidamente com múltiplas queixas sem origem específica devem acender um alerta para pesquisa de ansiedade, ao invés da simples banalização dos sintomas.

## Sintomas de crise de ansiedade:

- Manifestações cardiovasculares: palpitações, taquicardia, lipotímia, dor precordial.
- Manifestações respiratórias: falta de ar, hiperventilação, acessos de tosse.
- Manifestações digestivas: náuseas, dor abdominal, dor ou desconforto epigástrico, tenesmo, sede paroxística.
- Manifestações genito-urinárias: dor pélvica, poliúria.
- Manifestações neurológicas e sensoriais: tonturas, cefaleia, formigamentos, tremores, sudorese, boca seca, calorões ou calafrios, coceira.
- Manifestações psíquicas: medo de morrer, despersonalização e desrealização, ansiedade, inquietação, insônia, choro, dificuldade de concentração e aprendizagem.

## Avaliação

Algumas perguntas são úteis para determinar a intensidade e frequência dos sintomas, tais como:

- Você já teve ataques de pânico? (caracterizar o que é ataque de pânico, caso seja necessário)
- Existem lugares ou situações que você evita?
- Como a ansiedade ou condutas evitativas (por medo ter uma crise) afetam sua vida?

No diagnóstico diferencial é importante atentar para a exclusão de causas orgânicas, doenças clínicas que podem mimetizar ataques de ansiedade: hipertireoidismo e hiperparatireoidismo, asma, doenças do sistema cardiovascular, digestivo e nervoso central, dor crônica, tensão pré-menstrual, hipoglicemia.

Também deve-se lembrar de possíveis reações adversas a medicamentos que podem causar ansiedade tais como: antidepressivos, anfetaminas, cafeína, corticoides, bloqueadores do canal de cálcio, anticonvulsivantes, antipsicóticos, levotiroxina.

## Tratamento não farmacológico

A equipe deve demonstrar interesse nas queixas apresentadas pelo paciente e disposição para ajudá-lo. Além disso, tranquilizar as pessoas sobre seu estado geral de saúde e evitar a solicitação de exames desnecessários.

Também deve-se questionar sobre situações e fatores de estresse relacionados ao aparecimento dos sintomas e se o paciente percebe ligação entre seu estado emocional e as queixas relatadas. Faz-se importante fornecer informações sobre o que são transtornos de ansiedade e sua alta prevalência, deixando claro que apesar de perceber que os sintomas provavelmente não estão relacionados a uma origem orgânica, o profissional sabe que se tratam de sensações e não meras invenções, o que pode ajudar o usuário a reconhecer seu problema e a tranquilizar-se diante das crises de pânico.É desejável conversar sempre sobre a situação com os familiares e/ou outros cuidadores potenciais, sempre com o cuidado de respeitar o sigilo das informações.

Existem diversas técnicas de psicoterapia individual ou em grupo, que podem ser desenvolvidas na atenção básica, caso a UBS dispor de espaço físico. Os retornos devem ser agendados para um período breve, bem como discussão do caso com o Nasf.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

### Tratamento farmacológico

Quando os sintomas forem intensos provocando limitações significativas, o médico deve avaliar a indicação imediata de tratamento farmacológico. A duração do tratamento será variável de acordo com a patologia específica, e esta decisão tomada em conjunto com a equipe de referência em saúde mental.

➔ **Antidepressivos**

Os antidepressivos são a primeira linha de tratamento. É importante esclarecer o usuário que os antidepressivos têm resposta cumulativa ao longo das primeiras duas a quatro semanas. Abaixo quadro de doses e efeitos adversos dos fármacos utilizados no tratamento dos transtornos de ansiedade e de mais fácil acesso na Rede Básica.

Quadro 66 – Doses e efeitos adversos dos fármacos utilizados no tratamento dos transtornos de ansiedade e de mais fácil acesso na Rede Básica

| Droga | Indicação | Indicação | Efeitos Colaterais Comuns |
|---|---|---|---|
| Fluoxetina | 20-80mg | Pânico, Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático | Insônia, inibição de enzimas hepáticas, anorexia, perda de peso, disfunção sexual |
| Imipramina | 100-250mg | Pânico, Ansiedade Generalizada | Sedação, hipotensão ortostática, efeitos anticolinérgicos, ganho de peso, visão borrada |

Fonte: (CORDIOLLI, 2005).

O clonazepam pode ser utilizado na UBS como "SOS" em doses 0,25 – 0,5mg sublingual para alívio de crises que não respondem a abordagem não farmacológica.

A indicação de uso contínuo de benzodiazepínicos deve ser cautelosa. Seu uso indiscriminado está contraindicado, uma vez que esta classe de medicamentos está relacionada a um alto índice de dependência e tolerância. Regimes para autoadministração pelo usuário podem ser prescritos pelo médico com posologia 0,5mg até 2,0mg VO/dia, preferencialmente, para uso quando as crises estiverem presentes. Maiores dosagens requerem sempre o aval de um especialista.

## 2.24 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Apesar de uma imagem da atenção básica como um espaço que lida com situações mais "leves" de promoção e prevenção de saúde ou problemas menos graves, a comunicação de más notícias é um evento bastante frequente a ser manejado por estas equipes. Isso envolve desde resultados positivos de rastreio de câncer ou HIV, bem como o impacto de um diagnóstico de outras situações bastante comuns como diabetes ou tuberculose. Perceber esse impacto pode ser crucial para a compreensão da doença e adesão ao seu tratamento, bem como para que a pessoa sinta que pode contar com o apoio da sua equipe de referência, reduzindo o medo e a ansiedade diante do diagnóstico.

Esses eventos exigem dos profissionais habilidades de comunicação, habitualmente pouco desenvolvidos durante sua formação acadêmica. Para tanto, oncologistas desenvolveram um protocolo que auxilia os profissionais a conduzirem estes encontros com o usuário e seus familiares, traduzidos pelo Grupo Babel para o Ministério da Saúde.

### Habilidades de comunicação fundamentais

São habilidades e posturas comunicacionais a serem constantemente desenvolvidas:



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

### 1– Perguntar – responder – perguntar (*Ask-Tell-Ask*)

Antes de oferecer explicações, pesquisar o que a pessoa já conhece.

- Sabe por que foi chamada?
- Imagina por que foi solicitado tal exame?
- Que informações tem sobre a doença em questão?
- Já tem expectativas relacionadas ao resultado?

Informar a má notícia, prognóstico e tratamento em linguagem clara, coloquial e em frases curtas, dar tempo para que a pessoa e sua família possam absorver cada informação e trazer dúvidas. É importante perguntar o que a pessoa compreendeu do que lhe foi dito. Se a conversa parece não ter sido bastante esclarecedora, novas perguntas abertas podem ajudar a restabelecer o fluxo de comunicação. Por exemplo: "O que mais você gostaria que eu esclarecesse?" "Fale mais sobre como está sentindo a respeito?"(*tell me more*).

### 2– Lidar com as emoções do usuário

A mnemônica TERNA (do original *NURSE*, em inglês) aponta posturas que auxiliam a aceitar e responder às emoções do paciente.

Quadro 67 – Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental

| | | |
|---|---|---|
| **T** | Tatear | Procurar explorar sinais verbais e não verbais de manifestações emocionais durante o contato profissional-usuário. |
| **E** | Entender | Esforçar-se para, sem constranger o usuário, procurar entender quais são as emoções que ele apresenta. Para isso, podem ser necessárias, na mesma entrevista, perguntas abertase silêncio até que o usuário sinta-se à vontade para expressar-se. |
| **R** | Respeitar | Respeitar as manifestações emocionais do usuário, procurando suspender o julgamento sobre elas, especialmente quando nos incomodam. Este respeito pode ser manifesto por meio de sinais não verbais, mas uma assertiva verbal pode ser utilizada. |
| **N** | Nomear | Ao perceber tais sinais, procurar indicar, sem fazer o usuário sentir-se acuado, que ele está manifestando conteúdos emocionais no atendimento. Exemplos: "Percebo que você pode estar preocupado"; "Pessoas na sua situações costumam ficar com raiva". |
| **A** | Apoiar | Manifestar claramente que a abordagem emocional não significa rotular o paciente, mas sim apresentar a equipe como fonte de apoio. |

Fonte: (CHIAVERINI et al., apud BRASIL, 2011, adaptado).

### 3– Seis passos na comunicação de más notícias

Outra mnemônica traduzida do inglês "*SPIKES*" para "AAIISS" em português.

Quadro 68 – Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental

| | | |
|---|---|---|
| **A** | Arranjo inicial | Preparar-se para o processo: organizar-se mentalmente, planejar como será dada a informação, rever fatos técnicos, efetuar preparos menores (lenços de papel, por exemplo). |
| **A** | Apreensão do paciente | Investigar como o usuário apreende a situação e também o quanto está apreensivo. Procurar identificar o que o usuário sabe, como costuma responder, quais são suas expectativas e seus objetivos. |
| **I** | Investigação sobra a informação | Levantar quanta informação o usuário quer saber – o que varia de pessoa para pessoa –, desde a postura de "não me esconda nada", passando por "não quero saber muito, quero resolver" até "não quero saber nada, resolva com meu familiar". |
| **I** | Nomear | Ao perceber tais sinais, procurar indicar, sem fazer o usuário sentir-se acuado, que ele está manifestando conteúdos emocionais no atendimento. Exemplos: "Percebo que você pode estar preocupado"; "Pessoas na sua situações costumam ficar com raiva". |

(continua...)



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

(continuação)

| | | |
|---|---|---|
| **S** | Apoiar | Este é o momento em que, de fato, se informa o fato ruim, de preferência com um aviso antes.<br>Revisar, se necessário, e de preferência com brevidade, os dados que o paciente demonstrou não conhecer no passo anterior.<br>Dar a informação aos poucos, checando como o paciente a compreende e o tempo que leva para absorver o impacto.<br>Fazer uma pausa após fornecer a informação. |
| **S** | Informação | Demonstrar empatia pelos sentimentos do usuário. Lembrar-se da regra TERNA para respostas emocionais.<br>Resistir a tentar afastar a situação emocional difícil rapidamente usando frases falsamente tranquilizadoras.<br>Demonstrar para o usuário que ele pode contar com você, mesmo nesta situação. |

Fonte: (CHIAVERINI et al., apud BRASIL, 2011, adaptado).

### 4– Posturas e serem evitadas

- **Bloqueio:** diante de uma pergunta que gera grande preocupação do usuário ou seu familiar, o profissional pode tender a ser evasivo ou mudar de assunto sem responder o que foi questionado.
- **Palestra:** explicações muito longas e cheias de termos técnicos, sem abertura a perguntas por parte do usuário, podem dar uma falsa impressão de compreensão, enquanto na verdade a pessoa não foi capaz de acompanhar o raciocínio e fica inibida em lançar questões.
- **Colusão:** quando tanto paciente, quanto familiares evitam falar sobre o assunto e o profissional evita, portanto, trazê-lo à tona. A pessoa pode assumir que se mais algo importante deveria ser dito, o profissional o faria, enquanto este assume que se o usuário precisasse de mais informações teria perguntado. Assim, temas muito importante podem deixar de ser trabalhados.
- **Resposta prematura:** quando pela "falta de tempo" o profissional se adianta em dar resposta a alguma pergunta sem explorar ou manifestar sua compreensão sobre a angústia por trás da questão. Assim, o usuário pode sentir que não teve a atenção suficiente, ou que existem mais informações que não foram reveladas, gerando novas procuras aos serviços de saúde. Ainda, lembrar que prognósticos sobre expectativa de tempo de vida são muito imprecisos e devem ser evitados.

Lembramos que as habilidades de comunicação são desenvolvidas ao longo do tempo, através das experiências. Trazer relatos das experiências prévias com outros usuários, obviamente respeitando os princípios de sigilos e confidencialidade, pode também ajudar a dar mais segurança à pessoa que recebe a notícia.

Caso não se sinta seguro, o profissional pode solicitar que alguém mais experiente também esteja presente. Contudo, é fundamental que alguém da equipe de referência (médico ou enfermeiro) esteja presente, fortalecendo vínculo, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

## 2.25 VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS

Com o passar do tempo, o campo da saúde ampliou sua visão no que concerne à violência. Segundo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, "a violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, classes, nações, ou omissões, que ocasionam a morte de seres humanos, ou afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual" (BRASIL, 2001).

Como se pode perceber, trata-se de um campo complexo, polissêmico e que gera diferentes interpretações para os profissionais que se deparam com essas situações. Para facilitar a comuniação entre os profissionais sugerimos a classificação da violência encontrada no Relatório Mundial da OMS sobre violência e saúde (2002), a saber:

> *(a) Violência dirigida pela pessoa contra si mesma (auto-infligida): esta denominação engloba os comportamentos suicidas – desde ideação suicida à tentativas de suicídio e os autoabusos – as agressões a si próprio e as automutilações.*



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 306/359



> *(b) Violência nas relações (interpessoal): Estas se referem à violência intrafamiliar e o de aspecto comunitário. A primeira é aquela que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família. Não está restrita ao ambiente da casa e inclui as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos. Por outro lado, a violência comunitária inclui violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e, inclusive, a violência institucional presentes em escolas, trabalho, prisões e asilos.*
>
> *(c) Violência no âmbito sociedade(coletiva): nesta categoria, estão os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e de multidões. Incluem-se as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros além de atitudes violentas de cunho étnico, religioso e relativos à sexualidade.*

O objetivo deste capítulo é facilitar o acolhimento de usuários nos serviços de atenção primária à saúde quanto a situações de violência interpessoal. Para tal, é necessário compreender e distinguir os atos violentos sofridos pelo usuário.

Atos violentos podem ser de ordem física", quando há o uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem; ou psicológica", quando há agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social, ou quando há abuso de poder de forma repetida e sistematizada, em casos de assédio moral no ambiente de trabalho.

Também pode-se caracterizar especificamente os tipos de violência de natureza sexual, quando há aliciamento, violência física ou ameaças no ato ou jogo sexual em relações hétero ou homossexual e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais.

- Abuso sexual infantil: violência caracterizada por ter como vítimas crianças e adolescentes que são induzidas a manter qualquer nível de atividade sexual com adulto ou outro adolescente.
- Exploração sexual: consiste na utilização de pessoas (mulheres, crianças e adolescentes, por exemplo) em atividades sexuais remuneradas, como a exploração no comércio do sexo, a pornografia infantil ou a exibição em espetáculos sexuais públicos ou privados.

Também considera-se violência atos de abandono, negligência ou privação de cuidados a alguém que deveria receber atenção, tais como: idosos frágeis, deficientes físicos, portadores de sofrimento mental e crianças.

Crianças, idosos, pessoas portadoras de deficiências e mulheres constituem grupos vulneráveis à violência, principalmente no âmbito familiar.

Há que se diferenciar os conceitos de violência contra mulher e violência intrafamiliar. A última é definida como as várias formas de agressão contra crianças, mulher, homem ou contra idosos no ambiente doméstico ou fora do mesmo cometido por familiares (MINAYO, 2006). Já a violência contra mulher se caracteriza pela opressão de gênero e suas relações de poder de homens sobre mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias manifestada no âmbito privado, como a família ou domicilio e também no espaço público (MINAYO, 2006).

Em termos sintéticos, a seguir são apresentadas definições dos tipos de violência que geram sofrimento à mulher, principalmente no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, de acordo com o artigo sétimo da Lei nº 11.340, de agosto de 2006:

- *Violência física – ofensa à vida, à saúde e integridade física, sendo a violência propriamente corporal.*
- *Violência psicológica – é a ofensa, o constrangimento, a humilhação pessoal, que é praticada, geralmente, por meio de ameaça.*



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

- *Violência sexual – constrangimento com o propósito de limitar a autodeterminação sexual e reprodutiva da vítima, tais como manter relação sexual não desejada, que a induza a comercializar sua sexualidade, que a impeça de utilizar métodos contraceptivos, ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou a prostituição.*
- *Violência patrimonial – 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.*
- *Violência moral – entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.*

É importante ter em mente que casos de violência usualmente não comportam apenas uma dessas categorias. Elas coexistem e dificilmente são situações de rápida resolução. No cotidiano da atenção primária elas, muitas vezes, aparecem de forma velada, silenciosa e merecem atenção e responsabilidade na sua condução e encaminhamento.

É possível notar que, com frequência, essas situações são acompanhadas de sentimentos de culpa, vergonha e medo, sendo necessário tempo, cuidado e respeito na escuta oferecida. Além disso, é um assunto interdisciplinar e multiprofissional, tendo em vista que necessita de diálogo entre os profissionais de diversos setores como Saúde, Educação, Assistência Social e Justiça.

Sendo assim, o acolhimento pode ser um espaço determinante do cuidado à vítima e seus familiares e corresponder ao conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração aquele que procura o atendimento em saúde. Não devemos culpabilizar a pessoa e nem acelerar ou influenciar na tomada de decisões.

Os relatos dos agentes comunitários de saúde sobre ocorrências de casos de violência no território são de extrema importância para o planejamento do cuidados às famílias.

Apesar de muitas vezes não se encaixar nos critérios de risco biológico, devemos enquadrar o atendimento às vítimas de violência como prioritário. Perder o momento em que esta demanda chega à equipe de saúde pode acarretar em desmobilização de uma pessoa em sofrimento, que muitas vezes não o associa a sua situação de violência, bem como prolongar seu estado de vulnerabilidade.

É importante destacar que é procedimento padrão para TODAS as ocorrências de violências, o preenchimento do Formulário de Notificação/ Investigação individual: Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais (ANEXO B). Vale destacar que seu preenchimento é obrigatório, segundo a Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003.

## Ações das equipes de Atenção Básica nos casos de violência doméstica e maus-tratos

**1 – Acolhimento:** quando há suspeita de um caso desse tipo pode-se perguntar direta ou indiretamente à vítima ou ao seu responsável sobre situações que configurem violência (ver abaixo), dependendo da disponibilidade mostrada em discutir o problema. Deve-se estar atento a achados comuns nesses casos como repetição de acidentes, relatos discordantes entre responsáveis ou em relação ao da vítima, bem como a compatibilidade entre lesões e relato. Deve-se ter atenção especial a possíveis casos de negligência de cuidados a crianças pequenas e idosos impossibilitados de manterem seus cuidados de higiene e alimentação.

No momento da primeira escuta o cuidado em garantir um espaço adequado à condução da entrevista e o compromisso de confidência é fundamental para o estabelecimento de confiança necessária para que a situação de violência apareça no discurso. Nesse momento é imprescindível que haja respeito, delicadeza e solidariedade por parte do profissional. Os casos podem aparecer mais claramente quando a pessoa verbaliza a questão da violência ou podem aparecer de forma indireta, levando a suspeita de violênica. Nesses casos, os profissionais de saúde podem realizar perguntas diretas e indiretas para se aproximar da pessoa e verificar a suspeita.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Alguns exemplos dessas perguntas:

- Como é a convivência com seu companheiro(a)?
- Você está com problemas no relacionamento familiar?
- Você se sente humilhada(o) ou agredida(o)?
- Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?
- Você e sua família brigam muito?
- Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas. Isso aconteceu com você?
- Alguém bate em você? Você já foi forçada a ter relações sexuais com alguém?

É muito importante avaliar o risco, identificando situações de maior vulnerabilidade, como riscos de repetição ou agravamento. Sendo assim, a equipe de saúde pode construir planos de ação com estratégias preventivas. Nos casos de famílias em situação de violência, deve-se observar a história da pessoa agredida, o histórico de violência na família e a descrição dos atos de violência. Quando se tratar de criança, adolescente ou pessoa em condição de dependência em relação ao agressor é importante avaliar a necessidade de estabelecer mecanismos de intervenção que atenuem a dependência e a vulnerabilidade.

Há a necessidade de atendimento médico a fim de realizar exame físico completo incluindo estadiamento de Tanner (crianças e adolescentes), avaliação de lesões e cicatrizes e coleta de material forense quando necessário e possível.

## Orientações legais e sobre o direito à denúncia

A Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde. A Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Maria da Penha), foi criada com o objetivo de proteger a mulher contra a violência único e somente no espaço doméstico e familiar e abrange agressões físicas, psicológicas e sexuais.

Em casos de vítimas menores de 18 anos, a suspeita ou confirmação de violência física ou abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes. Muitos desses casos não são notificados por medo do profissional de saúde de envolvimento legal, embora o ECA o proteja conforme arts. 13 e 245.

Ao que concerne a vítimas maiores de 60 anos, o Estatuto do Idoso, em seu art. 19, estabelece que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra os idosos sejam obrigatoriamente comunicados a autoridades policiais, Ministério Público ou Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso. Além disso, é possível lançar mão de serviços telefônicos do tipo "disque denúncia" e "disque idoso" (Anexo C).

A condução do caso deve garantir que as intervenções se dêem considerando o aspecto psicossocial da assistência. Um sistema eficaz de referência e contrareferência deve abranger os serviços de complexidade necessários, integrando-os mediante informações sobre necessidades e demandas do caso. Em face do tipo de violência registrado, é importante garantir cuidado e diagnóstico clínico ao lado de outros encaminhamentos, de natureza psicológica, jurídica e social.

**É importante que a equipe conheça os fluxos previstos em protocolos e conheça a rede de atendimento do município ou região.**



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Deve-se também oferecer acompanhamento psicoterápico individual, de casal ou familiar de acordo com as demandas do caso. É igualmente importante dar apoio, se for desejo do usuário, de realizar o registro policial da agressão e orientá-lo sobre o significado do exame de corpo de delito. Para tanto, deve-se encaminhamar aos órgãos competentes: Delegacia Policial, Delegacia de Proteção à Mulher, à Criança, ao Adolescente, e ao Idoso, Ministérios Públicos, Conselhos de Saúde e Instituto Médico Legal. Além disso, é importante que se oriente quanto ao direito e a importância de guardar cópia do boletim de ocorrência.

## Ações das equipes de Atenção Básica nos casos de violência sexual

**1 – Acolhimento:** neste momento, além do que já abordamos no item anterior, é importante também a precisão das perguntas durante a entrevista, quando a vítima se tratar de um adulto. Responder a questões mais diretas costuma ter maior resolutividade que questões vagas e amplas. Sabe-se que situações de violência sexual são extremamente difíceis e dolorosas por parte de quem as sofre, sendo assim, é interessante que se mantenha o registro unificado dos profissionais envolvidos no caso. Isso evita que o usuário tenha que repetir e reviver toda a história a cada profissional que o atender.

Quando o caso de suspeita ou confirmação de violência sexual se refere a crianças, se possível, a entrevista deve ser conduzida separadamente aos pais e/ou responsáveis. Isso permite que se esteja atento às diferenças e contradições entre as histórias. Com crianças, é interessante que se use desenhos e brinquedos para que possam contar o ocorrido. Dificilmente responderão perguntas muito diretas, pois sentem medo, uma vez que normalmente são ameaçadas e, boa parte das vezes, possuem relacionamento afetuoso com o agressor.

**2 – Atendimento médico:** é necessário que o serviço de saúde realize exame físico completo e exame ginecológico. Todos os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário. Caso não seja possível a realização dos exames periciais diretamente pelo Instituto Médico Legal (IML), os peritos podem fazer o laudo de forma indireta, com base no prontuário médico. Não se pode esquecer a anticoncepção de emergência e as profilaxias para DST, HIV, tétano e hepatites[8].

**3 – Avaliação de risco:** da mesma forma que em agressões físicas, as de ordem sexual merecem atenção quanto às situações de vulnerabilidade. Avaliar as condições e a recorrência do ato são fatores importantes para se planejar ações preventivas ou mesmo de proteção à vítima, acionando redes de apoio familiar e social, incluindo-se também abrigos quando necessário.

**4 – Orientações legais sobre o direito à denúncia:** além do preenchimento obrigatório da ficha de notificação, é interessante que seja não só feita a denúncia, mas também o registro de ocorrência na Delegacia Policial, Delegacia de Proteção à Mulher, à Criança, ao Adolescente, e ao Idoso segundo o caso, e Ministérios Públicos, Conselhos de Saúde e Instituto Médico Legal. Deve-se orientar e explicar como se dá o exame de corpo de delito e conjunção carnal, bem como a importância do acesso a cópia do boletim de ocorrência para o acompanhamento do processo.

**5 – Direito ao aborto em casos de gravidez provocada por violência sexual (Art.128, II Constituição Brasileira):** a mulher deve ser orientada quanto a esse direito e encaminhada ao serviço de referência para a realização do procedimento. Não cabe aos profissionais de saúde o julgamento ou questionamento sobre a veracidade dos fatos relatados.

Há uma série de leis, já citadas anteriormente, que respaldam as vítimas de violências. Para relembrar: a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no

[8]Para mais informações veja o Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Reprodutiva disponível em: <www.saude.gov.br/dab>, no item publicações.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 310/359



território nacional, dos casos de violência, atendidos em serviços públicos e privados de saúde. O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e de suas consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema. Em casos de vítimas menores de 18 anos, a suspeita ou confirmação de abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, como já discutido no item anterior. Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes.

Por fim, em qualquer situação, é necessário checar se existe risco à vida para preservar a segurança da pessoa que sofreu violência, garantindo inclusive local seguro para a mesma (acionar rede de assistência social).

## Sinais de alerta para suspeição de violência contra crianças e adolescentes

As equipes de Atenção Básica à Saúde devem estar atentas aos seguintes sinais e sintomas que podem demonstrar um possível caso de violência contra crianças e adolescentes:

### Transtornos na pele e mucosa

- Lesões que reproduzam a forma do objeto agressor (fivelas, cintos, dedos, mordedura).
- Contusões e abrasões, principalmente na face, lábios, nádegas, braços e dorso.
- Equimoses e hematomas principalmente no tronco, dorso e nádegas, podendo indicar datas diferentes de agressão.
- Queimaduras com marcas do objeto (cigarro, por exemplo).
- Lesões endobucais ocasionadas por laceração do freio da língua por tentativa de introdução forçada de alimentos.
- Alopécia resultante de arrancamento repetido dos cabelos.

### Transtornos musculoesqueléticos

- Fraturas múltiplas.
- Fraturas de crânio ou traumatismo craniano por choque direto ou sacudidas vigorosas (síndrome do bebê sacudido), concomitantes com edema cerebral; hematoma subdural e hemorragia retiniana, podendo manifestar-se por convulsões, vômitos, cianose, apneia e alterações de déficit motor.
- Fraturas de costelas em menores de 2 anos.
- Hematoma subperiosteal de diferentes estágios (síndrome da criança espancada).
- Transtornos genitourinários.
- Lesões na área genital e períneo: observar presença de dor, sangramento, infecções, corrimento, hematomas, cicatrizes, irritações, erosões, assaduras, fissuras anais, hemorroidas, pregas anais rotas ou afrouxamento do esfincter anal, diminuição do tecido ou ausência himenal, enurese, encoprese, infecções urinárias de repetições sem etiologia definida.

### Transtornos psicológicos

- Aversão ao contato físico, apatia ou avidez afetiva.
- Retardo psicomotor sem etiologia definida, com melhora quando a criança se separa da família (hospitalização, por exemplo).
- Transtorno do sono ou da alimentação.
- Episódio de medo e pânico.
- Isolamento e depressão.
- Conduta agressiva e irritabilidade.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 311/359



- Interesse precoce em brincadeiras sexuais ou conduta sedutora.
- Choro fácil sem motivo aparente.
- Comportamento regressivo, autodestrutivo ou submisso.
- Desenho ou brincadeiras que sugerem violência.
- Baixo nível de desempenho escolar.
- Fugas, mentiras, furto.
- Tentativa de suicídio.
- Fadiga.
- Baixa autoestima.
- Aversão a qualquer atividade de conotação sexual.

### Outros

- Retardo pondero-estatural por aporte calórico inadequado.
- Intoxicações por medicamentos especialmente anti-histamínicos ou sedativos.
- Sindrome de Munchausen por procuração (doenças simuladas ou provocadas falsamente pelos pais ou responsáveis).
- Negligência.
- Aspectos de má higiene.
- Roupas não adequadas ao clima local.
- Desnutrição.
- Tratamentos médicos inadequados.
- Distúrbios de crescimento e desenvolvimento sem causa orgânica.
- Lares sem medida de higiene e de segurança.
- Falta de supervisão da criança, provocando lesões e acidentes de repetição.

### Frequência irregular à escola

### Sinais de alerta para suspeição de violência contra a mulher

As equipes de Atenção Básica à Saúde devem estar atentas aos seguintes sinais e sintomas que podem demonstrar um possível caso de violência contra a mulher:

- Lesões físicas agudas (inflamações, contusões, hematomas em várias partes do corpo).
- Fraturas dos ossos da face, costelas, mãos, braços e pernas.
- Lesões das mucosas oral, anal e vaginal (inflamação, irritação, arranhões e edema, perfuração ou ruptura).
- Dor no baixo ventre ou infecções.
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada).
- Transtornos digestivos – falta de apetite, náuseas, vômitos, cólicas, dores de estômago.
- Perda de peso.
- Dores de cabeça.
- Dores musculares generalizadas.
- Sintomas psicossomáticos: insônia, pesadelos, falta de concentração e irritabilidade.
- Alterações psicológicas: estado de choque, crise de pânico, ansiedade, medo e confusão, fobias, insônia, pesadelos, autorreprovação, sentimentos de inferioridade, fracasso, insegurança ou culpa, baixa autoestima, comportamento autodestrutivo – como uso de álcool e drogas, depressão,tentativas de suicídio.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 312/359



Manifestações sociais: isolamento por medo que outros descubram o acontecido, medo de que se repita, mudanças frequentes de emprego ou moradia.

## Sinais de alerta para suspeição de violência contra idosos

As equipes de Atenção Básica à Saúde devem estar atentas aos seguintes sinais e sintomas que podem demonstrar um possível caso de violência[9] contra idosos:

### Abuso físico

- Contusões, queimaduras ou ferimentos inexplicáveis, de vários formatos, de diferentes estágios e de formatos bem definidos, como marcas de corda, ataduras ou contenção nos punhos e tornozelos.
- Alopecia traumática ou edema do couro cabeludo.
- Abuso psicológico.
- Comportamentos bizarros: chupar dedo, embalar-se.
- Transtornos neuróticos.
- Transtornos de conduta.

### Abuso Sexual

- Lesão, prurido, sangramento, dor anal ou genital.
- Doenças sexualmente transmissíveis.
- Corrimento, manchas ou sangramento nas roupas íntimas.

### Negligência

- Desidratação ou desnutrição.
- Higiene precária.
- Vestuário inapropriado ao clima/ambiente.
- Escaras, assaduras ou escoriações.
- Impactação fecal.

### Abuso Financeiro

Necessidades e direitos não atendidos (compra de medicamentos, alimentação especial, contratação de ajudantes, livre utilização dos proventos) em consequência do uso de recursos financeiros (aposentadoria, pensão, herança) pela família.

## Sinais de alerta para suspeição de violência contra pessoa com deficiência

Os sinais e sintomas sugestivos de violência descritos nos diversos ciclos de vida acontecem também na pessoa com deficiência. O que pode ocorrer é o risco de ignorá-los e serem considerados como resultados da deficiência. Um outro fator que pode ser um agravante é a dificuldade de comunicação da pessoa devido a sua deficiência.

[9]Outras informações sobre a "atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual" estão disponíveis no *site* do Ministério da Saúde. Conferir as referencias ao final do livro.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## 2.26 USUÁRIOS "HIPERUTILIZADORES"

É recorrente o relato dos profissionais sobre usuários que frequentam a unidade básica com intervalos pequenos de tempo e sem motivos relevantes aparentemente. Torna-se necessário um olhar mais aprofundado sobre esse perfil de população e uma abordagem diferenciada no acolhimento.

Vale ressaltar que muitas vezes a unidade básica, além das escolas, é o único equipamento público existente em um território. Dessa forma, há que se estabelecer a diferenciação de necessidades de saúde e demanda por cuidados. A primeira requer planejamento de políticas sociais que vão além dos serviços de saúde e esse pode ser um dispositivo de discussão com a comunidade sobre a participação popular na definição das prioridades e operacionalização dessas políticas, como a construção de creches, praças, quadras de esportes, melhoria do transporte público e projetos de geração de renda. E faz parte do escopo de ação dos profissioanais da Atenção Básica estimular a participação dos usuários nas instâncias de controle social do SUS e de outros espaços de organização social.

Sobre a demanda por cuidados, propõe-se que a realização do diagnóstico da área de abrangência inclua a análise das famílias sobre o perfil de risco e vulnerabilidade, não apenas de forma regionalizada, demarcada por ruas ou quarteirões, mas de acordo com o histórico de seus membros: desemprego, dependência química, idoso frágil ou acamado, portadores de deficiências, crianças com déficit de cuidados ou atraso de desenvolvimento, violência doméstica, portadores de sofrimento mental e outros. Tal conduta favorece o planejamento de cuidados e a abordagem familiar, que deve anteceder a procura pelo atendimento por demanda espontânea.

O aumento da frequência de determinados usuários na unidade também pode ser questionado aos mesmos, de forma solidária e propositiva: "percebemos que você tem vindo frequentemente ao centro de saúde, existem outros motivos que queira nos falar?" Talvez esse seja o momento que a escuta se dará de forma mais acolhedora e que os reais problemas que o incomodam venham à tona.

Percebe-se que as informações sobre o processo de trabalho das equipes e os fluxos nem sempre estão claros e a própria rotina do serviço favorece para a circulação das mesmas pessoas. Por exemplo, quando se adota dia e horário de consulta diferente dos de agendamento de exames ou a definição de horários restritos de funcionamento de setores como sala de curativo, vacina ou farmácia, fazem com que as pessoas precisem retornar diversas vezes ao serviço de saúde.

Há também aqueles usuários que são referência para sua comunidade e são acompanhantes frequentes de outras pessoas no acolhimento, pois se comunicam melhor com os funcionários e entendem as rotinas. Essas pessoas podem ser aliadas para contribuir com a organização do serviço e divulgar as informações para a vizinhança. Os mesmos podem ser convidados para participar de projetos sociais existentes e tornarem-se ativos educadores populares.

Quando as queixas clínicas da mesma pessoa se repetem é hora de re- avaliar o diagnóstico, a propedêutica, se a queixa está sendo bem conduzida ou se está sendo abordada apenas como condutas paliativas. Além disso, é importante estar atento para mudanças sutis nas caracterísitcas da queixa, evitando que algo importante passe despercebido, pois a equipe já está acostumada com a pessoa e sua queixa. Também é comum comentários e preconceitos com as pessoas que procuram os serviços frequentemente. Esse é um assunto que pode ser abordado na reunião de equipe para que todos compreendam a situação e possam refletir sobre a situação.

Essas queixas podem estar relacionadas à ocupação do usuário. O profissional deve levantar os riscos da atividade laboral descrita e buscar as possíveis causas dessas queixas. Sabemos que a saúde do trabalhador ainda é pouco abordada na atenção básica. No entanto, é crescente a demanda



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

por atendimentos desse tipo, sendo a busca por atestados médicos um fator gerador de conflitos durante o processo de acolhimento à demanda espontânea. Propõe-se a interação com os serviços de atendimento à saúde do trabalhador e a qualificação profissional para lidar com esses casos.

Para todos os casos descritos acima e para aqueles vivenciados nas diversas realidades dos serviços de saúde em nosso país, a responsabilidade pelo acolhimento a demanda espontânea deve ser compartilhada com gestores e usuários, deixando de ser um fardo para os trabalhadores que se sentem muitas vezes num campo de batalha.

A produção de cuidado requer planejamento. Uma equipe bem articulada pode ser capaz de prever parte de seus problemas e compartilhar suas decisões, colocando-se como facilitadora no processo de cuidar coletivo e individual. Para isso as atribuições e condutas devem estar previamente pactuadas.

## 2.27 REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP): ATENDIMENTO AOS CASOS DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA ATENÇÃO BÁSICA

### Introdução

A Parada Cardiorespiratória (PCR) é a cessação da circulação sanguínea que ocorre em consequência da interrupção súbita e inesperada dos batimentos cardíacos ou da presença de batimentos cardíacos ineficazes. Após uma PCR, o indivíduo perde a consciência em cerca de 10 a 15 segundos devido à parada de circulação sanguínea cerebral. O objetivo deste capítulo é ensinar o passo a passo, o que fazer quando presenciar uma PCR, apesar dessa situação não ser comum no dia a dia das equipes de Atenção Básica.

### Primeiro contato

Se o usuário estiver inconsciente no primeiro contato, sempre supor que ele está em PCR.

Avalie o estado de inconsciência. Lembrar dos diagnósticos diferenciais: drogadição, intoxicação aguda, simulação, sono etc.

Inicialmente, o socorrista deve chamar e "sacudir" (de modo suave) o paciente, tomando cuidado para não mexer na posição da cabeça, nos casos de suspeita de lesão da coluna cervical. Se não houver resposta, o profissional deve:

**1 –** Pedir ajuda, caso esteja sozinho.

**2 –** Pegar ou pedir um desfibrilador.

**3 –** Colocar o paciente em uma superfície firme e estável. Se for preciso mobilizar o paciente, alguém deverá ficar responsável por segurar a cabeça.

**4 –** Iniciar o ciclo.

C (circulação/compressões)

A (abertura de vias aéreas)

B (boa ventilação)

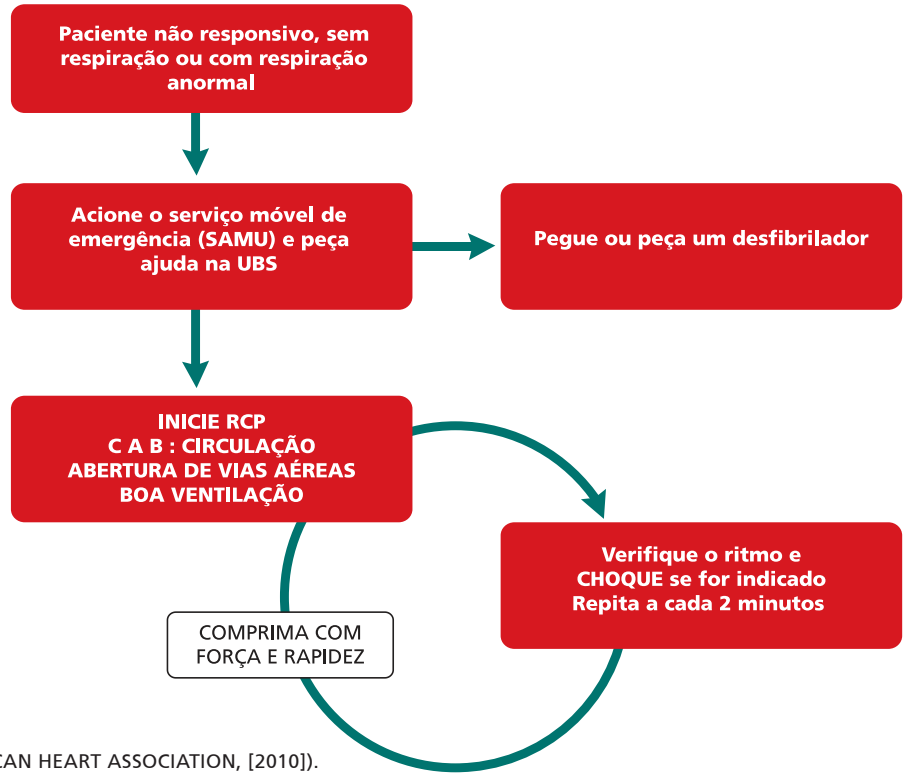


Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Abaixo, segue o algoritmo de atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória:

Figura 71 – Algoritmo de suporte básico de vida simplificado




Fonte: (AMERICAN HEART ASSOCIATION, [2010]).

## Alteração de A-B-C para C-A-B

As Diretrizes da AHA (2010) para RCP recomendam uma alteração na sequência de procedimentos de Suporte Básico de Vida de "A-B-C " (via aérea, respiração, compressões torácicas) para "C-A-B"(Compressões torácicas, Abertura de via aérea, Boa respiração) em adultos, crianças e bebês (excluindo-se recém-nascidos). Motivo: na sequência A-B-C, as compressões torácicas, muitas vezes, são retardadas enquanto o socorrista abre a via aérea para aplicar respiração boca a boca, recupera um dispositivo de barreira ou reúne e monta o equipamento de ventilação, o que faz com que haja retardo na recuperação da circulação sanguínea. Com a alteração da sequência para C-A-B, as compressões torácicas serão iniciadas mais cedo e o atraso na ventilação será mínimo (aproximadamente, 18 segundos). Perceba assim que a sequênca "Ver, Ouvir e Sentir" foi abolida do atendimento inicial ao paciente em PCR (AMERICAN HEART ASSOCIATION, [2010]).

O profissional de saúde deve iniciar imediatamente a RCP se a vítima não estiver respirando ou apresentar respiração anormal (isto é, gasping). Portanto, a respiração deve ser rapidamente verificada como parte da verificação da PCR antes de o profissional de saúde acionar o serviço de emergência/urgência e buscar o desfibrilador (ou encarregar alguém disso) para, então, verificar rapidamente o pulso, iniciar a RCP (com compressões torácicas e depois resgate de respiração) e usar o desfibrilador. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, [2010])

### C – Primário →SE O PACIENTE NÃO TEM PULSO, PRIMEIRO INICIE COMPRESSÕES TORÁCICAS

Cheque o pulso (carotídeo) colocando as pontas dos dedos indicador e médio no meio do pescoço



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 316/359



e escorregue os lateralmente, como indicado na figura 72, para encontrar a artéria carótida (máximo de 10 segundos para este procedimento).

Figura 72 – Escorregar os dedos no sentido da seta. Palpação do pulso carotídeo



Fonte: (FORTES, 2007).

Se não houver pulso está confirmada a parada cardíaca. É mandatório o início das compressões torácicas, que devem respeitar o intervalo para ventilação na proporção de 30:2 (1 ou 2 socorristas), ou seja, a cada 30 compressões torácicas (100 compressões por minuto), realizam-se duas ventilações.

A RCP é um fator determinante para o retorno da circulação espontânea e da sobrevivência com função neurológica satisfatória, por isso a frequência de compressões torácicas deve ser de até 18 segundos e uma depressão torácica de pelo menos 5cm (comprimir rápido e forte no centro do tórax, minimizando as interrupções). Abaixo segue sequência de figuras que auxiliam na compreensão dessa etapa.

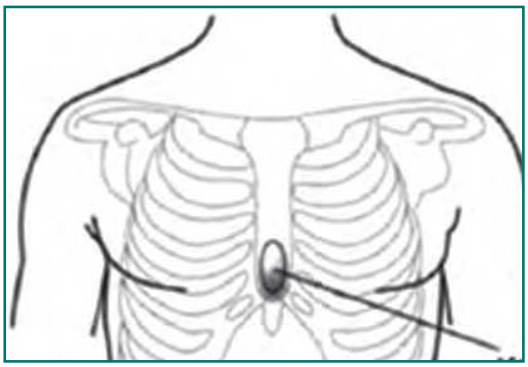


Figura 73 – Posicionar o "calcanhar" da mão dois dedos acima do apêndice xifoide

Fonte: (FORTES, 2007).

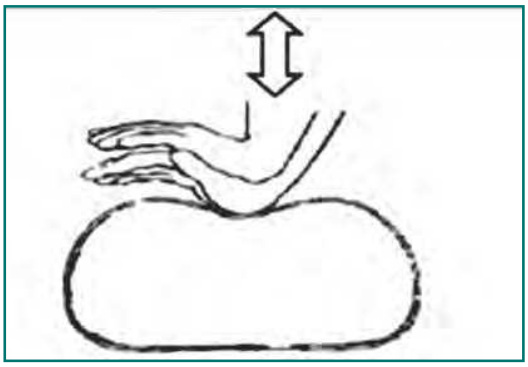


Figura 74 – Comprimir 5cm do tórax

Fonte: (FORTES, 2007).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.




Figura 75 – Um socorrista: alternar 30 massagens com duas ventilações

Fonte: (FORTES, 2007).



Figura 76 – Ombros sobre o esterno: cotovelos esticados

Fonte: (FORTES, 2007).

O atendimento pode ser feito por uma equipe ou por um único socorrista, mas independente do número de assistentes, deve-se continuar a massagem e a ventilação até a chegada do desfibrilador ou do serviço móvel de emergência, o que justifica a solicitação prévia desse equipamento e a chamada por ajuda.

## A – Primário →SE O PACIENTE NÃO RESPONDE, ABRA A VIA AÉREA

As duas técnicas básicas para desobstrução das vias aéreas são: a manobra de inclinação da cabeça-elevação do queixo e a manobra de tração da mandíbula.

Inclinação da cabeça – elevação do queixo: essa manobra desloca a base da língua da região inferior da garganta. Com a palma da mão na testa do paciente, inicie delicadamente a inclinação da cabeça e com dois dedos no queixo elevando-o e deslocando a cabeça para traz. (Figura 78).

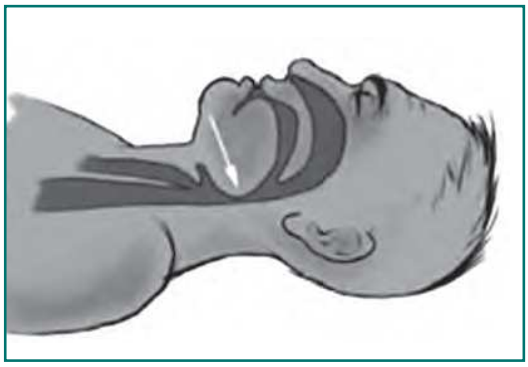


Figura 77 – Queda da língua provocando obstrução

Fonte: (FORTES, 2007).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 318/359



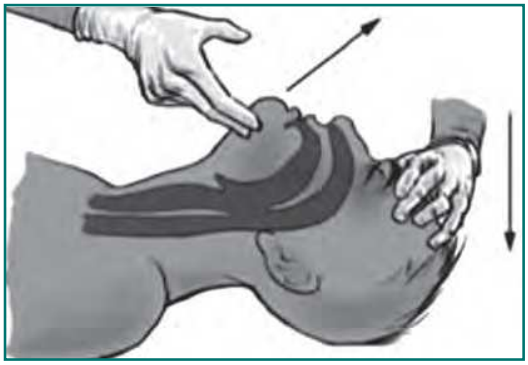


Figura 78 – Inclinação da cabeça – elevação do queixo
Fonte: (FORTES, 2007).

Manobra de tração da mandíbula: muito útil nos casos em que se suspeita de lesão de coluna cervical. Nessa manobra o socorrista deve-se posicionar perto da cabeça do paciente. Com as mãos nos lados do rosto do paciente, agarre a mandíbula com as pontas dos dedos e tracione-a para cima. (Figura 79)



Figura 79 – Manobra de tração da mandíbula
Fonte: (FORTES, 2007).

Apoiando-se os polegares no rosto do paciente e os dedos indicador e médio tracionando o ângulo da mandíbula para cima, consegue-se a desobstrução das vias aéreas (essa técnica é utilizada quando se suspeita de lesão de coluna cervical).

## B – Primário →SE O PACIENTE NÃO RESPIRA, VENTILE

Promover duas ventilações de resgate (lentas) com Ambu (*airway manual breathing unit*) acoplado à máscara, mantendo a hiperextensão das vias aéreas. Deve-se observar que esse procedimento será eficaz somente se o tórax for expandido bilateralmente. Caso não haja expansão, verificar se está havendo escape de ar entre a máscara e o rosto do paciente ou se as vias aéreas estão realmente retificadas. O fluxo de ar lento e suave evita ultrapassar a pressão que mantém o esfíncter gastroesofágico fechado, prevenindo assim o refluxo. Portanto, não se deve comprimir o Ambu de maneira intempestiva.

Para melhor oxigenação, o Ambu deve estar preferencialmente conectado a uma fonte externa de $O_2$ com 15L/min e nele fixada uma bolsa de ar. O Ambu sozinho é capaz de ofertar até 21% de $O_2$, em ar ambiente. Se estiver acoplado à fonte externa de $O_2$ até 60%. E se, além disso, estiver conectada a bolsa reservatório de ar, pode oferecer até 100% de $O_2$. O volume de ar recomendado para a maioria dos adultos é de 10 a 15ml/kg. Um homem pesando 80kg necessitaria, portanto, de 800 a 1.200ml, de ar, a cada ventilação. A maioria dos Ambus possui um volume de 1.600ml, logo, se aplicarmos aproximadamente metade do volume do Ambu, ou seja, quando este é comprimido apenas com uma mão (800ml) garante-se o volume efetivo para o resgate respiratório.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

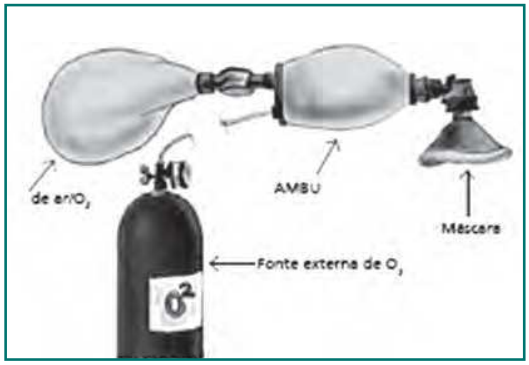



Figura 80 – Ambu com máscara, bolsa reservatório de $O_2$ e cilindro de $O_2$

Fonte: (FORTES, 2007).

Para manter a abertura das vias aéreas e garantir um livre fluxo de ar, pode-se colocar uma cânula de Guedel, demonstrado na figura abaixo.

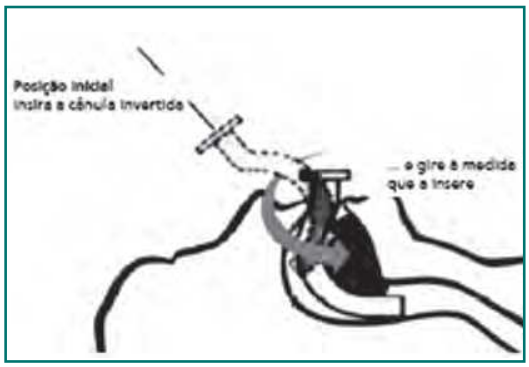



Figura 81 – Posicionamento da cânula de Guedel

Fonte: (FORTES, 2007).

Se houver a possibilidade do uso de desfibrilador, dá-se ínicio a fase D.

## D – Primário

Com a chegada do desfibrilador, rapidamente aplique gel nas pás e coloque-as sobre o peito nu do paciente (Figura 82). Procure por fibrilação ventricular (Figura 83) ou taquicardia ventricular (Figura 84).

Caso seja um desses ritmos, preparar para desfibrilar, seguindo os seguintes passos:

1. Certifique-se de que você não está em contato com o paciente ou a maca.
2. Certifique-se de que os demais a sua volta também não estão em contato e avise:
3. "Todos afastados? Eu estou aplicando o choque!"
4. Aplique 13kg de pressão com as pás sobre o peito nu do paciente.
5. Aplique o choque (360J) olhando para o paciente para ter a certeza de que ninguém acidentalmente possa estar se encostando nele ou na maca.
6. Após o choque, reinicie RCP imediatamente (cinco ciclos de 30 massagens por duas ventilações). Depois cheque o ritmo. Nesse momento, caso a vítima continue em PCR resta continuar as massagens e ventilações até a chegada de suporte.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

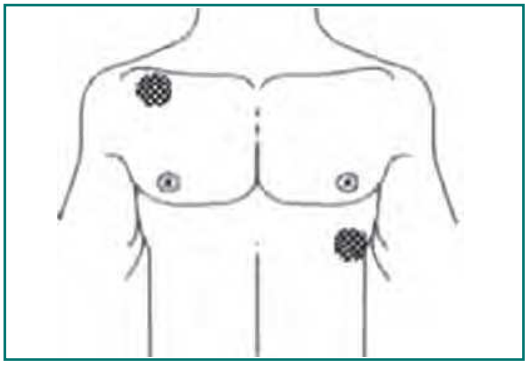


Figura 82 – Posição das pás
Fonte: (FORTES, 2007).

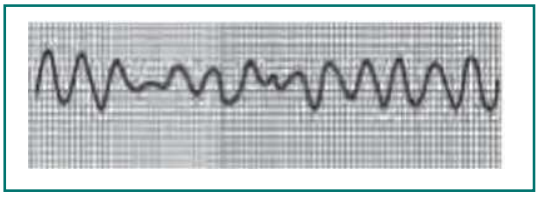


Figura 83 – Fibrilação ventricular (FV)
Fonte: (FORTES, 2007).

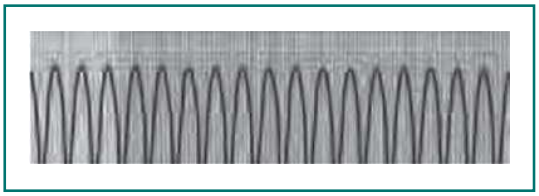


Figura 84 – Taquicardia ventricular (TV)
Fonte: (FORTES, 2007).

É imporante reforçar que a informação de que a desfibrilação ou "choque" só será realizada nos casos de FV e TV sem pulso. Em todos os outros casos, a conduta a ser adotada deverá ser a de manter as massagens e a ventilação efetivas até a chegada de serviço móvel de urgência.

No caso de crianças, as massagens cardíacas e ventilações artificiais também devem ser realizadas até a chegada de um desfibrilador ou a chegada ao hospital, sendo que: se houver apenas um socorrista, deverá realizar massagens na proporção de 30 compressões para duas ventilações e, no caso de dois socorristas, na frequência de 15 para duas, conforme indicado nas figuras abaixo.



Figura 85 – Atendimento realizado por um socorrista
Fonte: (FORTES, 2007).



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

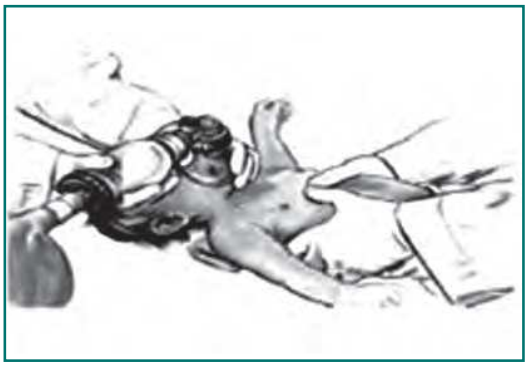


Figura 86 – Atendimento realizado por dois socorristas

Fonte: (FORTES, 2007).

## Considerações finais

Os principais pontos e recomendações das Diretrizes da AHA (2010) para RCP são os seguintes (com ênfase para as diferenças das recomendações de 2005):

- Como as vítimas de PCR podem apresentar um curto período de atividade semelhante a convulsão ou gasp agônico, que podem confundir os possíveis socorristas, os profissionais devem especificamente identificar tais manifestações para melhorar o reconhecimento e abordar precocemente a PCR.
- Os profissionais devem instruir socorristas leigos não treinados a aplicar a RCP somente com as mãos em adultos com PCR súbita (não se ater no resgate respiratório).
- O profissional de saúde deve verificar rapidamente se não há respiração ou se a mesma é anormal (isto é, não respirando ou apenas com gasping) ao verificar a capacidade de resposta da vítima. Em seguida, o profissional deve acionar o serviço de emergência/urgência e buscar o desfibrilador (ou encarregar alguém disso). O profissional de saúde não deve levar mais do que 10 segundos verificando o pulso e, caso não sinta o pulso em 10 segundos, deve iniciar a RCP e usar o desfibrilador, se disponível.
- O procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" foi removido da rotina de RCP.
- Deve-se dar maior ênfase em RCP de alta qualidade (com frequência e profundidade de compressão torácicas adequadas, permitindo retorno total do tórax entre as compressões).
- O uso de pressão cricoide durante as ventilações, em geral, não é mais recomendado.
- Os socorristas devem iniciar as compressões torácicas antes de aplicar ventilações de resgate (C-A-B, em vez de A-B-C). Dessa forma, deve-se iniciar a RCP com 30 compressões, em vez de duas ventilações, o que diminui a demora em aplicar a primeira compressão, restituindo assim o mais rápido possível a circulação sanguínea.
- A frequência de compressão foi modificada para um mínimo de 100 por minuto, em vez de aproximadamente 100/minuto.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Quadro 69 – Resumo dos principais componentes de SBV para adultos, crianças e bebês*

| RECOMENDAÇÕES | | | |
|---|---|---|---|
| COMPONENTE | ADULTOS | CRIANÇAS | BEBÊS |
| Reconhecimento | Não responsivo (para todas as idades) | | |
| | Sem respiração ou com respiração anormal (isto é, apenas com gasping) | Sem respiração ou com respiração | |
| | Sem pulso palpado em 10 segundos, para todas as idades. | | |
| Sequencia da RCP | C→A→B | | |
| Frequência da compressão | NO MÍNIMO 100 R/min | | |
| Profundidade da compressão | No mínimo, 5cm | No mínimo 1/3 do diâmetro AP Cerca de 5cm | No mínimo 1/3 do diâmetro AP Cerca de 4cm |
| Retorno da parede torácica | Permitir retorno total entre as compressões; Alternar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos. | | |
| Interrupções nas compressões | Minimizar interrupções nas compressões torácicas; Tentar limitar as interrupções a menos de 10 segundos. | | |
| Vias aéreas | Inclinação da cabeça-elevação do queixo (Suspeita de trauma: anteriorização da mandíbula). | | |
| Relação compressão-ventilação | 30:2 (1 ou 2 socorristas) | 30:2 (Um socorrista)<br>15:2 (2 socorristas profissionais de saúde) | |
| Ventilações: quando socorrista não treinado ou treinado e não proficiente | Apenas compressões | | |
| Desfibrilação | Colocar e usar o desfibrilador (DEA/DAE) assim que ele estiver disponível. Minimizar as interrupções nas compressões torácicas antes e após o choque; reiniciar a RCP começando com compressões imediatamente após cada choque. | | |

Fonte: (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Abreviações: DEA/DAE– desfibrilador automático externo; AP– anteroposterior; RCP– ressuscitação cardiopulmonar; PS– profissional da saúde.

*Excluindo-se recém-nascidos, cuja etiologia da PCR é, quase sempre, asfixia.

## 2.28 SITUAÇÕES "ADMINISTRATIVAS" COMUNS NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

*Como organizar a renovação e transcrição de receitas e pedidos de exames de outros serviços? Como organizar a renovação de receitas expedidas pelo próprio serviço?*

### Introdução

Costuma ser frequente a procura de usuários em serviços de atenção primária para transcrição e/ou renovação de prescrições expedidas em serviços privados, na medida em que a dispensação de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) geralmente exige prescrição em receituários próprios. Esse tipo de necessidade também se apresenta em relação à renovação de receitas expedidas no próprio serviço de atenção primária ou em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, pois os diferentes serviços costumam estabelecer prazos de validade para dispensação de medicamentos.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

O mesmo acontece em relação à transcrição de pedidos de exames complementares, já que cada rede locorregional costuma possuir formulários e fluxos próprios, implicando na necessidade de adequação de tais solicitações aos fluxos estabelecidos. Situação que também se aplica a usuários que procuram atendimento em serviços privados (onde são solicitados exames) e comparecem na unidade de saúde na expectativa de transcrever as solicitações desses procedimentos.

## Risco e Vulnerabilidade na Renovação/Transcrição de Receitas e Exames

Ainda que a princípio pareça ser uma demanda de simples resolução, a renovação/transcrição de receitas pode se tornar problemática se não for adequadamente acolhida do ponto de vista do cuidado ao usuário. Muitas vezes a equipe está pressionada por um conjunto de outras necessidades de caráter agudo, mais urgentes de serem equacionadas, fazendo com que tais demandas sejam colocadas, pelo menos momentaneamente, em segundo plano.

Além disso, geralmente este tipo de demanda não é de fácil resolução, devido a impossibilidade de acessar rapidamente as informações necessárias para saber o porquê de o usuário utilizar a medicação ou necessitar do exame solicitado. O registro no prontuário de uso prévio da medicação pelo usuário é um importante marcador da possibilidade de renovação/transcrição, mas nem sempre temos essa informação disponível prontamente.

Por outro lado, em alguns lugares em que o acolhimento funciona como prática cotidiana do serviço, esse tipo de demanda às vezes é tratada de forma esquemática, como um dos primeiros problemas ao qual a equipe se dedica. O motivo disso é que as "simples" transcrição/renovação de receitas e pedidos de exames podem ser rapidamente realizadas, liberando o serviço da pressão de ter uma grande quantidade de usuários em seu espaço físico de trabalho. Ao mesmo tempo, a "resolução" de um número razoável de demandas de usuários transmite à equipe uma sensação de dever cumprido.

No entanto, os simples atos de transcrever ou renovar prescrições ou pedidos de exame podem gerar e/ou aumentar o risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial derivados do problema de saúde do usuário. A manutenção de certas prescrições de forma inadvertida pode causar efeitos colaterais consideráveis ou mesmo dependência, além de ser ineficaz do ponto de vista terapêutico.

Nesse sentido, são emblemáticas as demandas por renovação de receitas de psicotrópicos. Ao se perguntar os motivos que levaram o usuário a iniciar o uso dessa medicação, encontram-se geralmente respostas de que foram iniciadas a partir de um problema psíquico ocorrido há muito tempo e nunca avaliado devidamente. Em outras palavras, às vezes o usuário tem sua receita renovada durante vários anos sem que em momento algum seja questionado a pertinência e os porquês daquela prescrição. Nesse processo, a pessoa desenvolve um quadro importante de dependência da medicação.

Um triste exemplo disso é o grande número de pessoas que fazem uso indevido de benzodiazepínicos, como diazepam ou clonazepam, das quais ouvimos muitas vezes "é que não consigo dormir sem este remédio". Resgatando a história anterior de uso da medicação, percebemos que nem sempre houve indicação de uso pela equipe de saúde. Em outros momentos, quando prescrito pelo profissional de saúde, foi colocado enquanto solução simples para uma complexa situação de vulnerabilidade do usuário, como se a medicação fosse resolver os problemas que levaram a pessoa manifestar a insônia.

Nesse caso, recomenda-se que a transcrição de receitas de outros serviços (sejam do SUS ou da rede privada) deve procurar seguir um mapa elaborado pela equipe em que se categorizem os serviços e profissionais acessados, observando parâmetros como: foram oferecidas outras alternativas terapêuticas, em conjunto ou antes do início da utilização de psicotrópicos? A utilização desses psicotrópicos é recente ou de longa data? Há motivo aparente? É possível começar um desmame do psicotrópico, inclusive oferecendo alternativas terapêuticas? Tais condutas podem ajudar a equipe a evitar a produção de dependência nos usuários daquele território.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Já no que diz respeito à solicitação de exames complementares por outros serviços, a mera transcrição dos mesmos pode reforçar uma prática medicalizante que infelizmente prepondera como lógica em muitos serviços, em que não se escuta a necessidade do usuário e nem se dedica de forma integral à resolução de seu problema. Nesse caso, a solicitação de uma extensa lista de exames complementares acaba servindo como uma espécie de tentativa de deixar o usuário satisfeito, pois o exame, em si, seria uma forma de resolução (pelo menos temporária) de sua demanda.

Porém, a não consideração sobre a pertinência dos exames (no contexto do projeto de cuidado ao usuário específico que o demanda) pode gerar sofrimento de um lado e desvio do caminho adequado para diagnóstico de outro, principalmente no que se refere aos exames cuja complexidade costuma requerer um tempo de espera mais longo (tomografia computadorizada, por exemplo). Além disso, sobrecarrega o Sistema de Saúde com exames que nem sempre trarão benefícios reais para os usuários e aumentarão as filas. Deve-se, assim, considerar o princípio da prevenção quaternária, tanto no caso de solicitação/transcrição de exames, quanto no caso de renovação de receitas, pois em ambas as situações, o profissional assistente deve tomar cuidado com a hipermedicalização e intervenções médicas desnecessárias, com o intuito de proteger a saúde dos pacientes e evitar malefícios.

Além disso, a solicitação de exames desnecessários onera o sistema de saúde financeiramente, e com isso afunila o acesso àqueles que precisam de exames complementares. É importante que o profissional de saúde se cor-responsabilize gerencialmente pela solicitação de exames, entendendo a restrição de acesso aos serviços relacionados ao número de solicitações (necessárias e desnecessárias) realizadas em cada consulta.

E em se tratando de transcrição de exames solicitados em outros serviços (ou até mesmo transcrição de encaminhamento a especialistas focais), convém que o médico da Atenção Primária não se enxergue como um mero transcritor e sim que possa fazer as avalições adequadas, cumprindo uma das maiores e mais importantes funções da APS: a regulação do sistema de saúde.

No entanto, como última consideração a esse respeito, cabe reforçar que numa sociedade hipermedicalizada como a nossa (onde os usuários estão acostumados com uma prática corriqueira dos médicos, qual seja: a solicitação de muitos exames) uma possível negativa para realização de um exame deve ser feita de maneira negociada. Uma negativa absoluta (ainda que tecnicamente adequada), que não negocie com as lógicas nas quais o usuário se enxerga sendo cuidado, pode ocasionar ruptura do vínculo entre o profissional e o usuário, com consequente busca por furar aquele bloqueio de outra forma.

Em outras palavras, o vínculo e a relação do profissional com o usuário devem estar acima da negativa: eventualmente é recomendável solicitar um exame tecnicamente questionável. Tal conduta pode não apenas reforçar o vínculo profissional-usuário, como diminuir seu sofrimento e ansiedade por acreditar que apenas o exame complementar é mais confiável que o exame clínico. Como nos diz Cecílio (2007, p. 349), "a pessoa que passa por uma bateria de exames invasivos e dolorosos – pura tecnologia dura! –, mesmo quando operados com frieza e impessoalidade, pode se sentir calorosamente bem cuidada". Ao proceder desse modo, o profissional tende a ganhar progressivamente a confiança do usuário, de modo que tais "provas" de sua qualidade técnica serão desnecessárias posteriormente.

A seguir, apresentaremos alguns fluxogramas para auxiliar as equipes na elaboração de respostas para esses tipos de demandas, de maneira a adequar tanto quanto possível a prescrição às necessidades dos usuários, assim como à disponibilidade de medicamentos no SUS e aos fluxos de prioridade e regulação no acesso a exames e especialistas.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

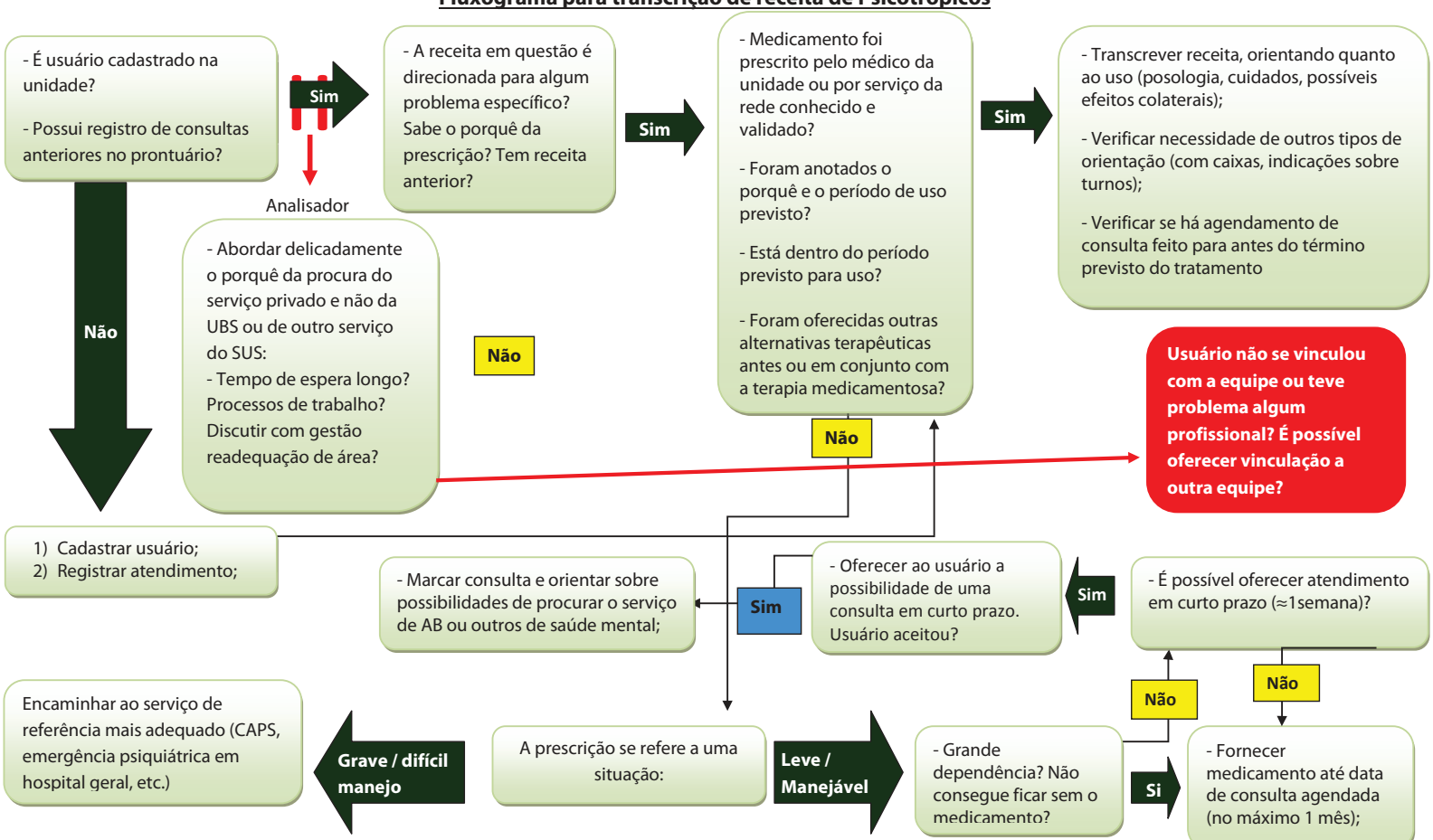
Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.





## Fluxograma para transcrição de receita de Psicotrópicos





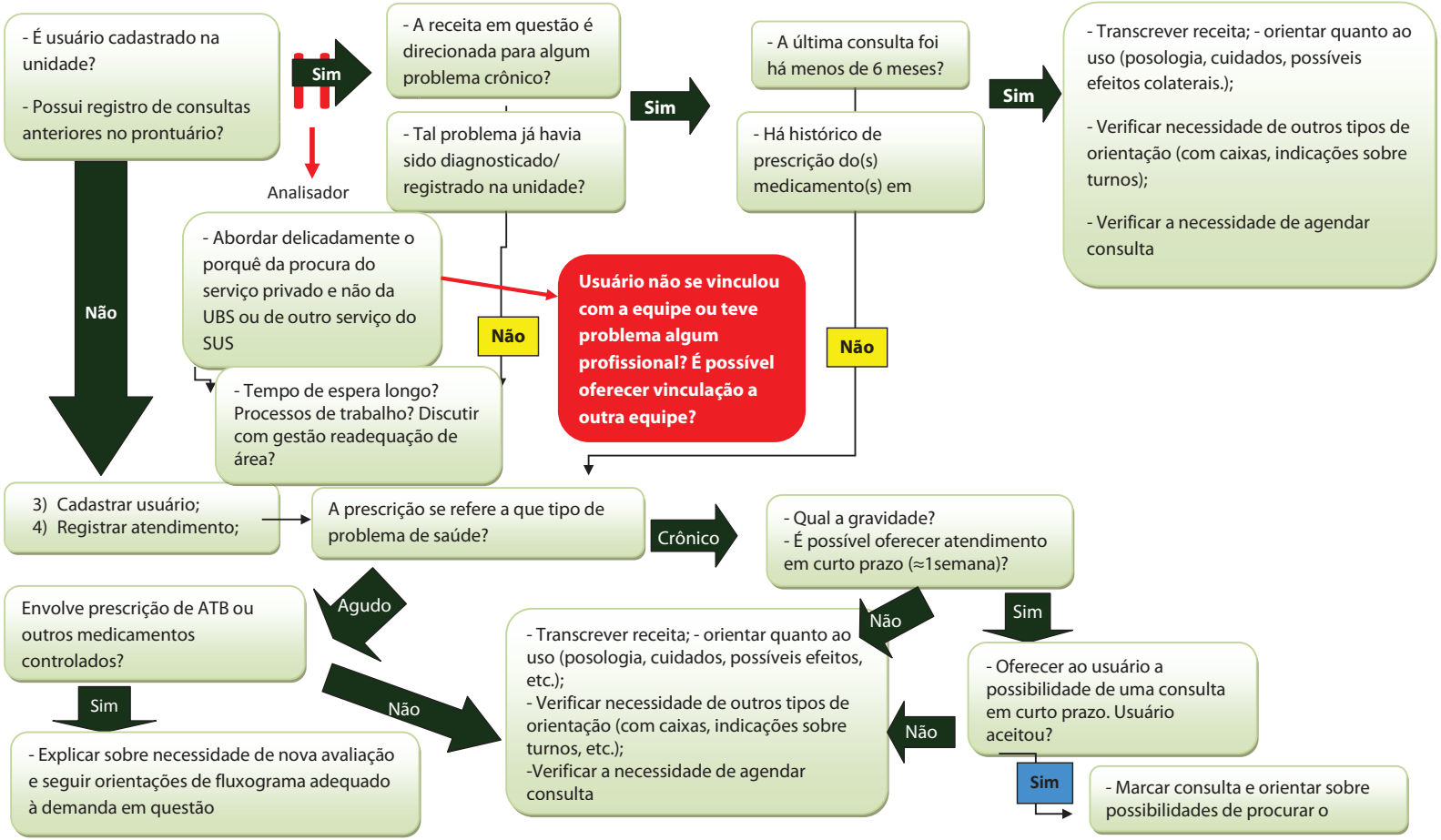

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.





## Fluxograma para transcrição de receita de serviços privados



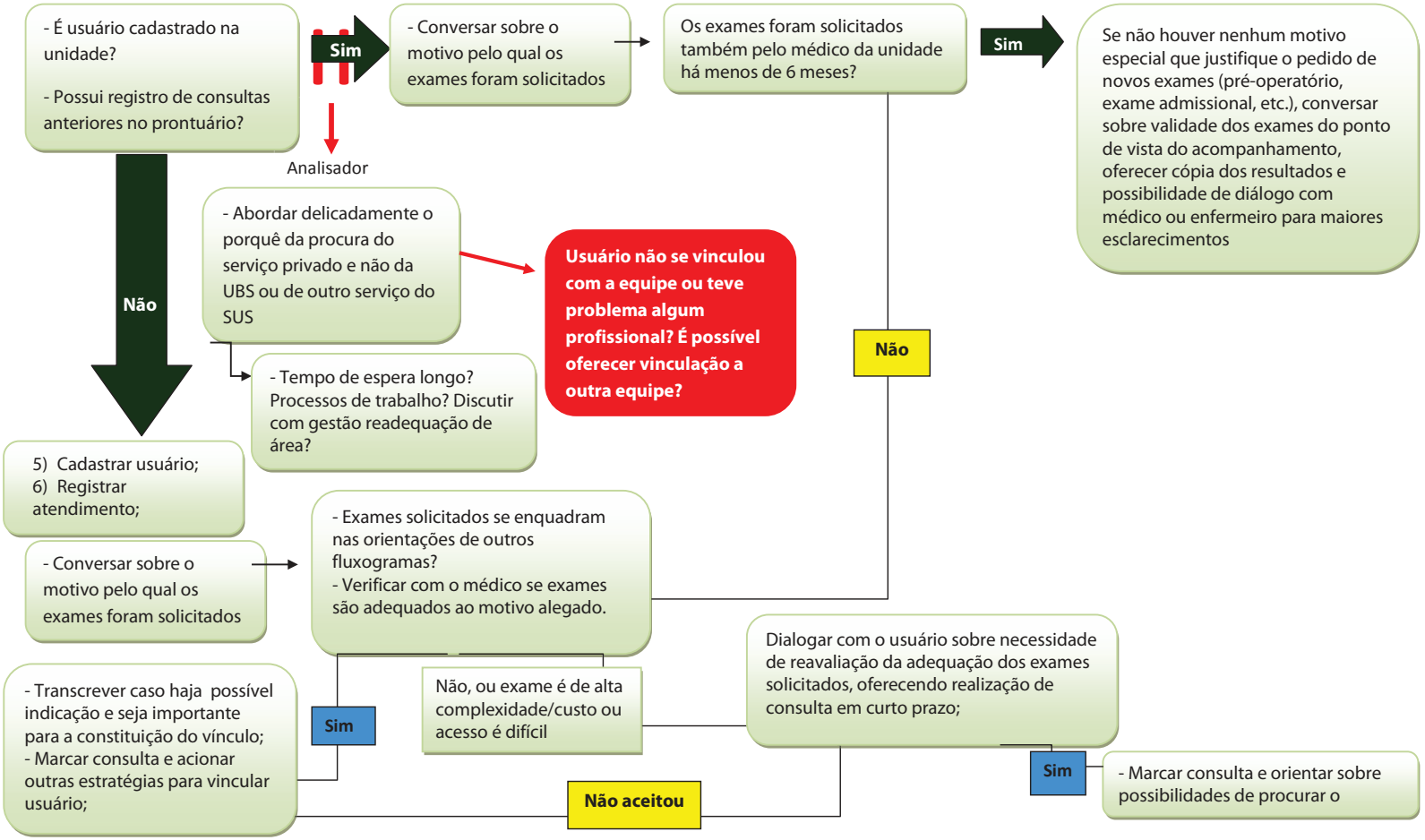

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.





**Fluxograma para transcrição de examesde serviços privados ou outros pontos de atenção da rede pública**






Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# REFERÊNCIAS


AGERTT et al. Tratamento do estado de mal epiléptico em pediatria. J. **Epilepsy Clin. Neurophysiol.**, United States, v. 11, n. 4, p. 183-188, 2005.

AJMONE, M. C.; ZIVIN, L. S. Factors related to the occurrence of typical paroxysmal abnormalities in the EEG records of epileptic patients. **Epilepsia**, United States, v. 11, n. 4, p. 361-381, 1970.

ALCAIDE, M. L.; BISNO, A. L. Pharyngitis and Epiglotitis. **Infect. Dis. Clin. North Am.**, United States, v. 21, n. 2, p. 449-469, jun. 2007.

ALEXANDRE, G. et al. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1073-1078, maio 2006.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. Clinical practice guideline. Diagnosis and management of acute otitis media. **Pediatrics**, United States, v. 113, n. 5, p. 1451-1465, maio 2004.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Red Book**: Report of the Committee on Infectious Diseases.24. ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2003.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**, [2010]. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2012.

_____. Guidelines for cardiopulmonary ressucitation and emergencycardiovascular care, 2005. **Circulation**, Baltimore, Md., United States, v. 112, n. 24, Dec. 2005. Supplement.

_____.**Suporte Avançado de Vida em cardiologia**: livro do profissional. São Paulo: Prous Science, 2008.

ANDRADE FILHO, A.; CAMPOLINA, D.; DIAS, M. B. **Toxicologia na prática clínica**. Belo Horizonte:Folium, 2001. 368 p.

ANDRADE, J. A.; MOREIRA, C.; Neto, U. F. Diarréia Persistente. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 76, p.119-126, 2000. Suplemento.

ÂNGELA, W; TANG, M. D. A practical guide to Anaphylaxis. **American Family Physician**, United States, v. 68, n. 7, oct. 2003.

ANNEGERS, J.F.; HAUSER, W.A.; ELVEBACK, L.R. Remission of seizures and relapse in patients withepilepsy. **Epilepsia**, United States, v. 20, n. 6, p. 729-739, 1979.

ARROL, B.; KENEALY, T. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis (CochraneReview). **The Cochrane Library**, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA E TOXICOLOGISTASCLÍNICOS (ABRACIT). **[Website]**. Disponível em: <http://www.abracit.org.br/>. Acesso em: jan. 2010.




Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Abuso e dependência dos benzodiazepínicos** Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2008.

BARATA, H. S; CARVALHAL, G. R. **Urologia**: princípios e práticas. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BARBARA, A.; MULLER, M. D. Urticaria and Angioedema: a practical approach. **American Family Physician**, United States, v. 69, n. 5, mar. 2004.

BARROS, Helena M. T.; DANTAS, Denise M. Reações Alérgicas Graves. In: DUNCAN, Bruce B. et al.**Medicina ambulatorial condutas em atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre:Artmed, 2004.

BASSAN, R. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência.**Arq. Bras. Cardiol**., São Paulo, v. 79, p. 1-23, 2002. Suplemento 2.

BENBADIS, S. R.; TATUM, W. O. Overintepretation of EEGs and misdiagnosis of epilepsy. **J Clin Neurophysiol**, United States, v. 20, n. 1, p. 42-44, fev. 2003.

BENSEÑOR, I. M. et al. **Semiologia Clínica**. São Paulo: Sarvier, 2002.

BENTZEN, N (Ed.). **WONCA dictionary of general/family practice**. Australia: Wonca International Classification Committee, 2003.

BEREK, J. S. **Tratado de ginecologia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BÉRIA, J. U. Prescrição de Medicamentos. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BERNARDES, C. H. A. et al. Experiência clínica na avaliação de 284 casos de erisipela. **An. Bras. Dermatol**., Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, p. 605-609, 2002.

BERNIUS, M; PERLIN, D. Pediatric ear, nose and throat emergencies. **Pediatr. Clin. North Am**., United States, v. 53, n. 2, p. 195-214, abr. 2006.

BEUMAN JG. Genital herpes: a review. **Am. Fam. Physician**, United States, v. 72, n. 8, p. 1527-34, 2005.

BHATTACHARYYA, N. et al. Clinical practice guideline: benign paroxy smalpositional vertigo. **Otolaryngology Head and Neck Surg**., Rochester, Minn., United States, v. 139, n. 5, p. 47-81, nov. 2008. Supplement 4.

BINNIE, C. D.; STEFAN, H. Modern electroencephalography: its role in epilepsy management. **Clin. Neurophysiol**, Netherlands, v. 110, n. 10, p. 1671-1697, 1999.

BITTENCOURT, P. G.; FRAIHA, P. M.; CELESTINO, L. R. Estomatite Aftosa Recorrente: revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Otorrionolaringol**., São Paulo, v. 68, n. 4, p. 571-578, jul./ago. 2002.

BONNETBLANC, J. M. E.; BÉDANE, C. Erysipelas: recognition and management. Am. **J. Clin. Dermatol**., New Zealand, v. 4, n. 3, p. 157-163, 2003.

BRASIL ESCOLA. **Impetigo bolhoso e não bolhoso**, [2010]. Disponível em: <http://www.brasilescola.com/upload/e/impetigo%281%29.jpg>. Acesso em: jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 out. 1989. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm>. Acesso em: jan. 2012.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jul. 1990. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/33/1990/8069.htm>. Acesso em: jan. 2012.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 331/359



_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **AIDPI**: atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed., rev. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Idoso.pdf>. Acesso em: fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Fluxo de atendimento em saúde para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual**, 2010. 1 folder. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/fluxo_atendimento_situacao_violencia_sexual.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 156, de 19 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasilia, DF, 20 jan. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0156_19_01_2006.html>. Acesso em: jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis DST**. Coordenação nacional de DST/AIDS Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/manualdst/indice.htm>. Acesso em: 10 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-2325.htm>. Acesso em: jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, 2011. (Série F. Comunicação e Educação); (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 7)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília, 2011. (série A. normas e manuais técnicos); (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos; Caderno nº 4)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/areacfm?id_area=456>.Acesso em: 21 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

**Diabetes *Mellitus***. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde**: zoonose. Brasília, 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 22)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. 2. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2. ed., amp. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 2. ed. atual. e ampl. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3. ed. atual. e ampl. Brasília, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. P**rotocolo para o enfrentamento à pandemia de influenza pandêmica (H1N1) 2009**: ações da atenção primária à saúde - versão II. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. **Emergência de saúde pública de importância internacional – ESPII**: influenza A(H1N1), protocolo de notificação e investigação. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergência sde Saúde Pública. **Emergência de saúde pública de importância internacional – ESPII**: ocorrências de casos humanos na América do Norte. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. **Emergência de saúde pública de importância internacional – ESPII**: protocolo de procedimentos para o manejo de casos e contatos de influenza A (H1N1). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. **Protocolo de manejo clínico e vigilância epidemiológica da influenza – Versão III**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Protocolo de Vigilância Epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009**: notificação, investigação e monitoramento. Brasília, mar. 2010.

_____. Ministério Público Federal. **Episclerite**: hipermia localizada na conjuntiva bulbartemporal, 2010. Disponível em: <http://aplicativos.pgr.mpf.gov.br/saude/ocular/imagens/episcleritis.200.jpg>. Acesso em: jan. 2012.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Protocolo de manejo clínico e vigilância epidemiológica da influenza - versão IV**. Brasília, 2010.

_____. Presidência da República. Subsecretaria de direitos Humanos. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Brasília, 2005

BREMNOR, J. D.; SADOVSKY, R. Evaluation of dysuria in adults. **Am. Fam**. Physician, United States, v. 65, n. 8, p. 1589-1596, 2002.

BROOK, I. Acute and Chronic Bacterial Sinusitis. Infect. **Dis. Clin. North. Am**., United States, v. 21, p. 427-448, 2007a.

_____. Current issues in the management of acute bacterial sinusitis in children. **J. Pediatr. Otorhinolaryngol**., Ireland, v. 71, n. 11, p. 1653-1661, 2007b.

BTS. Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults. **Thorax**, England, v. 56, n. 64, 2001. Supplement 4.

CDMV. **Portal do deficiente visual**. 2010. Disponível em: <http://www.cmdv.com.br/lermais_materias.php?cd_materias=448>. Acesso em: jan. 2012.

CECILIO, L. C. O. O trabalhador moral na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, São Paulo, v.11, n. 22, p. 345-63, maio/ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000200012&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 fev. 2012.

CELENO, Porto Celmo. **Semiologia Medica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CHANG, B.; LOWENSTEIN, D. Mechanisms of disease: epilepsy. **N. Engl. J. Med**., United States, v. 349, n. 13, p. 1257, set. 2003.

COLEMAN, C.; MORRE, M. Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children(Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Issue 4. Oxford: Update Software, 2008.

COMMISSION ON THE CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF THE INTERNATIONAL LEAGUEAGAINST EPILEPSY. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. **Epilepsia**, United States, v. 30, n. 4, p. 389–399, 1989.

_____. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epilepticseizures. **Epilepsia**, United States, v. 22, n. 4, p. 489–501, 1981.

CONSIDERACIONES y recomendaciones provisionales para el manejo clínico de la gripe por a (H1N1): consulta de expertos de OPS/OMS. Washington DC, 2009.

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos**: consulta rápida. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DANG, C. et al. Acute abdominal pain: four classifications can guide assessment and management. **Geriatrics**, United States, v. 57, p. 30-42, 2002.

DANTAS TORRES, Filipe; OLIVEIRA FILHO, Edmilson Ferreira de. Human exposure to potential rabies virus transmitters in Olinda, State of Pernambuco, between 2002 and 2006. R**evista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 40, n. 6, p. 617-621, nov./dez 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822007000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 20 mar. 2009.

DEJARNATT, A.; GRANT, A. Anaphylaxis and anaphylactoid reactions. **Immunol. Allergy Clin. North Am**., United States, n. 12, v. 3, p. 501-505, 1992.

DEYO, R.; WEINSTEIN, J. Low Back Pain. **N. Engl. J. Med**., United States, v. 344, n. 5, fev. 2001.

DIRETRIZES brasileiras de rinossinusites. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**., São Paulo, v. 74, n. 2, 2008.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992008000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 abr. 2009.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

DIRETRIZES brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria. **J. Bras. Pneumol**., Brasília, v. 33, 2007. Suplemento 1.

DIRETRIZES brasileiras para o manejo da asma, IV. **J. Brás. Pneumologia**, Brasília, v. 32, p. 447-474, 2006. Suplemento 7.

DUNCAN, B.; SCHIMIDT, M.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primariabaseada em evidencias. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DWORKIN, R. H. et al. Recommendations for the management of herpes zoster. **Clin. Infect. Dis**., United States, v. 44, p. 1-26, 2007. Supplement 1.

ELLENHORN, M. J.; BARCELOUX, D. G. **Medical toxicology**: diagnosis and treatment of humanpoisoning. 2. ed. New York: Elsevier, 1997.

ELY, J. W.; HANSEN, M. R.; CLARK, E. C. Diagnosis of ear pain. **Am. Fam. Physician**, United States, v. 77, n. 5, p. 621-628, 2008.

ENGEL, J. J. R. A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy:report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. **Epilepsia**, United States, v. 42, n. 6, p. 796–803, 2001.

EPPERLY, T. D.; MOORE, K. E. Health Issues in Men: Part I. Common Genitourinary Disorders. Am Fam Physician, United States, v. 61, n. 12, p. 3657-3664, 2000.

ERISIPELA. [2010]. Disponível em: <http://images.google.com.br/images>. Acesso em: 2010.

EXANTEMA DIFUSO PAPULAR. [2010]. Disponível em: <http://images.google.com.br/images>. Acesso em: 2010.

EXANTEMA MACULOPAPULAR RÓSE. [2010]. Disponível em: <http://images.google.com.br/images>. Acesso em: 2010.

FALLACE, D. A. et al. **Emergência em odontologia diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi,1998. 418 p.

FERNANDES, J. G.; KOWACS, F. Cefaleia. In: DUNCAN, Bruce. et al. (Org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERNANDES, J. G.; PAGLIOLI, P. Vertigens e tonturas. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIULIANI,E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 1174-1180.

FERRY, G. D. **Causes of acute abdominal pain in children**. Disponível em: <www.uptodate.com>. Acesso em: mar. 2009.

FIGUEIREDO, C.; PIGNATARI, S. S. N. Infecções das Vias Respiratórias Superiores. In: TARANTINO, A. B. (Org.). **Doenças pulmonares**. 6. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 156-166

FISHER, R.S. et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International LeagueAgainst Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). **Epilepsia**, United States, v. 46, n. 4, p. 470-72, 2005.

FISHMAN, M. B. et al. **Differential diagnosis of abdominal pain in adults**. Disponível em: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~9FTC32rdzms/x9:>. Acesso em: mar. 2009.

FISHMAN, M.B. et al. **Evaluation of the child and adolescent with chronic abdominal pain**. Disponível em: <www.uptodate.com>. Acesso em: mar. 2009.

FÍSICA NA VIDA. **Desenho esquemático do olho-corte longitudinal**, 2009. Disponível em: <http://fisicanavida.files.wordpress.com/2009/11/olho.jpg>. Acesso em: jan. 2012.

FISIOWEB WGATE. **Hipópio visível no 1/3 inferior da anterior**, [2010]. Disponível em: <www.fisioweb.com.br>. Acesso em: jan. 2012.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

FOPPA, Murilo. Insuficiência Cardíaca. In: DUNCAN, Bruce. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FORTES, A. Sala de Emergência. In: ABCD primário e secundário. Rio de Janeiro: Medbook, 2007.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o casode Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FREITAS, Paulo (Ed.). **Triagem do serviço de urgência**: grupo de triagem de manchester. 2. ed. Portugal: BMJ Publishing Group, 2002. 149p.

FRISOLI JUNIOR, A. et al. **Emergências**: manual de diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 2004.

FUCHS, F. D. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia**: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

_____. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: DUNCAN, Bruce et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GARCIA, Kollin M. Doenças da próstata. In: PROMEF Ciclo 2, modulo 4. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana, 2006.

GERBER, M. A. et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcalpharyngitis: a scientific statement from the american heart association rheumatic fever, endocarditis,and kawasaki disease committee of the council on cardiovascular disease in young, the interdisciplinarycouncil on functional genomics and translational biology, an the interdisciplinary council on qualityof care and outcomes research: endorsed by the american academy of pediatrics. **Circulation**, United States, v. 119, p. 1541-1551, 2009.

GIGLIO JACQUEMOT, Armelle. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais eusuários. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. (Coleção Antropologia e Saúde).

GIUSTINA D; Back pain: red flags and green lights. In: AMERICAN College of Emergency Physicians. McCormick Place - Lakeside Building, Scientific Assembly, 30 out. 2008. p. 1-13. Disponível em: <http://meetings.acep.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=42298>. Acesso em: 26 fev. 2012.

GLOBAL ROAD SAFETY PARTNERSHIP. **Beber e dirigir**: manual de segurança viária para profissionaisde trânsito e saúde. Genebra, 2007. Disponível em: <http://www.grsproadsafety.org/themes/default/pdfs/good_practice/drinking/Beber%20e%20Dirigir_Portuguese.pdf>. Acesso em: jan. 2012.

GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION. **Global initiative for asthma**, 2007. Disponível em: <http://www.ginasthma.org>. Acesso em: jan. 2012.

GOIATO, M. C. et al. Lesões orais provocadas pelo uso de prótese removíveis. **Pesq Bras OdontopedClin Integr**., João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 85-90, jan./abr. 2005.

GOLDFRANK, L. R. et al. **Goldfrank´s toxicologyc emergencies**. 8. ed. New York: McGraw-Hill, 2006.

GOODIN, D. S.; AMINOFF, M. J. Does the interictal EEG have a role in the diagnosis of epilepsy? **Lancet**, England, v. 1, p. 837-839, 1984.

GOODMAN, A. Evaluation of postmenopausal bleeding. **Am. j. obstet**. gynecol., Saint Louis, Mo., US, v. 178, n. 4, abr. 1998.

GORDON, E.; DEVINSKY, O. Alcohol and marijuana: effects on epilepsy and use by patients withepilepsy. **Epilepsia**, United States, v. 42, n. 10, p. 1266-1272, 2001.

GRATTAN, C. E. H; HUMPHREYS, F. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adultsand children, **British Journal of Dermatology**, England, v. 157, n. 6, p. 1116–1123, 2007.

GUIMARAES, M. M. et al. **Endocrinologia pediátrica**: um guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2006.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

HANLEY, K.; DOWD, T. O. Symptoms of vertigo in general practice: a prospective study of diagnosis. **Br. J. Gen. Pract**., England, v. 52. n. 483, p. 809-812, 2002.

HAUSER, W. A. Seizure disorders: the changes with age. **Epilepsia**, United States, v. 33, p. 6-14, 1992. Supplement 4.

HAZINSKI, M. et al. Major changes in the 2005 AHA guidelines for cpr and ecc: reaching the tipping point for change headache classification subcommittee of the international classification of headache disorders. 2. ed. **Cephalalgia**, England, v. 24, p. 1-160, 2004. Supplement 1.

HAZINSKI, M. F. et al. Major changes in the 2005 AHA guidelines for CPR and ECC: reaching the tipping point for change. **Circulation**, United States, v. 112, n. 24, 2005. Supplement 1.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERPES GENITAL. [2010]. Disponível em: <http://images.google.com.br/images>. Acesso em: 2010.

HERPES SIMPLES LABIAL.[2010]. Disponível em: <http://images.google.com.br/images>. Acesso em: 2010.

HERPEZ ZOSTER EM TRONCO.[2010]. Disponível em: <http://knol.google.com/k/-/-/zjuphyxN/BwnSJQ/Zoster%20Trunk%202.jpg>. Acesso em: 2010.

HIGA, E. M. S.; ATALLAH, A.N. Convulsões. In: _____. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**: guia demedicina de urgência. 1. ed. São Paulo: Editora Manole, 2004.

INSTITUTO PASTEUR. **Profilaxia da raiva humana**. 2. ed. São Paulo: Instituto Pasteur, 2000. (Manual Técnico do Instituto Pasteur, n. 4). Disponível em: <http://www.pasteur.saude.sp.gov.br/informacoes/manuais/manual_4/norma_00.htm>.Acesso em: 20 mar. 2009.

ITHO, S. F. **Rotina no atendimento do intoxicado**. 3. ed. Vitória: [s.n.], 2007.

JENKINS, L. et al. Consultations do not have to be longer. **BMJ**, England, v. 325, n. 7360, p. 388, ago. 2002.

JOHNSTON, G.; SLADDEN. M. Scabies: diagnosis and treatment. **BMJ**, England, v. 331, n. 7517, p. 619-622, 2005.

JORGE, Silvia A.; DANTAS, Regina P. E. **Abordagem multiprofissional em tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.

KANSKI, J. J. **Clinical ophthalmology**. 2. ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1989.

KHOT, A.; POLMEAR, A. **Practical General Practice**. 5. ed. Inglaterra: Elsevier, 2006.

KLEINMAN, A. **Patientes and healers in the context of culture**. USA: University of California Press, 1980.

KLOETZEL, K. O diagnostico clinico: estratégias e táticas. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI,E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre:Artmed, 2003.

KOLLIN, M. G. Doenças da Próstata. In: _____. **Promef ciclo 2, modulo 4**. Porto Alegre: Artmed/PanamericanaEditora, 2006.

KRIEGER, E. M.; GIORGI, D. M. A. Hipertensão Arterial. In: SERRANO JUNIOR, C. V.; TIMERMAN, A;STEFANI, E. **Tratado de cardiologia da SOCESP**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009. v. 1.

KUO, C. H.; PANG, L.; CHANG, R. Vertigo part 1 – assessment in general practice. **Aust Fam Physician**, Australia, v. 37, n. 5, p. 341-347, 2008.

_____. Vertigo part 2: management in general practice. **Aust. Fam. Physician**, Australia, v. 37, n. 6,p. 409-413, 2008.

LABUGUEN, R. H. Initial evaluation of vertigo. **Am. Fam. Physician**, United States, v. 73, n. 2, p. 244-251, 2006.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

LACERDA, J. T. et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n. 3, p. 453-458, 2004.

LANGEWITZ, W. et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohortstudy. **BMJ**, England, v. 325, n. 7366, p. 682–683, set. 2002.

LARANJEIRA, Ronaldo. et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seutratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr**., São Paulo, v. 22, n. 2, jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/img/fbpe/rbp/v22n2/a06anx01.gif>. Acesso em: jan. 2012.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1976.

LENZ, M. L. M. Atenção à Saúde das Crianças com Asma em Atenção Primária. In: CASTRO FILHO, E.D.; ANDERSON, M. I. P. **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: Ciclo 1, Módulo 3. Rio de Janeiro: ArtMed, 2006.

LESÕES polimorfas da varicela. [2010]. Disponível em: <http://images.google.com.br/images>. Acesso em: 2010.

LEUNG, A.K.C; et al. Acute abdominal pain in children. **Am. family physician**, United States, v. 67, p. 2321-2326, 2003.

LHATOO, S. D.; SANDER, J. W. A. S. The epidemiology of epilepsy and learning disability. **Epilepsia**, United States, v. 42, p. 6-9, 2001. supplement.1

LIBBY, Peter; ZIPES, Douglas P.; BONOW, Robert O. **Braunwald**: tratado de doenças cardiovasculares. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2006. 2 v.

LIMA, Claudia Arajo de et al. (Coord.). **Violência faz mal a saúde**. Brasilia: Ministério da Saúde, 2004.

LIMA JUNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratamento ambulatorial de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2009.

LÍNGUA EM FRAMBOESA. [2010]. Disponível em: <http://images.google.com.br/images>. Acesso em: 2010.

LINHAS MARCADAS nas dobras flexoras (sinal de Pastia) e eritema papular difuso. [2010]. Disponível em: <http://images.google.com.br/images>. Acesso em: 2010.

LOPES, H. F.; DRAGER, L. F. Hipertensão Arterial. In: LOPES, A. C (Org.). **Tratado de Clínica Médica**. Roca: São Paulo, 2006. v. 1.

LOWENSTEIN, D. H.; ALLDREDGE, B. K. Status epilepticus. **N. Engl. J. Med**., United States, v. 338, p. 970, 1998.

LOWENSTEIN, D. H. Convulsões e Epilepsia. In: _____. **Harrison Medicina Interna**, 16. ed. McGraw-Hill, 2006.

LUNDGREN, F.; MOCELIN, H.; RIBEIRO, J. D. R. et al. Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida nacomunidade em pediatria. **J. Bras. Pneumol**., Brasília, v. 33, 2007. Suplemento 1.

LUPI O. Herpes simples. **An. Bras. Dermatol**., Rio de Janeiro, v. 75, n. 3, p. 261-275, 2000.

MACHADO, L. V. Hemorragia uterina disfuncional. In: _____. **Endocrinologia ginecológica**.Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

_____. Sangramento Uterino Disfuncional. **Arq. Bras. Endocrinol**. Metab., São Paulo, v. 45, n. 4, p. 375-382, ago. 2001.

MALOW, B. A. Sleep deprivation and epilepsy. **Epilepsy Curr.**, United States, v. 4, n. 5, p. 193-195, 2004.

MANO, R. **Manuais de cardiologia**. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/Semiologia/Anamnese/anamnese_Page322.htm>. Acesso em: 23 mar. 2009.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 338/359



MANOBRA DE DIX-HALLPIKE.[2010]. Disponível em: <http://images.google.com.br/images>. Acesso em: 2010.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. Álcool: abuso e dependência. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Usuários de substâncias psicoativas**: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo, 2003.

MARTINS, H. S; DAMASCENO, M. C.; AWADA, S. B. **Pronto socorro**: condutas do hospital das clínicasda faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Manole, 2007.

MARTISN, H. S. et al. **Emergência clínicas**: abordagem prática. Barueri: Manole, 2007.

MEHNERT-KAY, Susan A. Diagnosis and Management of Uncomplicated Urinary Tract Infections. **Am. Fam. Physician**., United States, v. 72, n. 3, p. 451-456, 2005.

MICROMEDEX. In: CAPES. **Periódicos - Bases de dados textos completos**. Disponível em:<http://www.bu.ufsc.br>. Acesso em: jan. 2012.

MIDIO, A. F.; MARTINS, D. I. **Toxicologia de alimentos**. São Paulo: Livraria Varela, 2000.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MORGAN, Eric; BLEDSOE, Scott; BARKER, Jane. Ambulatory management of burns. A**m. Fam. Physician**, United States, v. 62, n. 9, p. 2015-2032, nov. 2000. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/20001101/2015.html>. Acesso em: 20 mar. 2009.

MOSTOV, P. D. Treating the immunocompetent patient who presents with an upper respiratoryinfection: pharyngitis, sinusitis and bronchitis. **Prim. Care Clin. Office Pract**., [s.l], v. 34, p. 39-58. 2007.

NASCIMENTO-CARVALHO, C. M.; MARQUES, H. H. Recomendação do departamento de infectologia da sociedade brasileira de pediatria para conduta de crianças e adolescentes com faringoamigdalites agudas. **J. Pediatr**., Rio de Janeiro, n. 82, v.1, p. 79-82, 2006.

OGA, S. **Fundamentos de toxicologia**. 3. ed., São Paulo: Atheneu, 2008.

OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K. M. A. **The headaches**. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2000.

OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. T**ratado de Ginecologia**. Belo Horizonte: Febrasgo, 2001.

OLIVEIRA, R. B.; GODOY, S. A. P.; COSTA, F. B. **Plantas tóxicas**: conhecimento e prevenção de acidentes.Ribeirão Preto: Holos, 2003.

OLMOS, R. D.; MARTINS, H. S. Hipertensão Arterial Sistêmica: Abordagem Inicial. In: MARTINS, H. S. **Emergências clínicas**: abordagem prática. 3. ed. amp. São Paulo: Manole, 2007.

OLMOS, Rodrigo. Emergências hipertensivas. In: MARTINS, Herlon. et al. (Org.). **Emergências clínicas baseadas em evidências**. Atheneu, 2006.

OLSON, K. R. (Ed.). **Poisoning & drug overdose**: by the faculty, staff and associates of the California Poison Control System. 4. ed. New York: Lange Medical Books/MCGraw-Hill, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERIANA DE LA SALUD. **Recomendaciones generales para abordar el manejo clinico de casos por infeccion por el virus de influenza a H1n1**: Documento técnico 2. Oficina de la Sub-Directora /Área de Sistemas y Servicios de Salud, 2009.

OSÓRIO, C. M. S, et al. Psicoses. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006. p. 885-897.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

OWEN. Epstein. **Exame clínico**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

PA, Lee. Central precocious puberty: an overview of diagnosis, treatment, and outcome. **Endocrinology and Metabolism Clinics**. [s.l.], v. 28, n. 4, p. 901-916, 1999.

PACE, W. D.; DICKINSON, M.; STATON, E. W. Seasonal Variation in Diagnoses and Visits to Family Physicians. **Ann. Fam. Med**., United States, v. 2, n. 5, p. 411, set./out. 2004.

PAINE, M. Dealing with dizziness. **Aust. Prescr**., Australia, v. 28, n. 4, p. 94-97, 2005.

PALLER, A. S.; MANCINI, A. J. **Hurwitz clinical pediatric dermatology**. 3. ed. Philadelphia: ElsevierSaunders, 2006.

PAUL, E. M.; VARON, J. Hypertensive crises: challenge and management. **Chest**, v. 131, p. 1949-1962, 2007.

PAVAN-LANGSTON, D. **Manual of ocular diagnosis and therapy.** 3. ed. United States of America: Little, Brown and Company,1991.

PENDLETON, D. et al. **The new consultation**: developing doctor-patient communication. England: The Oxford University Press, 2003.

PERRIN, D. et al. **Urgência em odontologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PESSINI, A. S. Lesões precursoras do câncer de endométrio. In: FEBRASGO. **Tratado de Ginecologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

PINA, H. Hiperplasia endometrial: tratamento e diagnóstico. **Boletim sociedade brasileira de reprodução humana**, Local, ano 2, n. 7, jan./fev. 2002.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde**: um campo de estudo e construção da integralidade. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/artigo_roseni1.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2008.

_____. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio deJaneiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2003.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ – ABRASCO, 2006.

PIOVESAN, Deise Marcela. et al Avaliação prognóstica precoce da asma aguda na sala de emergência. **J. Bras. Pneumol**., São Paulo, v. 32, n. 1, jan./fev. 2006.

PORTAL AUDIÊNCIA DA TV. **Lesões polimorfas de varicela**, 2009. Disponível em: <http://grupoaudienciadatv.files.wordpress.com/2009/05/catapora1.jpeg>. Acesso em: jan. 2012.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PRADO, Evandro; SILVA, M. J. B. da. Anafilaxia e reações alérgicas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, 1999. Suplemento.

PROSTATITIS and chronic pelvic pain syndrome. In: GRABE, M. (Org.). **Guidelines on the management of urinary and male genital tract infections**. Disponível em: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12586>. Acesso em: 1 abr. 2009.

RAINEJE, D. M. D. C.; GREGORY, J. W.; SAVAGEMO, H. **Endocrinologia e diabetes em pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

RAKEL, R. E. **Textbook of Family Medicine**. 7. ed. 2007. Disponível em: <http://www.mdconsult.com>. Acesso em: 25 abr. 2009.

RAMARATNAM, S.; BAKER, G. A.; GOLDSTEIN, L. H. Psychological treatments for epilepsy. **Cochrane Database Syst. Rev**. v. 19, 2005.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

RICCETTO, A. G.; ZAMBOM, M. P. **Manual de urgências e emergências pediátricas**. São Paulo: UNICAMP/Revinter, 2005.

RIGO, Leonardo; HONER, Michael Robin. Análise da profilaxia da raiva humana em Campo Grande,Mato Grosso do Sul, Brasil, em 2002. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1939-1945, nov./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600044&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 20 mar. 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Exantema é maculopapular**, [2010]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/sarampo%20tronco.JPG>. Acesso em: jan. 2012.

ROSSANA, Sette. **Lesões de escabiose em abdome**. 2010. Disponível em:<http://www.micologia.com.br/imagens/sarcoptes2.jpg>. Acesso em: jan. 2012.

SAKANO, E. et al. **Dor**: guias de medicina ambulatorial e hospitalar da escola paulista de medicina. São Paulo: Manole, 2004.

_____. Tratamento da otite média aguda na infância. **Rev. Assoc. Med. Bras**., São Paulo, v. 52, n. 2, p 72-73, 2006.

SAKATA, R. K; ISSY, A. M. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM**: dor. 2. ed.São Paulo: Manole, 2008.

SALINSKY, M.; KANTER, R.; DASHEIFF, R.M. Effectiveness of multiple EEGs in supporting the diagnosis of epilepsy: an operational curve. **Epilepsia**, United States, v. 28, n. 4, p. 331-334, 1987.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

SAMUELS, M. A.; HARRIS, J. R. The dizzy patient: a clear-headed approach. In: MARTIN, R. A. **Family practice curriculum in neurology**. [s.l.], American Academy of Neurology, 2001. p. 144-163.

SANTANA, L. B; FEIO, C. M. A. Hipertensão Arterial. In: CONDE, S. R. S. S.; MOREIRA, K. E. C. S. (Org.). **Tópicos em clínica médica**: diagnóstico e terapêutica. Belém: EDUFPA, 2008. p. 131-134.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina. **Parecer n. 55820/98**. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/legislação/pareceresqparcrm/55820_1998.htm>. Acesso em: 21 fev. 2009.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Atenção à Saúde. **2º caderno de apoio ao acolhimento**: orientações, rotinas e fluxos sob a óptica do risco e vulnerabilidade. São Paulo, 2004.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de vigilância Epidemiológica. Divisão de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. **Monitorização das doenças diarréicas agudas- MDDA**. 2008. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/hidrica/doc/mdda08_manual.pdf>. Acesso em: jan. 2012.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. **Cólera**: normas e instruções. 2002. Disponível em <http://www.cve.saude.sp.gov.br/doc_tet/hidrica/dta_maual colera.pdf>. Acesso em: jan. 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético**. Programa de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético. São Paulo: SMS, 2009.

SCHVARTSMAN, S. **Plantas venenosas e animais peçonhentos**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1992. 288 p.

SCOTT, L. A; S. M. S. Viral Exanthems. **Dermatol. Online**, [s.l.], v. 9, n. 3, p. 4, Aug. 2003.

SEMAH, F. et al. Is the underlying cause of epilepsy a major prognostic factor for recurrence? **Neurology**, [s.l.], v. 51, n. 5, p. 1256-1262, Nov. 1998.

SHEIKH, A; SHEHATA, Y. A; BROWN, S. G. A; SIMONS, F. E. R. Adrenaline (epinephrine) for thetreatment of anaphylaxis with and without shock. **The Cochrane Library**, Oxford, Issue 4, 2008.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 341/359



SILVEIRA, C. M.; ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C. **Álcool e suas consequências**: uma abordagem multiconceitual. São Paulo: Minha Editora. 2009. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdCategoria=5064d439c28ec1aad1a23e7ac887cb93>. Acesso em: jan. 2012.

SIMÕES, C. M. O. et al. (Org.) **Farmacognosia**: da planta ao medicamento. 5. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Editora da Universidade UFRGS; Florianópolis: Editora da UFSC, 2003.

SOCIEDADE ARGENTINA DE PEDIATRIA. Consenso de Asma Bronquial, parte 1. **Arch. Argent. Pediatr**., Argentina, v. 106, n. 1, p. 61- 68, 2008.

_____. Consenso de Asma Bronquial, parte 2. **Arch. Argent. Pediatr**., Argentina, v. 106, n. 2, p. 162-175, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, [2010]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Diretrizes/V_Diretrizes_Brasileiras_de_Hipertensao_Arterial.pdf>. Acesso em: jan. 2012.

_____. Revisão das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol**., São Paulo, v. 79, 2002. Suplemento 4. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7905/IIDiretrizes.pdf>. Acesso em: jan. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALEIA. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Recomendações para o tratamento da crise migranosa. **Arq. Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 58, n. 2A, p. 371-389, 2000.

_____. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Recomendações para o tratamento profiláticoda migrânea. **Arq. Neuropsiquiatr**., São Paulo, v. 60, n. 1, p. 159-169, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Recomendação da sociedade brasileira de pediatria para antibioticoterapia de crianças e adolescentes com pneumonia comunitária**. [s.l.], 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Como avaliar a gravidade da pneumonia adquirida na comunidade?** Disponível em: <http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/Revisoes/REVISAO_02_AVALIACAO_GRAVIDADE_PAC>. Acesso em: 10 jan. 2009.

_____. Diretriz para pneumonias adquiridas na comunidade (PAC) em adultos imuno competentes. **J. Bras. Pneumol**., Brasília, v. 30, p. 1-24, 2004.

SOUTH-PAUL, J.; MATHENY, S.; LEWIS, E. Current Diagnosis & Treatment Family Medicine. In: _____. **Low Back Pain**. New York: The McGraw-Hill Companies, 2004.

SPALTON, D. J.; HITCHINGS, R. A.; HUNTER, P. A. **Altlas de clínica oftalmológica**. São Paulo: Manole,1992.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organizações para as Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2002.

_____. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia– UNESCO. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

STEVENS, D. L. et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissueinfections. **Clin. Infect. Dis**., United States, v. 41, n. 10, p. 1373-1406, 2005.

STEWART, M. **Patient centered medicine**. England: Radcliffe Medical Press, 2003.

STIRBULOV, R.; BERND, L. A. G.; SOLE, Dirceu. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. **J. Bras. Pneumologia**, Brasília, v. 32, p. 447- 474,2006. Supplement 7.

SUBCOMITÊ DE CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALEIAS DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALEIA. **Classificação internacional das cefaleia**. 2. ed. Tradução da Sociedade Brasileira de Cefaleia. São Paulo: Alaúde Editorial, 2006.

SUCUPIRA, A. C. et al. **Pediatria em consultório**. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1995.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

SULAK, P. J. et al. Prospective analysis of occurrence and management of breakthrough bleeding during an extended oral contraceptive regimen. **Am. J. Obstet. Gynecol**., United State, v. 195, n. 4, p. 935-941, 2006.

SUTTER, A. I. M.; LEMIENGRE, M.; CAMPBELL, H. Antihistamines for the common cold (CochraneReview). **The Cochrane Library**, Oxford, Issue 4, , 2008.

SWARTZ, R.; LONGWELL, P. Treatment of vertigo. **Am. Fam. Physician**, United States, v. 71, n. 6, p.1115-22, 2005.

TABELA de Snellen para Alfabetizados. [2010a]. Disponível em: <http://images.google.com.br/images>. Acesso em: 2010.

TABELA de Snellen para não Alfabetizados. [2010b]. Disponível em: <http://images.google.com.br/images>. Acesso em: 2010.

TAMMELING, G. J.; QUANJER, P. H. **Physiology of Breathing**. Thomae, 1980. Disponível em: <http://www.microlife.com/healthguide/asthma/values/>. Acesso em: 2012.

TATTERSALL, R. B.; GALE, E. A. M. **Diabetes clinical managemen**t. New York: Churchill Livingstone, 1990.

TAVERNER, D.; LATTE, G. J. Nasal decongestants for the common cold (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Oxford, Issue 4, 2008.

TRAEBERT, J. et al. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismona dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v. 20, n. 2, p. 403-410, mar./abr. 2004.

UNCOMPLICATED urinary tract infections in adults: guidelines on the management of urinary and male genital tract infections. **National guideline clearinghouse**, United States, v. 2. p. 125-12, mar. 2009. Disponível em: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12526>. Acesso em: 1 abr. 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Manual de ginecologia da maternidade-escola Assis Chateaubriand**. Fortaleza-Ce: UFC, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, 2004.

VAN DEN BRINK-MUINEN A. et al. Communication in general practice: differences between Europeancountries. **Family Practice**, England, v. 4, n. 20, p. 478–485, ago. 2003.

WAITZMAN, Ariel; NELIGAN, Peter. How to manage burns in primary care. **Canadian Family Physician**, Canada, v. 39, p. 2394-2400, nov. 1993. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2379923>. Acesso em: 20 mar. 2009.

WANNMACHER, L. Antimicrobianos em dermatologia. **Uso racional de medicamentos**: temas relacionados, Brasília, v. 3, n. 12, p. 1-6, nov. 2006.

WEINBERG, J. M. Herpes zoster: epidemiology, natural history, and common complications. **J. Am. Acad. Dermatol**., United States, v. 57, n. 6, p. 130-135, 2007.

WENDEL, K.; ROMPALO, A. Scabies and pediculosis pubis: an update of treatment regimens and general review. **Clin. Infect. Dis**., United States, v. 35, p. 146-151, 2002. Supplement 2.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **N. Engl. J. Med**., United States, v. 265, n. 18, p. 885-892, nov. 1961.

WOODHEAD, M. et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. **Eur. Respir. J.**, Switzerland, v. 26, p. 1138–1180, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for management of common diseases in young childrenin emergencies**. Disponível em: <http://www.searo.who.int/LinkFiles/List_of_Guidelines_for_Health_Emergency_draftdocument.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2009.

_____. **World report on violence and health**. Geneve, 2002.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

_____. **World report on violence and health**. Geneve: WHO, 2002.

YAMANE, R. Como eu trato. Tratamento do glaucoma primário de ângulo fechado. **Arq. Bras. Oftalmol**., São Paulo, [s.n.], jul. 1997.

ZUKERMAN, E. Cefaleia do tipo tensional. In: SPECIALI, J. G.; SILVA, W. F. **Cefaleias**. São Paulo: Lemos editorial. 2002. p. 109-119.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d312634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# ANEXOS

## ANEXO A – ROTINA DE EXAME NEUROLÓGICO

Documento elaborado e gentilmente cedido para este Caderno de Atenção Básica pelo Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza. Rotina sugerida pelo Prof. Carlos Eduardo Silvado Departamento de Clínica Médica – UFPR; Revisado e Modificado por Tatiana Monteiro Fiuza e Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro.

### 1. Estado Mental

| *Adaptação do Folstein Mini Mental Status Examination* | TOTAL |
|---|---|
| **Orientação Data** (que dia é hoje? registre os itens omitidos)<br>dia ( ), mês ( ), ano ( ), dia da semana ( ), manhã/tarde ( ) | |
| **Orientação Local** (onde você está? pergunte os itens omitidos)<br>país ( ), estado ( ), cidade ( ), local ( ), andar ( ) | |
| **Registro de objetos** (nomeie clara e lentamente 3 objetos e peça ao paciente para repetir)<br>janela ( ), casaco ( ), relógio ( ) | |
| Sete Seriado **(diminuir 7 de 100 sucessivamente ou soletrar MUNDO ao contrário)**<br>93 ( ), 86 ( ), 79 ( ), 72 ( ), 65 ( ) ou O ( ), D ( ), N ( ), U ( ), M ( ) | |
| **Recordar Objetos** (relembrar os 3 objetos citados anteriormente)<br>janela ( ), casaco ( ), relógio ( ) | |
| **Denominação** (aponte para o relógio e pergunte "O que é isto?". Repita com um lápis)<br>relógio ( ), lápis ( ) | |
| **Repetição** (repetir a frase "casa de ferreiro, espeto de pau" ou "nem aqui, nem ali, nem lá")<br>repetição correta na 1ª tentativa ( ) | |
| **Comando Verbal** (pegue o pedaço de papel, dobre-o ao meio e coloque-o sobre a mesa)<br>pegar o papel ( ), dobrar ao meio ( ), colocar sobre a mesa ( ) | |
| **Comando Escrito** (mostrar um pedaço de papel com a frase "Feche os olhos")<br>fechou os olhos ( ) | |
| **Escrita** (escrever uma frase)<br>Sentença com sujeito + verbo e que faça sentido ( ) | |
| **Desenho** (copiar o desenho da interseção de 2 pentágonos)<br>figura com 10 cantos e 2 linhas de interseção ( ) | |
| *TOTAL (máximo = 30)* | |

#### Interpretação:

Somar um 1 ponto para cada um dos itens ( ) respondidos corretamente e registrar o total na coluna da direita. O escore final é a soma dos pontos, sendo considerado normal quando superior a 24. Bertolucci e col., 1994 aplicaram o FMMS em 530 brasileiros com vários graus de escolaridade e obtiveram os seguintes pontos de corte para normalidade: analfabetos = 13; 1 a 8 anos escolaridade = 18 e > 8 anos escolaridade = 26



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## 2. Nervos Cranianos

### I Olfatório

a. Pedir para o paciente fechar os olhos
b. Tapar uma narina e colocar alguma substância de odor característico
c. Pedir para que ele diga do que se trata

### II Óptico

#### 1. Fundoscopia

a) Verificar a retina, papila óptica e vasos retinianos

#### 2. Acuidade visual

a) Permitir o uso de óculos para longe ou lente de contato
b) Posicionar o paciente à6 metros da Tabela de Snellen ou à 35cm da Tabela de Rosenbaum
c) Cobrir um dos olhos e ler a Tabela
d) Registrar a menor linha que o paciente consegue ler

#### 3.Campimetria por confrontação

a) Posicionar-se à distância de 1 braço à frente do paciente
b) Paciente e examinador olhando "um dentro dos olhos do outro"
c) Abrir os braços e movimentar um dos dedos de uma mão
d) Solicitar que indique qual lado está movendo, sem desviar o olhar dos olhos do examinador
e) Testar os 4 quadrantes
f) Se suspeitar de anormalidade, testar cada olhos separadamente

### III, IV e V Oculomotor, Troclear e Abducente

#### 1. Verificar simetria das fendas palpebrais e protusão ocular

#### 2. Movimentação extraocular

a) Manter fixa a cabeça do paciente, solicitar que siga apenas com o olhar o dedo do examinador, e informar quando não estiver vendo nítido
b) Movimentar o dedo nas seis direções, em forma de H
c) Observar nistagmo, assimetria da movimentação e queixa de diplopia
d) Checar convergência movendo o dedo na direção da ponta do nariz

#### 3. Reação pupilar à luz

a) Em ambiente escuro, pedir que olhe para a frente e longe
b) Alternadamente iluminar com um foco de lanterna colocado obliquamente (90°) cada pupila
c) Observar a reação pupilar do lado iluminado (fotomotor direto) e da outra pupila (fotomotor consensual)
d) Registrar o diâmetro pupilar e qualquer assimetria ou irregularidade



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## VI Trigêmio

### 1. Sensibilidade de face

a) Explicar ao paciente o teste
b) Com um objeto pontiagudo tocar as regiões frontal, malar e mandibular, comparando a sensação dolorosa à direita e à esquerda e entre cada uma das regiões estimuladas

### 2. Reflexo corneano

a) Explicar ao paciente o teste (retirar lente de contato)
b) Solicitar que olhe para o lado e para cima
c) Tocar a borda externa inferior da córnea do lado oposto com um pedaço de algodão
d) Observar a reação de piscamento normal em ambos os olhos
e) Repetir no outro lado

## VII Facial

### 1. Mobilidade de Face

a) Solicitar que enrugue a testa ou olhe para cima
b) Solicitar que feche os olhos com força. Tente abri-los e teste a força do músculo orbicular dos olhos
c) Peça para mostrar os dentes ou dar um sorriso
d) Observar presença de assimetrias e ausências de pregas faciais

## VIII Acústico

### 1.Audição

a) Em um ambiente silencioso, provoque um ruído esfregando as pontas dos dedos colocados ao lado de um dos ouvidos do paciente
b) Gradualmente distancie a mão do ouvido do paciente
c) Peça para informá-lo quando deixar de ouvir o ruído
d) Repita no lado oposto e compare os resultados

## IX e X Glossofaringeo e Vago

### 1. Voz e Deglutição

a) Indague se apresenta dificuldade de deglutição ou alteração de voz
b) Solicite ao paciente que mantenha a boca aberta e diga EHHHHHHHHHH!
c) Observe a simetria da elevação do palato e a ausência de desvio lateral da rafe mediana

## XI Acessório

### 1. Força do músculo Trapézio e Esterno-clido-mastoideo

a) Solicitar para manter os ombros elevados
b) Tentar abaixar os ombros



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

c) Solicitar que mantenha a cabeça virada para um dos lados
d) Tentar virar a cabeça para o lado oposto, fazendo resistência no queixo, enquanto palpa o esterno-clido-mastoideo oposto
e) Observe assimetrias e atrofia dos músculos pesquisados

### XII Hipoglosso

### 1.Motilidade da Língua

a) Observar a língua dentro e fora da boca
b) Registrar assimetrias, desvios e atrofia da língua no interior da boca e fora dela

## 3. Sistema Motor

Observação: verificar a presença de assimetrias, atrofias e movimentos involuntários Tônus Muscular

a) Solicitar que fique relaxado e sem opor resistência a mobilização dos membros
b) Com uma das mãos, apoiar o braço e com a outra mão segurar a mão do paciente, efetuando movimentos de flexão, extensão e rotação dos membros superiores. Outra manobra é segurar ambas as mãos do paciente sentado, efetuando simultâneamente movimentos de flexão/extensão e rotação dos membros superiores
c) Com o paciente deitado colocar uma das mãos na panturrilha e a outra mão segurar o pé efetuando movimentos de flexão, extensão e rotação dos membros inferiores
d) Observar a simetria do tônus muscular e a presença de redução (hipotonia) ou de aumento (hipertonia plástica ou espástica)

### Força Muscular

a) Testar a força fazendo o paciente manter uma posição, enquanto o examinador tenta vencer a resistência
b) Sempre comparar a força de um músculo com o seu oposto
c) Registrar a força encontrada conforme a escala abaixo:

5 – força normal
4 – força menor que o esperado (4 + limite superior e 4 - limite inferior)
3 – movimenta contra a gravidade, não vence a resistência
2 – movimenta a articulação, não vence a gravidade
1 – movimentos visíveis, não movimenta a articulação
0 – sem movimentos visíveis

### Desvio em pronação

Solicitar que mantenha os membros superiores estendidos para frente, com as palmas das mãos viradas para cima e os olhos fechados por 20 a 30 segundos

1 – O examinador executa breves movimentos forçando os braços para baixo
2 – Verificar se o paciente não é capaz de manter a extensão e a supinação. Caso evolua lentamente para pronação e queda do membro superior, sugere paresia do membro.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

| Movimento | Músculo |
|---|---|
| **Membros Superiores** | |
| Abdução braço após 45º | Deltoide |
| Flexão cotovelo | Bíceps |
| Extensão cotovelo | Tríceps |
| Apertar 2 dedos do examinador | Preensão da mão |
| Abdução dos dedos | Abdutores dos dedos |
| **Membros Inferiores** | |
| Flexão da coxa | Iliopsoas |
| Extensão do joelho | Quadríceps |
| Flexão do joelho | Grupo posterior coxa |
| Extensão do tornozelo | Tibial anterior |
| Extensão do hálux | Extensor do hálux |

## Reflexos

### 1. Profundos:

a) Solicitar que fique relaxado e corretamente posicionado antes do exame
b) Percutir o ponto tendinoso firmemente
c) Caso não obtenha resposta, peça ao paciente para executar uma discreta contração do músculo pesquisado ou realizar a Manobra de Jendrassik (fechar os olhos e executar contração isométrica dos membros não pesquisados)
d) Se os reflexos parecerem hiperativos, pesquisar clônus:

1 – patelar – perna semifletida, executar movimento súbito da patela contra o tendão e sustentar em posição

2 – aquileu – perna semifletida, executar movimento súbito de flexão do pé e sustentar em posição

Registrar o reflexo encrontrado, conforme a escala abaixo:

4+ – hiperativo com clônus
3+ – hiperativo sem clônus, com aumento da área de resposta à percussão
2+ – normal
1+ – hipoativo
0+ – não obtida resposta

| Principal Raiz Envolvida | Reflexo |
|---|---|
| **Membros Superiores** | |
| C5 | Biciptal |
| C6 | Estiloradial |
| C7 | Triciptal |
| **Membros Inferiores** | |
| L4 | Patelar |
| S1 | Aquileu |



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

**2. Superficiais:**

**a. Cutâneo-plantar – Sinal de Babinski**

- esfregar a porção lateral da planta do pé, do tornozelo até a porção anterior, com um objeto rombo
- observar a reação dos dedos
- reação indiferente ou normal quando ocorrer a flexão dos dedos e/ou a retirada do pé
- reação positiva ou Sinal de Babinski quando ocorrer uma extensão do hálux e dos outros dedos

**b. Cutâneo-abdominal**

- esfregar com um objeto rombo as regiões laterais do abdome (superior, media e inferior), em direção à linha media
- observar a contração da musculatura
- comparar com o lado oposto e com as três regiões
- reação normal quando ocorrer a contratura unilateral ou não ocorrer em nenhuma das regiões (em obesos ou pós-cirurgia de abdome)
- reação anormal ou reflexo ausente quando a reação for assimétrica

**c. Palmo-mentoniano**

- esfregar com um objeto rombo a palma da mão em direção ao polegar/indicador
- observar a contração do mento homolateral
- reação normal quando não ocorrer a contratura
- reação anormal ou reflexo presente quando a contratura ocorrer (desfrontalização)

**d. Naso-labial**

- percutir com a ponta do indicador o lábio superior abaixo do nariz
- observar a ocorrência de sucção dos lábios
- reação normal quando não ocorrer a contratura
- reação anormal ou reflexo presente (não inibido – significa desfrontalização) quando a contratura ocorrer

**e. Glabelar**

- percutir com a ponta do indicador a glabela
- observar a ocorrência de piscamento
- reação normal quando não ocorrer o piscamento
- reação anormal ou reflexo presente (não inibido – significa desfrontalização) quando o piscamento ocorrer

## Coordenação

**1. Movimentos rápidos alternados (diadococinesia)**

a) em posição sentada executar alternadamente bater o dorso e a palma das mãos nas coxas
b) bater a ponta do indicador na ponta do polegar o mais rápido possivel em ambas as mãos
c) observar o ritmo e a simetria dos movimentos

**2. Movimentos de ponto a ponto**

a) tocar a ponta do dedo do paciente na ponta do dedo do examinador, que o moverá pelos vários quadrantes. Repetir com o outro lado



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

b) estender o braço e depois tocar a ponta do nariz do paciente com a ponta do seu dedo. Repetir com o outro lado e com os olhos fechados
c) colocar o calcanhar sobre a crista da tíbia da perna oposta e deslizar até o hálux. Repetir com o outro lado
d) observar a simetria, precisão e a ausência de tremor

## 4. Sistema Sensitivo

### Dor e Tato

a) explicar ao paciente o teste a ser realizado. Peça que mantenha os olhos fechados e informe ao examinador quando a sensibilidade for alteradA (aumentada, diferente ou reduzida)
b) comparar áreas simétricas em ambos os lados do corpo e segmentos proximais e distais
c) caso exista suspeita de lesão medular, radicular, nervosa pesquisar a área sensitiva correspondente bilateralmente e registrar detalhadamente os limites da alteração
d) utilizar um cotonete ou estilete de madeira quebrado para criar uma ponta e testar a dor e um pedaço de algodão ou um leve toque com a ponta do dedo para testar o tato

### Senso de Posição

a) segurar lateralmente o hálux e mova lentamente para cima e para baixo, informe ao paciente quando está movendo para cima e para baixo.
b) solicitar que feche os olhos e informe a direção que está movendo o dedo
c) se alterado, realizar o procedimento no polegar

### Sinal de Romberg

a) solicitar que permaneça de pé sem apoio por 5 a 10 segundos. Após fechar os olhos e permanecer na mesma posição por mais 5 a 10 segundos. Será considerado Romberg + quando apresentar instabilidade apenas com os olhos fechados

## 5. Marcha e Equilíbrio

a) observar em pé e sentado durante a entrevista e o exame, verificar se mantém a posição sem oscilações ou quedas para os lados e para trás
b) pedir para caminhar em linha reta alguns metros e voltar
c) observar o padrão de marcha. Caso não seja característico (por exemplo, hemiplégica ou parkinsoniana) descrever detalhadamente
d) caminhar na ponta dos pés e nos calcanhares

## 6. Conclusão do Exame

1. Diagnóstico Sindrômico
2. Diagnóstico Topográfico



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## 7. ESCALA DE COMA DE GLASGOW

| VARIÁVEIS | | ESCORE |
|---|---|---|
| Abertura ocular | Espontânea<br>À voz<br>À dor<br>Nenhuma | 4<br>3<br>2<br>1 |
| Resposta verbal | Orientada<br>Confusa<br>Palavras inapropriadas<br>Palavras incompreensivas<br>Nenhuma | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| Resposta motora | Obedece comandos<br>Localiza dor<br>Movimento de retirada<br>Flexão anormal<br>Extensão anormal<br>Nenhuma | 6<br>5<br>4<br>3<br>2<br>1 |

| TOTAL MÁXIMO | TOTAL MÍNIMO | INTUBAÇÃO |
|---|---|---|
| 15 | 3 | 8 |



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

# ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL**
**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/ OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS**

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como uso intencional de força física ou de poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos conselhos tutelares e a autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.741/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

**Dados Gerais**

1 Data da Notificação | 2 UF | 3 Município de Notificação | Código (IBGE)

4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código (CNES)

5 Data da Ocorrência do Evento | 6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)

**Dados da Pessoa Atendida**

7 Nome | 8 Data de Nascimento

9 Idade (1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano) | 10 Sexo (1 - Masculino, 2 - Feminino, 9 - Ignorado) | 11 Gestante (1) 1ºTrimestre 2) 2ºTrimestre 3) 3ºTrimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado)

12 Cor (1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela, 4-Parda, 5-Indígena, 9-Ignorado)

13 Escolaridade (01) Analfabeto; 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF; 03) 4ª série completa do EF; 04) 5ª à 8ª série incompleta do EF; 05) Ensino fundamental completo; 06) Ensino médio incompleto; 07) Ensino médio completo; 08) Educação superior incompleta; 09) Educação superior completa; 10) Não se aplica; 99) Ignorado)

14 Ocupação | 15 Situação conjugal (1 - Solteiro, 2 - Casado/união consensual, 3 - Viúvo, 4 - Separado, 5 - Não se aplica, 9 - Ignorado)

16 Relações sexuais (1 - Só com Homens, 2 - Só com mulheres, 3 - Com homens e mulheres, 4 - Não se aplica, 9 - Ignorado) | 17 Possui algum tipo de deficiência? (1- Sim 2- Não 9- Ignorado) Física, Visual, Outras deficiências/ Síndromes, Mental, Auditiva

18 Número do Cartão SUS | 19 Nome da mãe

**Dados de Residência**

20 UF | 21 Município de residência | Código (IBGE) | 22 Bairro de residência

23 Logradouro (rua, avenida,...) | 24 Número

25 Complemento (apto., casa, ...) | 26 Ponto de Referência | 27 CEP

28 (DDD) Telefone | 29 Zona (1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado) | 30 País (se residente fora do Brasil)

**Dados da Ocorrência**

31 Local de ocorrência (01 - Residência; 02 - Habitação coletiva; 03 - Via pública; 04 - Ambiente de trabalho; 05 - Escola; 06 - Creche; 07 - Estabelecimento de saúde; 08 - Instituição socioeducativa; 09 - Instituição de longa permanência; 10 - Instituição prisional; 11 - Terreno baldio; 12 - Bar ou similar; 13 - Outros _____; 99 - Ignorado)

32 UF | 33 Município de Ocorrência | 34 Bairro de ocorrência

35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...) | 36 Número | 37 Complemento (apto., casa, ...)

38 Zona de ocorrência (1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado) | 39 Ocorreu outras vezes? (1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado) | 40 A lesão foi autoprovocada? (1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado)

41 Meio de agressão (1- Sim 2- Não 3-Não se aplica 9- Ignorado): Arma branca; Arma de fogo; Objeto contundente; Força corporal; Enforcamento/sufocação; Queimadura; Outros _____

42 Tipo de violências (1- Sim 2- Não 9- Ignorado): Física; Sexual; Tortura; Psicológica / Moral; Tráfico de seres humanos; Patrimonial; Negligência/ Abandono; Trabalho infantil; Outros _____

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais SVS 28/06/2006



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

**Violência Sexual**

43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado

- ☐ Assédio sexual
- ☐ Estupro
- ☐ Atentado violento ao pudor
- ☐ Pornograa infantil
- ☐ Exploração sexual
- ☐ Outros _____

44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado

- ☐ Oral
- ☐ Anal
- ☐ Vaginal

**Dados do provável autor da agressão**

45 Número de envolvidos ☐
1 - Um
2 - Dois ou mais
9 - Ignorado

46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

- ☐ Pai
- ☐ Mãe
- ☐ Padrasto
- ☐ Madrasta
- ☐ Cônjuge
- ☐ Ex-Cônjuge
- ☐ Namorado(a)
- ☐ Ex-Namorado(a)
- ☐ Amigos/conhecidos
- ☐ Desconhecido
- ☐ Cuidador
- ☐ Patrão/chefe
- ☐ Pessoa com relação institucional
- ☐ Outros _____

47 Sexo do provável autor da agressão ☐
1 - Masculino
2 - Feminino
3 - Ambos os sexos
9 - Ignorado

48 Supeita de uso de alcool ☐
1- Sim
2 - Não
9- Ignorado

**Em casos de violência sexual**

49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da noticação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

- ☐ Aborto
- ☐ Gravidez
- ☐ DST
- ☐ Tentativa de suicídio
- ☐ Outros _____

50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

- ☐ Prolaxia DST
- ☐ Prolaxia HIV
- ☐ Prolaxia Hepatite B
- ☐ Coleta de sangue
- ☐ Coleta de sêmen
- ☐ Coleta de secreção vaginal
- ☐ Contracepção de emergência
- ☐ Comunicação de Acidente de Trabalho
- ☐ Aborto previsto em lei

**Evolução e encaminhamento**

51 Evolução do Caso ☐
1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga
5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

52 Se óbito pela agressão, data | | | | | | | | |

53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

- ☐ Conselho tutelar (criança/adolescente)
- ☐ Vara da infância / juventude
- ☐ Casa de proteção / abrigo
- ☐ Programa Sentinela
- ☐ Delegacia Especializada da Mulher
- ☐ Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente
- ☐ Outras delegacias
- ☐ Ministério Público
- ☐ Centro de Referência da Assistência Social/CRAS
- ☐ IML
- ☐ Outros _____

54 Circunstância da lesão (conrmada)
CID 10 | | | | |

55 Classicação nal ☐
1 - Suspeito 2 - Conrmado 3 - Descartado

## Informações complementares e observações

**TELEFONES ÚTEIS**

| Disque-Saúde | Central de Atendimento à Mulher | Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes |
|---|---|---|
| 0800 61 1997 | 180 | 100 |

**Noti cador**

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde/CNES | | | | | | | |

Nome

Função

Assinatura





Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## ANEXO C – TELEFONES ÚTEIS

100 ___ Secretaria dos Direitos Humanos
127 ___ Ministério Público
132 ___ Assistência a Dependentes de Agentes Químicos
141 ___ Centro de Valorização da Vida (CVV)
155 ___ Serviço Estadual
156 ___ Serviço Municipal
160 ___ Disque Saúde
180 ___ Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
181 ___ Disque Denúncia
190 ___ Polícia Militar
191 ___ Polícia Rodoviária Federal
192 ___ Serviço Público de Remoção de Doentes (ambulância)
193 ___ Corpo de Bombeiros
194 ___ Polícia Federal
197 ___ Polícia Civil
198 ___ Polícia Rodoviária Estadual
199 ___ Defesa Civil



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

## ANEXO D – MODELO DE FICHA DE ATENDIMENTO AO QUEIMADO

MODELO DE FICHA DE ATENDIMENTO AO QUEIMADO

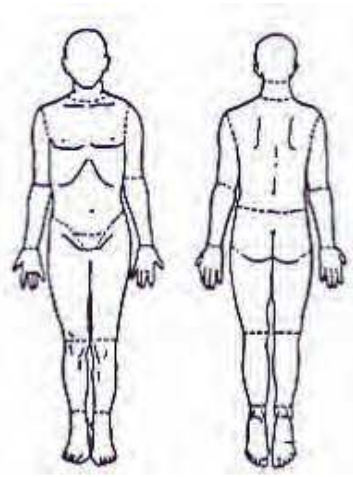
Nome: _____Idade: _____a _____m; Sexo:
Peso: kg

DATA DO ACIDENTE: _____/_____/____HORA: _____

DATA DO ATENDIMENTO: _____/_____/_____ HORA: _____

AGENTE CAUSAL: □ líquido aquecido □ vapor aquecido □ sólido aquecido □ queimadura solar □ eletricidade □ ácido □ álcali □ radiação □ álcool □ gasolina □ querosene □ outros: _____

LOCAL: □ cozinha □ quintal □ rua □ outros:_____



| | PORCENTAGEM | | |
|---|---|---|---|
| ÁREA | 1º GRAU | 2º GRAU | 3º GRAU |
| Cabeça | | | |
| Pescoço | | | |
| Tronco Anterior/Posterior | | | |
| Braço Direito/Esquerdo | | | |
| Antebraço Direito/Esquerdo | | | |
| Mão Direita/Esquerda | | | |
| Nádega Direita/Esquerda | | | |
| Genitália | | | |
| Coxa Direita/Esquerda | | | |
| Perna Direita/Esquerda | | | |
| Pé Direito/Esquerdo | | | |
| REGRA USADA: □"NOVE" □ LUND BROWDER□ ÁREA PALMAR | | | |

- PRIMEIRO CURATIVO COM
_____
- SEGUNDA AVALIAÇÃO: DATA: _____ ASPECTO:_____
CURATIVO COM:
_____
-TERCEIRA AVALIAÇÃO: DATA: _____ ASPECTO: _____
CURATIVO COM:
_____
- QUARTA AVALIAÇÃO: DATA: _____ ASPECTO: _____
CURATIVO COM:
_____
- QUINTA AVALIAÇÃO: DATA: _____ ASPECTO: _____
CURATIVO COM :
_____

Recomenda-se que haja continuidade das avaliações, de acordo com a evolução da lesão.



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Modelo de Ficha de Evolução – acompanhamento de feridas

| Nome: | | | | | | | Prontuário: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Data | | | | | | | | |
| Localização | | | | | | | | |
| C x L x P* (em cm) | | | | | | | | |
| Leito | | | | | | | | |
| Borda | | | | | | | | |
| Exsudato | | | | | | | | |
| Odor | | | | | | | | |
| Pele Perilesional | | | | | | | | |
| Dor | | | | | | | | |
| Terapêutica | | | | | | | | |
| Assinatura e carimbo do profissional | | | | | | | | |

*cumprimento, largura, profundidade



Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.

Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

ID.: 359/359

ISBN 978-85-334-1973-5

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA
Queixas mais comuns na Atenção Básica

28

DISQUE SAÚDE 136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SAÚDE Mais perto de você | SUS | Ministério da Saúde | GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

28

Este documento foi assinado eletronicamente por Jaqueline Tontini.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 91467816-365e-4456-b168-6e3d313634d7.
Este documento foi assinado eletronicamente por vários signatários.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar e utilize o código 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

ID.: 360/360

## ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA
Queixas mais comuns na Atenção Básica

Volume II



1ª edição
1ª reimpressão

28

Brasília – DF
2013

# PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **OFÍCIO**

Número: **943/2022**

Assunto: **RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 897/2022.**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:
https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d&cpf=53736656491
e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

## Código para verificação:
## 852d44f9-3d98-412a-98d9-e26d0e32f22d

### Hash do Documento

**99A113FA52568F1DB7916D9783051966E01318DDD8E27CFC2E87495348284E3A**

### Anexos

897-2022.pdf - **ef65bf1e-ef52-465d-a7d7-86cf39828782**
RESPOSTA REQ 897-2022 - MEMORANDO INTERNO- Nº 36806-2022 (1) - SMSA.pdf - **eacb33d4-e1aa-4cf5-8336-9ba0ddc5efd8**
RESPOSTA REQ 897-2022 - MEMORANDO INTERNO- Nº 36806-2022 (1) - SMSA - ANEXO.pdf - **e239eb79-9ee7-436c-9650-5733840b6b34**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 04/08/2022 é(são) :

Nilton Aparecido Bobato (Signatário) - CPF: 64806103934 em 03/08/2022 16:11:05 - OK
**Tipo:** Assinatura Digital

Francisco Lacerda Brasileiro (Signatário) - CPF: 53736656491 em 04/08/2022 10:05:27 - OK
**Tipo:** Assinatura Digital

**A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:**

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.