



Atenção à demanda espontânea na Aps

CADERNO de ATENÇÃO PRIMÁRIA
28



Ministério da Saúde
Governo Federal

Disque Saúde
0800 61 1997

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNO de ATENÇÃO PRIMÁRIA

Atenção à demanda espontânea na APS



28

Brasília – DF
2010



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

ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA APS

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de Atenção Primária, n. 28

Brasília – DF
2010





© 2010 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.

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>

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de Atenção Primária, n. 28

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 35.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Edifício Premium, SAF Sul,

Quadra 2, Lote 5/6,

Bloco II, Subsolo

CEP: 70.070-600, Brasília - DF

Fone: (61)3306.8090 / 3306.8044

E-mail: dab@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral:

Claunara Schilling Mendonça

Coordenação Técnica Geral:

Nulvio Lermen Júnior

Juliana Oliveira Soares

Coordenação Técnica:

Marcelina Zacarias Ceolin e Patrícia Sampaio Chueiri

Revisão Técnica:

Alexandre Borges Fortes

Daniel Knupp

Guilherme Nabuco Machado

Janaina Rodrigues Cardoso

Juliana Oliveira Soares

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

Patrícia Sampaio Chueiri

Ricardo César Garcia Amaral Filho

Elaboração Técnica:

Adriana Mello Barotto

Adriana de Souza Kuchenbecker

Adriana Vieira Cardozo

Alexandre Borges Fortes

Ana Cláudia Santos Chazan

Caroline Moreira Bazzana

Circe Maria Jandrey

Djanira Martins de Andrade

Eliete Magda Colombeli

Elisandrea Sguario

Fernanda Plessmann de Carvalho

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

Coordenação Editorial:

Antônio Sergio de Freitas Ferreira

Renata Ribeiro Sampaio

Normalização:

Aline Santos Jacob

Revisão:

Ana Paula Reis

Colaboração:

Conceição Aparecida Turini

Projeto e Diagramação:

ArtMix

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Atenção à demanda espontânea na APS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

298 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 28)

ISBN 978-85-334-1756-4

1. Atenção primária à saúde. 2. Educação em saúde. 3. Atenção básica. I. Título. II. Série

CDU 616-083.98

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 0433/201

Títulos para indexação:

Em inglês: Attention to the spontaneous demand in the APS (Unified Health System – Brazil)

Em espanhol: Atención a la demanda espontánea en APS (Sistema Único de Salud – Brasil)





Agradecimentos

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





Sumário

Apresentação	11
1 ___ Introdução	12
2 ___ Organização da demanda espontânea na atenção primária	14
2.1 Classificação de risco e identificação de vulnerabilidades no atendimento à demanda espontânea na atenção primária	22
2.1.1 O papel da enfermagem no processo de classificação de risco	27
2.1.2 Identificação de vulnerabilidades	27
3 ___ Rede de atenção às urgências	29
4 ___ Queixas comuns, urgências/emergências e procedimentos	33
4.1 Anafilaxia	35
4.1.1 Conceitos	35
4.1.2 Quadro de clínico	35
4.1.3 Diagnósticos diferenciais	35
4.1.4 Tratamento	36
4.1.5 Angiodema e urticária	37
4.1.6 Prevenção e acompanhamento	37
4.2 Cefaleia	39
4.2.1 Conceitos	39
4.2.1.1 Cefaleia tipo tensional	39
4.2.1.2 Migrânea (enxaqueca)	39
4.2.2 Diagnóstico	40
4.2.2.1 Anamnese	40
4.2.2.2 Exame físico	41
4.2.2.3 Diagnóstico diferencial	42
4.2.3 Tratamento das crises agudas de cefaléia	44
4.2.4 Acompanhamento e profilaxia	46
4.2.5 Encaminhamento	49
4.2.6 Classificação de risco	49
4.3 Crise epiléptica e epilepsia	51
4.3.1 Classificação das crises	51
4.3.2 Causas das crises epiléticas	52
4.3.3 Diagnóstico	54
4.3.3.1 Anamnese e exame físico	54



4.3.4 Tratamento	56
4.3.5 Classificação de risco	59
4.4 Descompensação do diabetes mellitus: hipoglicemia e hiperglicemia	63
4.4.1 Complicações agudas do diabetes	63
4.4.1.1 Hipoglicemia	63
4.4.1.2 Hiperglicemia	66
4.4.2 Classificação de risco	69
4.5 Diarreia e vômito	70
4.5.1 Conceitos	70
4.5.2 Diagnóstico	70
4.5.2.1 Diarreia	70
4.5.2.2 Vômitos	75
4.5.3 Classificação de risco	76
4.6 Dispneia	78
4.6.1 Conceitos	78
4.6.2 Diagnóstico clínico das principais causas de dispneias agudas de origem pulmonar	80
4.6.2.1 Pneumonia adquirida na comunidade	80
4.6.2.2 Asma	83
4.6.2.3 Edema aguda pulmonar	91
4.7 Disúria	92
4.7.1 Definições	92
4.7.2 Diagnóstico	92
4.7.2.1 Infecção do trato urinário	93
4.7.3 Classificação de risco	96
4.8 Doenças de pele	98
4.8.1 Impetigo	98
4.8.2 Erisipela	99
4.8.3 Herpes simples	100
4.8.4 Herpes zoster	101
4.8.5 Escabiose	102
4.8.6 Doenças exantemáticas	104
4.8.6.1 Sarampo	104
4.8.6.2 Rubéola	105
4.8.6.3 Varicela	105
4.8.6.4 Eritema infeccioso	107
4.8.6.5 Exantema súbito – roséola	107
4.8.6.6 Escarlatina	107
4.8.7 Classificação de risco	109
4.9 Dor abdominal	110
4.9.1 Introdução	110
4.9.2 Conceitos	110
4.9.3 Diagnóstico	110
4.9.3.1 Causas de dor abdominal	110
4.9.3.2 Anamnese e exame físico	113





4.9.4 Encaminhamento	120
4.9.5 Classificação de risco	121
4.10 Dor de ouvido	122
4.10.1 Conceitos fundamentais	122
4.10.2 Diagnóstico e tratamento das otites	123
4.10.3 Principais causas de dor de ouvido	124
4.10.3.1 Por acometimento do pavilhão auricular	124
4.10.3.2 Por acometimento do conduto auditivo	124
4.10.3.3 Por acometimento do ouvido médio	126
4.10.4 Classificação de risco	130
4.11 Dor de garganta	132
4.11.1 Faringites virais	132
4.11.2 Faringite estreptocócica	133
4.11.3 Tratamento	134
4.11.4 Encaminhamento	135
4.11.5 Classificação de risco	136
4.12 Dor lombar	137
4.12.1 Diagnóstico	137
4.12.1.1 Anamnese	137
4.12.1.2 Exame físico	140
4.12.2 Exames iniciais	140
4.12.3 Manejo do paciente	140
4.12.4 Classificação de risco	140
4.13 Dor torácica	143
4.13.1 Diagnóstico	143
4.13.2 Estratificação da dor	143
4.13.2.1 Dor torácica de origem cardíaca	147
4.13.2.2 Dor torácica de origem pulmonar	148
4.13.2.3 Dor torácica de origem gastrointestinal	149
4.13.2.4 Dor torácica de origem musculoesquelética e outras causas	149
4.13.3 Classificação de risco	149
4.14 Hipertensão arterial sistêmica – alterações agudas	151
4.14.1 Definições	151
4.14.2 Diagnóstico	152
4.14.2.1 Classificação da pressão arterial em adultos	152
4.14.2.2 Anamnese e exame físico	153
4.14.3 Tratamento	154
4.14.4 Classificação de risco	155
4.15 Intoxicações agudas por plantas tóxicas e medicamentos	157
4.15.1 Medicamentos	157
4.15.1.1 Introdução	157
4.15.1.2 Detalhes da abordagem inicial do paciente intoxicado ou com suspeita de intoxicação	161
4.15.1.3 Uso de antídotos	164





4.15.1.4 Síndromes tóxicas.....	165
4.15.1.5 Exames complementares	165
4.15.1.6 Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATS)	167
4.15.2 Plantas Tóxicas.	169
4.15.2.1 Medidas preventivas	175
4.16 Mordedura de animais.....	177
4.16.1 Características do ferimento.....	177
4.16.2 Características do animal envolvido no acidente.	178
4.16.3 Tratamento e acompanhamento.....	180
4.16.4 Estratégias de prevenção.....	186
4.16.5 Quando encaminhar a vítima?.....	187
4.17 Queimaduras	186
4.17.1 Introdução	186
4.17.2 Diagnóstico.....	188
4.17.3 Tratamento	190
4.17.3.1 Tratamento de queimaduras de espessura parcial	190
4.17.3.2 Tratamento de queimaduras de espessura total	191
4.17.4 Classificação de risco.....	193
4.18 Rinossinusites/síndromes gripais.....	195
4.18.1 Conceitos.....	195
4.18.2 Rinossinusites agudas.....	196
4.18.2.1 Apresentação clínica.....	196
4.18.2.2 Diagnóstico	197
4.18.2.3 Tratamento.....	197
4.18.2.4 Complicações.....	200
4.18.2.5 Quando encaminhar.....	200
4.18.3 Síndrome gripal.....	200
4.18.3.1 Diagnóstico	201
4.18.3.2 Contato próximo de caso de síndrome respiratória aguda grave	202
4.18.3.3 Definição de surto de síndrome gripal.....	202
4.18.3.4 Avaliação de gravidade em serviços de Atenção Primária à Saúde e critérios de encaminhamento para hospitais de referência	202
4.18.3.5 Tratamento e acompanhamento.....	204
4.18.3.6 Tratamento de casos leves e moderados	206
4.18.3.7 Acompanhamento: orientações gerais.....	206
4.19 Sangramento genital anormal	208
4.19.1 Etiologia.....	208
4.19.1.1 Sangramento de origem orgânica.....	208
4.19.1.2 Sangramento uterino disfuncional (SUD)	209
4.20 Tonturas e vertigens	213
4.20.1 Introdução	213
4.20.2 Diagnósticos diferenciais de tontura	213
4.20.2.1 Vertigem	213
4.20.2.2 Sensação de síncope iminente	218





4.20.2.3 Desequilíbrio	219
4.20.2.4 <i>Light-headedness</i>	219
4.21 Urgências odontológicas	220
4.21.1 Dores dentinopulpares	220
4.21.1.1 Cárie	221
4.21.1.2 Pulpite Reversível (Hiperemia)	221
4.21.1.3 Pulpite Reversível	221
4.21.1.4 Hipersensibilidade dentinária	221
4.21.1.5 Pericementite apical aguda simples	221
4.21.1.6 Pericementite apical aguda supurada	221
4.21.1.7 Pericementite apical aguda traumática	222
4.21.1.8 Abscesso periapical agudo	222
4.21.1.9 Abscesso fênix	222
4.21.2 Dores periodontais	222
4.21.2.1 Abscesso periodontal	222
4.21.2.2 Doença periodontal necrosante: Gun e Pun	223
4.21.2.3 Pericoronarite	223
4.21.2.4 Mobilidade grau IV	223
4.21.3 Urgências Traumáticas	223
4.21.3.1 Concussão	224
4.21.3.2 Subluxação	224
4.21.3.3 Extrusão	224
4.21.3.4 Luxação lateral	225
4.21.3.5 Avulsão	225
4.21.3.6 Intrusão	225
4.21.3.7 Fraturas	225
4.21.4 Urgência hemorrágica	226
4.21.5 Urgências do aparelho estomatognático – algias e disfunções	226
4.21.5.1 Luxação condilar bilateral	227
4.21.5.2 Deslocamento de disco sem redução	227
4.21.5.3 Disfunção muscular	227
4.21.6 Urgências da mucosa	227
4.21.6.1 Lesões provocadas por prótese	227
4.21.6.2 Lesões provocadas por mordidas após a anestesia	228
4.21.6.3 Queimadura da mucosa bucal	228
4.21.6.4 Ulceração aftosa recorrente	228
4.21.6.5 Urgência infecciosa de origem viral	228
4.21.6.6 Urgência infecciosa de origem fúngica	229
4.21.7 Urgências de resolução protética/restauradora	229
4.21.7.1 Descimentação de prótese definitiva	229
4.21.7.2 Dente provisório	229
4.21.7.3 Perda de amálgama/compósito	230
4.21.8 Urgências pós-operatórias – alveolite	230
4.21.8.1 Alveolite supurada	230





4.21.8.2 Alveolite seca	230
4.21.9 Encaminhamento após atendimento de urgência	230
4.22 Urgências oftalmológicas: “olho vermelho”	232
4.22.1 Definições	232
4.22.2 Diagnóstico	233
4.22.3 Diagnóstico diferencial	234
4.22.4 Tratamento da oftalmia neonatal gonocócica	238
4.22.5 Tratamento da oftalmia neonatal não gonocócica	239
4.22.6 Profilaxia da oftalmia neonatal	239
4.22.7 Tratamentos e encaminhamentos de outras causas de olho vermelho	239
4.22.8 Conduta	240
4.23 Urgências psiquiátricas	241
4.23.1 Transtornos agudos relacionados ao uso abusivo de álcool	241
4.23.1.1 Conceitos importantes	241
4.23.1.2 Intoxicação alcoólica aguda	243
4.23.1.3 Síndrome de abstinência do álcool (SAA)	245
4.23.2 Tratamento dos transtornos agudos relacionados ao uso abusivo de álcool	247
4.23.2.1 Intoxicação alcoólica aguda	247
4.23.2.2 Síndrome de abstinência alcoólica	248
4.23.3 Classificação de risco	248
4.23.4 Crise psicótica aguda	250
4.23.4.1 Definição	250
4.23.4.2 Fatores etiológicos	250
4.23.4.3 Diagnóstico	251
4.23.4.4 Manejo clínico	252
4.23.4.5 Uso de antipsicóticos	253
4.23.4.6 Prevenção das crises	253
4.24 Reanimação cardiopulmonar (rcp): atendimento aos casos de parada cardiorrespiratória na atenção primária	255
4.24.1 Introdução	255
4.24.2 ABCD Primário	255
5 Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos	263
5.1 Medicamentos e materiais utilizados no atendimento às urgências/emergências	265
5.1.1 Materiais para atendimento às “emergências”	266
5.1.2 Medicamentos que devem estar à disposição nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família/postos de saúde utilizados para o atendimento às emergências clínicas	267
5.1.3 Equipamento de proteção individual	267
Referências	259
Anexos	287
Anexo A – Rotina de exame neurológico	289





Apresentação







Para que os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) concretizem os princípios da acessibilidade e da integralidade da atenção, faz-se necessário que haja também atenção qualificada à demanda espontânea. E, para que isso aconteça, alguns pontos precisam ser considerados, a contar: organização do processo de trabalho das equipes de APS, práticas humanizadas no atendimento, organização de redes de atenção à saúde, disponibilização de infraestrutura e equipamentos e qualificação dos profissionais de saúde.

O objetivo deste Caderno de Atenção Primária é instrumentalizar as equipes de APS para a organização da demanda espontânea e o manejo de queixas clínicas mais comuns presentes no dia a dia dessas equipes, além de abordar algumas situações de urgência e emergência que podem adentrar as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Outro Caderno também abordará, de forma prática, alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos que podem ser realizados na UBS, de forma eletiva ou durante o atendimento à demanda espontânea.

Este instrumento possui um caráter indutivo e transformador de práticas, pois propõe desde uma lista de materiais e equipamentos que devem estar disponíveis nas UBS, para o bom atendimento dos casos de urgência e emergência, até a adoção de classificação de risco e identificação de vulnerabilidades como forma de organizar a demanda espontânea e o atendimento centrado na pessoa, respectivamente.

Recomendamos, portanto que este Caderno seja incorporado como ferramenta para a melhoria dos serviços oferecidos pela APS, considerando desde a organização do trabalho, qualificação das equipes, até a adequação da infraestrutura, para o melhor atendimento à população brasileira.

Ministério da Saúde



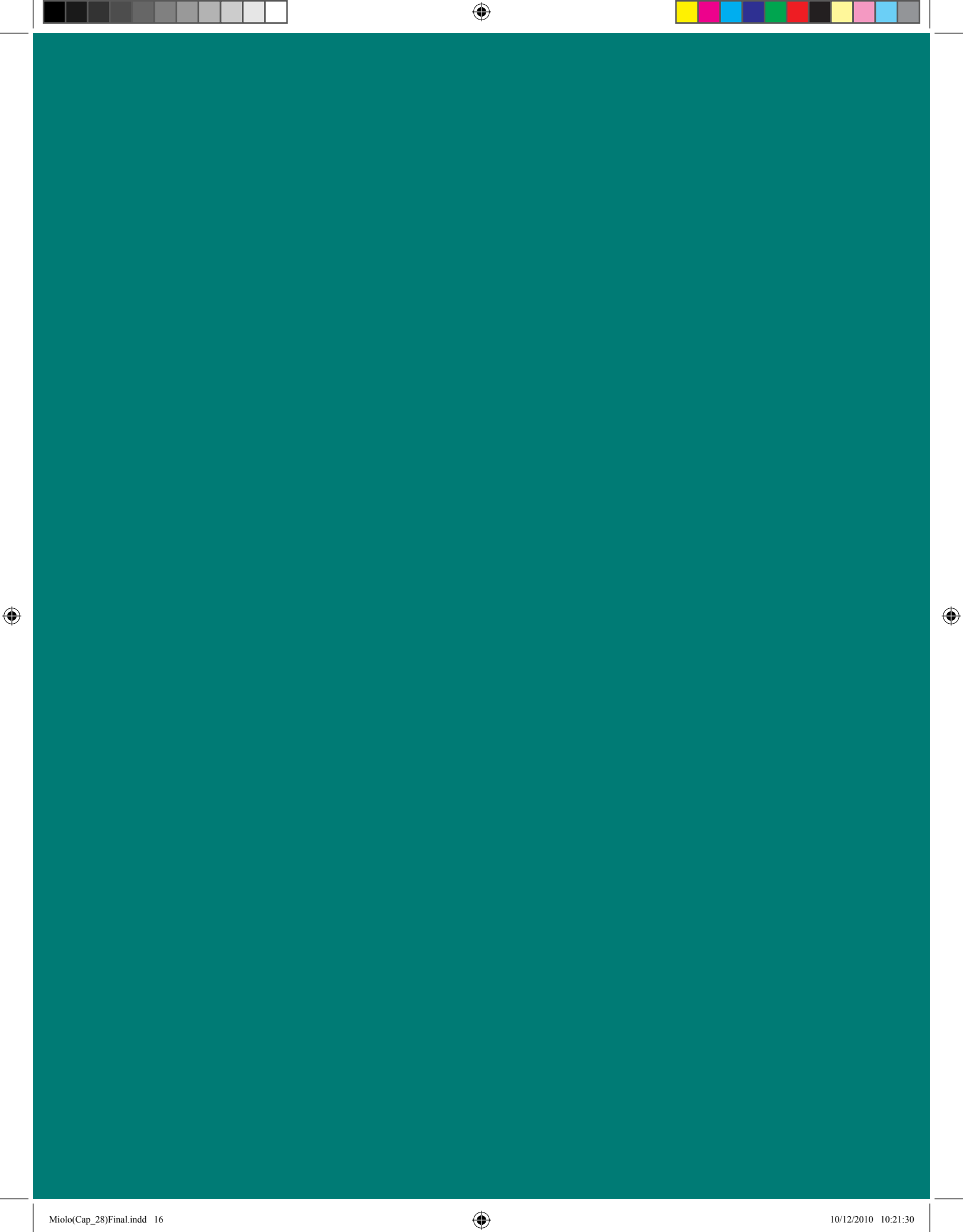


Introdução

Parte

I







O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde, entre eles, os serviços de Atenção Primária, em especial as equipes de Saúde da Família.

De uma forma geral, a atenção à demanda espontânea na Atenção Primária deverá ser baseada no acolhimento e na escuta qualificada à população, de forma a garantir um atendimento humanizado, a resolutividade dos serviços e a promoção da saúde da população. Deverá ter como parâmetros as diretrizes das políticas nacionais, em especial a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Atenção às Urgências, visando avançar na implementação do SUS.

O acolhimento, segundo a PNH, deve ser entendido ao mesmo tempo como diretriz ética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

A Atenção Primária, de acordo com a PNAB, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação da manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Primária tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrita na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local, identificando e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais e disponibilizando recursos para abordá-las.

Pela sua organização, a Atenção Primária/Saúde da Família deve-se constituir como primeiro contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, contribuindo para a sua organização e atuando de forma integrada com os demais níveis de atenção. Esse contato não significa simples meio de encaminhamento aos demais níveis de atenção, pois, pelo fato de a Atenção Primária/Saúde da Família fazer parte de uma rede de atenção de cunho integral e longitudinal, mesmo quando referenciada a outro nível de atenção, continua sendo corresponsável e principal referência para a população adscrita.

Torna-se necessário refletir sobre o acesso da população aos serviços de saúde de Atenção Primária/Saúde da Família 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, localização do estabelecimento, horários e dias de atendimento, infraestrutura adequada para o atendimento de demanda espontânea, 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 de prioridades e o não acolhimento das urgências nas unidades de saúde. Muitas vezes, os serviços são organizados a partir da oferta limitada de ações de saúde, sem levar em conta as reais necessidades da demanda, deixando de acolher as situações de urgência na Atenção Primária, comprometendo a resolutividade dos serviços.

De acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências, é fundamental que a Atenção Primária/Saúde da Família se responsabilize pelo acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura, cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência. É atribuição e prerrogativa das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família a atenção às urgências de baixa gravidade em todos os municípios brasileiros. Além disso, essa mesma Política considera as UBS como um dos componentes da rede de atendimento pré-hospitalar fixo.

Dessa forma, o Ministério da Saúde, visando o fortalecimento e a qualificação da Atenção Primária, busca, com este material, contribuir para que os serviços de saúde nas unidades básicas sejam organizados sob a lógica das necessidades em saúde, voltados para a integralidade, a humanização, a equidade e a resolutividade da atenção. Para isso, é fundamental trazer à tona para o cotidiano do processo de trabalho das equipes o seu papel no atendimento às urgências nas Unidades de Saúde/Saúde da Família, bem como o acolhimento à demanda espontânea, como parte integrante da organização dos serviços.





Organização da demanda na atenção primária

Parte

II





A organização da demanda na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF) deve ser planejada e analisada por toda a equipe da unidade, considerando as características epidemiológicas, demográficas e sociais da população, os aspectos do território, bem como a capacidade instalada da unidade e a capacitação dos profissionais, para que as atividades coletivas e individuais sejam programadas de forma mais adequada às necessidades da população local.

Para organizar a demanda, é necessário prever espaço e tempo tanto para a demanda programada, quanto para a demanda espontânea, incluindo aí o acolhimento às urgências, de forma que elas se complementem, dando respostas às necessidades dos usuários e aumentando a resolutividade dos serviços de Atenção Primária. Para que haja efetiva organização da demanda, é necessária ampla discussão envolvendo todos os trabalhadores da unidade de saúde e a participação da comunidade na tomada de decisão.

O atendimento à demanda espontânea e o acolhimento às urgências em uma UBS/USF diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento por trabalhar em equipe, ter conhecimento prévio da população, registros em prontuário, possibilitar o retorno com a mesma equipe de saúde e estabelecer vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual.

A forma de organização da demanda e o acolhimento às urgências poderão ser diferentes de uma unidade básica para outra, pois não há uma única forma de organização do serviço. É necessário que em todas as situações sejam avaliados os riscos e a queixa do usuário, descartando a possibilidade de uma situação de urgência ou emergência deixar de ser atendida ou encaminhada desnecessariamente a um serviço de referência. Essa forma de avaliação deve levar em consideração tanto o risco biológico como o grau de sofrimento do usuário para se definir a prioridade de atendimento e para a tomada de decisão da equipe.

É importante assegurar e pactuar de forma consciente com os usuários que a forma de organização visa facilitar a identificação de prioridades e dar resposta a todos que procuram a unidade, e não transformar o serviço em uma unidade de pronto-atendimento, em que tudo será traduzido como prioridade.

A forma de organização da demanda deverá ser permanentemente avaliada e, se necessário, adaptada pela equipe de Atenção Primária/Saúde da Família. Com o tempo, a equipe aumenta a capacidade de intervenção, aumenta o vínculo com a população adstrita, e as demandas dessa população podem mudar, exigindo outras intervenções ou a programação de atividades que possam contemplar de forma mais adequada as necessidades daquela população.

Os profissionais de Saúde Bucal deverão ser envolvidos no acolhimento à demanda espontânea e às urgências odontológicas, avaliando os riscos envolvidos e a necessidade de atendimento na Atenção Primária ou encaminhamento a um serviço de referência odontológica (como Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, entre outros).

As equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) deverão dar apoio técnico às equipes de Saúde da Família vinculadas, na realização dos atendimentos de urgência/emergência e nos encaminhamentos aos serviços de referência, a exemplo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Reabilitação, pronto-socorros, entre outros, a fim de garantir a resolutividade da APS.





Um dos desafios no processo de organização da demanda é ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, nem prejudicar a qualidade das ações, não deixando com que os serviços de saúde se transformem em exclusivos produtores de procedimentos. Torna-se necessário superar a prática tradicional centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta e valorize a interação entre profissionais de saúde e usuário.

Os serviços de Atenção Primária devem ter espaço para o atendimento não agendado e não programático, caso contrário, correm o risco de se tornarem instituições burocratizadas, de portas fechadas ou apenas entreabertas. É importante também que a responsabilidade sanitária seja compartilhada por todos os profissionais da UBS/SF, garantindo a integração da equipe no processo de trabalho, para um ganho potencial das intervenções das diferentes categorias profissionais. Por isso, é importante que os profissionais das equipes reúnam-se com regularidade, para tratar da organização do processo de atendimento da demanda espontânea, e discutam sobre a rede de atenção às urgências vigente na região.





2.1 Classificação de risco e identificação de vulnerabilidades no atendimento à demanda espontânea na atenção primária

22

Algumas formas de organização da demanda que ainda são utilizadas nos serviços de Atenção Primária podem dificultar o acesso dos usuários à UBS ou USF. Como exemplo, podem ser citados: distribuição de senhas para o atendimento da demanda espontânea, horário restrito para acolhimento, agendamento exclusivo de consultas por patologia (dia do hipertenso, do diabético etc.) ou por ciclo de vida (dia da criança, do idoso, da gestante, etc), fazendo com que outras pessoas que não se enquadrem nessas definições não sejam atendidas. Essas formas de organização privilegiam o serviço, e não o acesso ou a necessidade do usuário.

A classificação de risco é uma forma dinâmica de organizar a demanda espontânea com base na necessidade de atendimento, sobretudo nos casos de urgências e emergências. Por meio da classificação de risco, o profissional de saúde avalia e direciona os usuários que procuram atenção para a forma de atendimento mais adequada e equânime. De forma geral, um método de triagem tenta fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, conseqüentemente, 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.

Dessa forma, a inserção da classificação de risco no processo de trabalho da Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família permite cumprir seus princípios e reforçar os pilares para a consolidação do SUS, além de consagrar as diretrizes do Programa Nacional de Humanização.

O objetivo da classificação de risco é avaliar os pacientes desde a sua chegada ao serviço, priorizar o atendimento dos casos mais graves, para assim reduzir a morbimortalidade das doenças mais graves e, com isso, a iatrogenia da gestão dos serviços, devido a um processo de trabalho pouco humanizado e sem equidade. Assim, a partir do diagnóstico rápido proporcionado por essa ferramenta, quebram-se algumas práticas de organização do atendimento pouco humanizadas, conforme citado anteriormente.

A classificação de risco é uma ferramenta utilizada mundialmente, sobretudo nos serviços de urgência e emergência à saúde. Alguns serviços de APS no Brasil também já adotaram essa estratégia de organização. Para que essa ferramenta tenha real aplicabilidade, os serviços de saúde da APS precisam estar organizados e dispor de alguns pré-requisitos:

- Organizar o processo de trabalho das equipes de saúde, para estarem preparadas a avaliar, organizar e absorver a demanda espontânea, segundo a filosofia da classificação de risco, considerando também as vulnerabilidades as quais a população assistida apresenta;
- Adotar o protocolo que mais atenda a realidade da população assistida pelas equipes da APS;
- Capacitar as equipes da APS e outros profissionais das UBS que trabalham com o acolhimento para o entendimento adequado do protocolo adotado;





- Contar com o apoio dos serviços de remoção e referência. Para tanto, os serviços de saúde que estão diretamente ligados ao atendimento dos casos de urgência e emergência precisam conhecer, compreender e adotar o mesmo protocolo de assistência com classificação de risco;

- Contar com o apoio da comunidade, por meio dos conselhos gestores locais, para adoção compartilhada dessa ferramenta de organização do processo de trabalho.

Existem diversos protocolos desenvolvidos no Brasil e no mundo que trabalham esse tema e, entre os mais utilizados, destacamos o protocolo de Manchester, que já vem sendo adotado em algumas regiões do País. O grupo português de Manchester foi formado em 1994 com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros de um serviço de urgência, enfocando a criação de normas de triagem. O método delineado por esse protocolo foi concebido para que o primeiro contato com o paciente já permita a atribuição de uma prioridade clínica para ele. O sistema seleciona os pacientes com maior prioridade, sem fazer quaisquer presunções sobre o diagnóstico. Assim, as decisões tomadas no primeiro contato seguem cinco passos:

Identificação do problema: queixa principal ou principais sinais/sintomas identificados pelo paciente ou pelo profissional de saúde. Ao identificar a condição apresentada, o profissional deve identificar discriminadores que permitam o reconhecimento de prioridades clínicas.

Discriminadores são dados que permitem a inclusão dos pacientes em uma prioridade clínica. Existem discriminadores gerais e específicos. Os primeiros geralmente devem ser buscados em todos os doentes, independentemente da condição clínica apresentada. Os específicos tendem a relacionar-se com características-chave de condições particulares. Por exemplo: dor aguda é um discriminador geral e dor precordial é específico.

Os discriminadores gerais são apresentados recorrentemente nos fluxogramas (ver fluxograma geral abaixo), são eles:

- Risco de morte: comprometimento de vias aéreas, choque;
- Dor: severa, moderada, leve;
- Hemorragia;
- Estado de consciência;
- Temperatura.

Coleta e análise de informação: a coleta e a análise de informação relativa ao problema identificado permitem a determinação da prioridade real. Os fluxogramas estruturam esse processo mostrando discriminadores-chave para cada nível de prioridade.

Avaliação e seleção de uma alternativa: o profissional deve, a partir do passo anterior, selecionar os discriminadores gerais e específicos, de acordo com a condição do paciente. Com isso, o profissional consegue identificar qual a maior prioridade clínica.



Implementação da alternativa selecionada: o resultado dos passos anteriores é a tomada da decisão. Esse passo leva à atribuição da prioridade de atendimento a queixa do paciente. A tabela abaixo mostra a escala de priorização de atendimento:

Quadro 2.1 – Escala de triagem de Manchester dos casos de urgência

Prioridade	Graduação	Cor	Tempo alvo para atendimento médico (em minutos)
1	Emergência	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

Fonte: (MANCHESTER, 1997)

Percebam que nem todos os tempos-alvo para o atendimento médico apresentados na escala de triagem de Manchester estão adequados para serem praticados pelas equipes da Atenção Primária, pois, nesse nível de atenção, trabalha-se com a longitudinalidade, vínculo e adscrição de clientela, o que facilita o controle dos agendamentos na UBS ou visitas domiciliares. Então, nota-se a necessidade de adaptarmos essa escala para os serviços de APS. Logo, para a APS, os casos “não urgentes”, por exemplo, poderão ser agendados para uma consulta eletiva e os casos “pouco urgentes” poderão ser atendidos num outro turno, de acordo com cada situação e com o volume da demanda espontânea do dia.

Monitorização e avaliação: a prioridade clínica pode mudar, por isso, faz-se necessário que o paciente seja reavaliado de forma continuada.

É importante destacar que, ao longo dos capítulos clínicos, iremos apresentar um fluxograma de atendimento com classificação de risco, semelhantes aos fluxogramas utilizados no protocolo de Manchester, porém adaptados para a APS. A adaptação diz respeito à sugestão do manejo clínico geral (encaminhar, tratar, observar, orientar, marcar consulta, orientar grupo, realizar visita domiciliar etc.) e específico (medicação a ser utilizada) de acordo com cada diagnóstico sindrômico trabalhado na APS. As sugestões serão descritas nos boxes das prioridades clínicas (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul). Em alguns diagnósticos sindrômicos uma cor pode não estar presente por não haver encaminhamento relacionado a ela para o caso.

Como já vistos, os níveis de prioridade são identificados por cores e podem ser interpretados da seguinte forma:

Prioridade 1: Vermelho

O usuário necessita de ressuscitação;
Deve ser categorizado como emergência;
O atendimento médico é prioridade absoluta e o transporte deve ser realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), prioritariamente;

continua

**Prioridade 1: Vermelho**

O acesso ao serviço deve ser imediato e o serviço de atenção à saúde com maior competência para o atendimento desses usuários é o pronto-socorro/UPA. Dessa forma, o paciente que for atendido em uma Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família precisa ser referenciado para um pronto-socorro/UPA e removido de ambulância o mais rápido possível, após o primeiro atendimento;

Prioridade 2: Laranja

O usuário deve ser categorizado como caso “Muito Urgente”, mas ainda não necessita de ressuscitação; O atendimento médico é prioridade e os primeiros cuidados devem ser realizados em no máximo 10 minutos e o transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU;
- O acesso ao serviço deve ser imediato e o serviço de atenção com maior competência para o atendimento desses usuários é o pronto-socorro/UPA.

Prioridade 3: Amarelo

O usuário deve ser categorizado como “Urgente”;
O atendimento deve ser realizado com prioridade, respeitando a ordem dos casos classificados como vermelho ou laranja. O protocolo de Manchester recomenda que o atendimento médico deva ser realizado em no máximo 60 minutos;
- O acesso ao serviço deve ser imediato, respeitando a classificação de risco.

Prioridade 4: Verde

O usuário deve ser categorizado como “Pouco Urgente”;
O atendimento deve ser priorizado para o mesmo dia, após os primeiros cuidados.

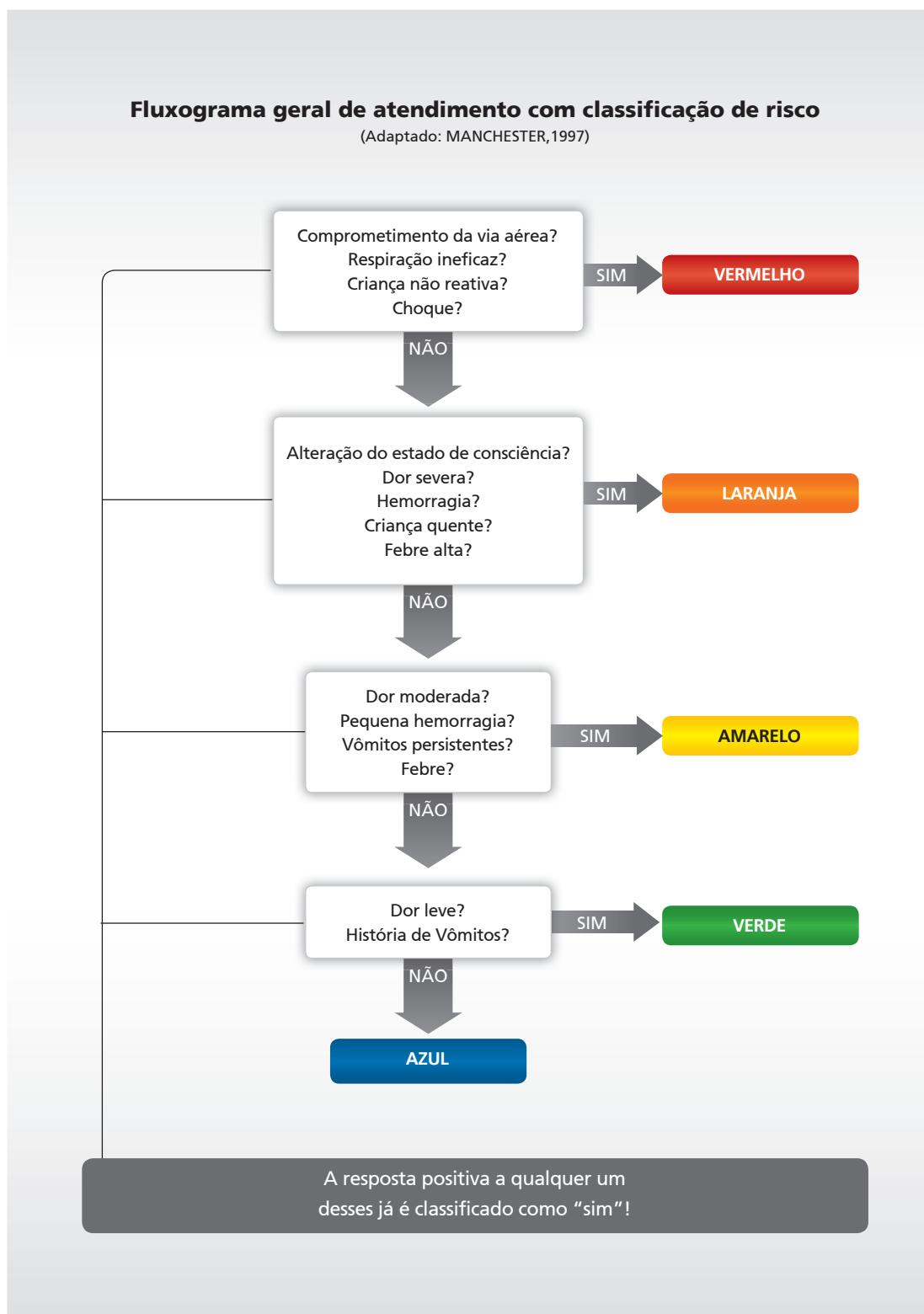
Prioridade 5: Azul

O usuário deve ser categorizado como “Não Urgente”, pois não apresenta sinais de alerta e trata-se, portanto, de um caso eletivo. Logo, pode-se agendar uma atividade na UBS (consulta de enfermagem ou médica, ou grupo ou visita domiciliar) ou realizar o atendimento imediatamente, caso haja necessidade e possibilidade;

Como o protocolo de Manchester foi escrito inicialmente para serviços de pronto-socorro, este recomenda que o atendimento seja realizado em no máximo 240 minutos, o que não se adéqua aos serviços de APS, que possuem uma clientela adstrita e pratica o vínculo e a longitudinalidade da assistência. Assim, por exemplo, um paciente que procura a unidade de forma espontânea por achar que precisa de um “exame de rotina” ou “trocar uma receita vencida para o tratamento de sua diabetes” pode ser encaminhado para o agendamento programado, e não necessariamente ser atendido naquele momento, principalmente se a demanda espontânea do dia estiver sobrecarregando o serviço.

Outro ponto importante é o acompanhamento dos casos que a equipe de saúde deve fazer, sempre que necessário, após a resolução dada no atendimento à demanda espontânea, garantindo assim a continuação do atendimento e a coordenação do cuidado, responsabilidades das equipes de atenção primária. Um exemplo seria a equipe oportunizar o retorno breve ou realizar uma visita domiciliar após a alta hospitalar de um paciente atendido como demanda espontânea e que foi necessário o encaminhamento ao pronto-socorro.





Fluxograma 2.1 – Atendimento com classificação de risco. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)



2.1.1 O papel da enfermagem no processo de classificação de risco

Segundo o protocolo de Manchester, o principal papel do enfermeiro na classificação de risco é a atribuição da priorização exata aos doentes. Ou seja, o enfermeiro deve ser o responsável pelo primeiro contato clínico e, por isso, tem que se tornar excelente na avaliação rápida, o que envolve a tomada rápida de decisões e a delegação de tarefas apropriadas.

Faz parte do trabalho da equipe de enfermagem com a demanda espontânea:

- Prestar ou facilitar os primeiros socorros;
- Prestar informações gerais a respeito dos serviços da unidade e, especificamente, do atendimento à demanda espontânea, o que diminui a ansiedade dos usuários;
- Promover ações preventivas individuais ou coletivas;
- Gerir a sala de espera. Após o primeiro contato e primeira avaliação, os pacientes devem ser informados a respeito do tempo de espera e, dependendo do caso, serem reavaliados, considerando a dinâmica do processo de avaliação de risco. Esse espaço deve ser sempre considerado como uma área clínica;
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar pacientes que necessitam permanecer no serviço para observação, ou para administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo);
- Identificar vulnerabilidades individuais ou coletivas.

2.1.2 Identificação de vulnerabilidades

Para a APS, a classificação de risco é importante tanto para a sua finalidade básica (classificar as urgências e emergências clínicas), quanto para oportunizar o diagnóstico das vulnerabilidades que uma comunidade, uma família ou um paciente apresenta. Assim, por exemplo, uma criança que sofre maus-tratos domiciliares pode procurar o serviço devido a uma queimadura de cigarro intencional, o que não caracteriza uma urgência clínica, mas uma situação de vulnerabilidade que deverá ser acompanhada por toda a equipe, e até por outras instituições, como, conselho tutelar, escola etc. Logo, esse caso, apesar de ser classificado inicialmente como "Verde/Pouco Urgente" (por se tratar de uma queimadura superficial e de pequena extensão), apresenta um grande risco na questão de vulnerabilidade social e demandará diversas ações multiprofissionais, sendo que essas ações devem ser desencadeadas durante o acolhimento para que tal oportunidade de intervenção não venha a ser perdida.

Essa metodologia de abordagem, mesclando a classificação de risco com a vulnerabilidade social, ressalta a relevância do papel da APS na atenção à demanda espontânea, tendo em vista a necessidade de uma intervenção longitudinal com envolvimento intersetorial, o que ficaria bastante comprometida em outros tipos de serviços, como em prontos-socorros e Unidades de Pronto-Atendimento.





Identificar vulnerabilidades não é uma tarefa fácil e depende, entre diversas variáveis, da experiência e do trabalho organizado e em equipe dos profissionais da APS, do vínculo com o usuário com essa equipe, da longitudinalidade da assistência e da integração entre os níveis de assistência e do setor saúde com outros (assistência social, vigilância, segurança etc.).

28

Assim, considerando a amplitude e a complexidade envolvida no processo de saúde-doença, o profissional não se pode restringir aos aspectos biomédicos e achar que a resolutividade do caso é alcançada unicamente com abordagens farmacoterapêuticas e procedimentos médico centrados. Portanto, é essencial que a equipe de saúde trabalhe, considerando os aspectos subjetivos, sociais e culturais, aliando cuidados contínuos e humanizados.

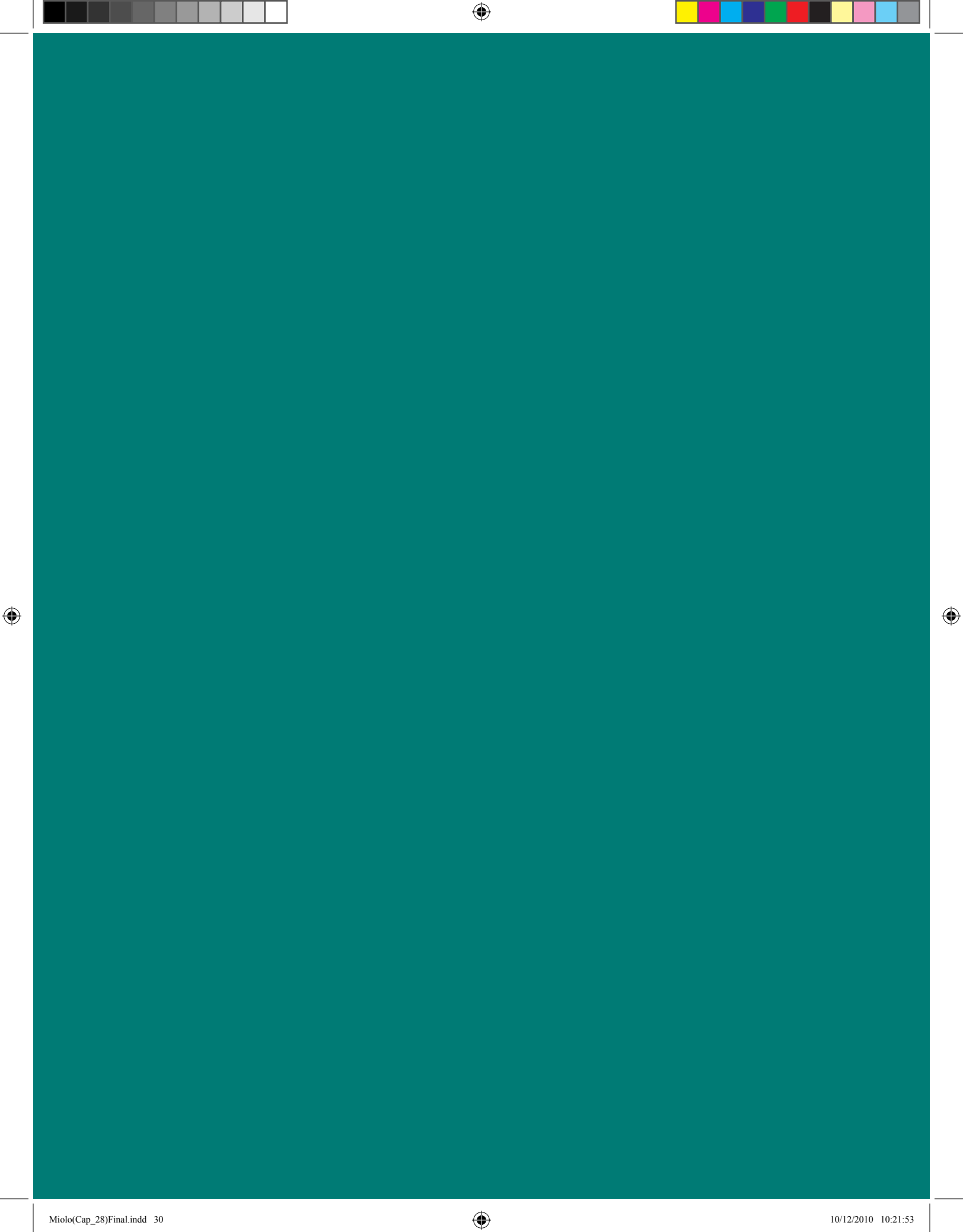


Rede de Atenção às Urgências

Parte

III







A atenção às urgências tem sido evidenciada como uma das áreas mais críticas, tanto nas regiões metropolitanas, pela existência de longas filas de espera, que impedem o atendimento aos casos mais graves, quanto no interior do País, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Também há crescente demanda por esse tipo de atendimento nos últimos anos, devido ao crescimento dos acidentes e da violência urbana, associado a uma estruturação insuficiente dos pontos de atendimento, resultando em uma sobrecarga dos serviços hospitalares.

Outra dificuldade apresentada, independentemente de localidade, é a inexistência ou a precariedade dos serviços de regulação que construam e orquestrem redes de referência e contrarreferência bem delineadas entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto-Atendimento e serviços hospitalares.

A atenção primária deve ser entendida como o fio condutor da rede de atenção à saúde, pois se constitui como a porta de entrada e a ordenadora do sistema de saúde brasileiro. 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.

É fundamental que as unidades básicas possuam uma adequada retaguarda pactuada para o encaminhamento dos pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados nesse primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados de outros serviços. Assim, mediados pela respectiva "Central de Regulação", devem estar claramente definidos os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes que necessitem de outros níveis de complexidade da rede assistencial, de forma a garantir seu encaminhamento, seja para unidades não hospitalares, UPAs, pronto-socorros, ambulatórios de especialidades ou unidades de apoio diagnóstico e terapêutico.

Além disso, devem ser adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou outra forma de transporte que venha a ser disponibilizada pela gestão pública de saúde.







Queixas comuns, urgências/emergências e procedimento

Parte **IV**







Neste capítulo estão descritas algumas situações de urgências comumente atendidas nos serviços de atenção primária e as condutas mais apropriadas para cada situação, com base em protocolos já existentes e evidência científica encontrada na literatura.

4.1 Anafilaxia

35

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.

4.1.1 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 (amoxicilina, penicilina, analgésicos e relaxantes musculares);
- Outras causas: látex, contrastes radiográficos, fatores físicos (exercícios, baixas temperaturas).

4.1.2 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 (vômitos, 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 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 que 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.

4.1.3 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.

4.1.4 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.

O manejo inicial deve incluir o ABC, ou seja, vias aéreas, respiração e circulação. Para isso devem-se manter as vias aéreas pérvias, oxigenação adequada e providenciar um acesso venoso para administrar epinefrina.

A epinefrina é administrada em solução aquosa a 1:1000, dose para adultos é de 0,3-0,5 ml 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 hipotensão estiver presente, deve-se fazer infusão rápida de solução fisiológica. Considerar o uso de salbutamol (5mg/ml aerosol, 2-4 mg VO de 6/6h) ou terbutalina (0,5-1mg/ inalação de 6/6h , 2,5-5 mg VO de 6/6h) se ocorrer broncoespasmo.

O uso de corticoides orais ou venosos e anti-histamínicos são úteis apenas para evitar uma evolução arrastada e não são úteis 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.





4.1.5 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 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 esclarecimento dos subtipos clínicos. A urticária/angioedema geralmente são autolimitados, 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 deve ser feito com: *tinha corporis*, *ptíriase*, *granuloma anular*, *hansen*, *lúpus eritematoso subcutâneo*, entre outros.

As medicações comumente usadas são anti-histaminicos (loratadina, prometazina e dexclorferinamina), corticoides orais (prednisona, prednisolona) 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.

4.1.6 Prevenção e acompanhamento

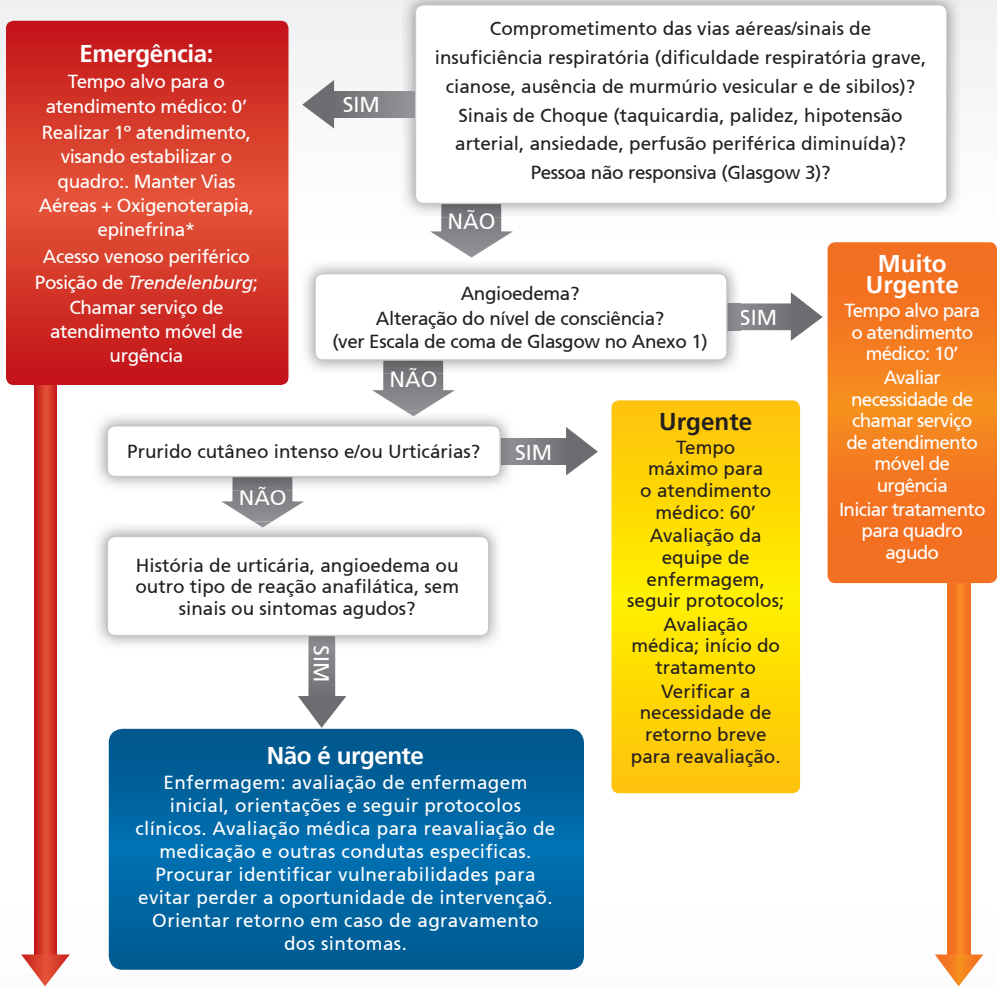
Após um primeiro episódio de anafilaxia, o paciente deve ser instruído sobre as características desse tipo de reação alérgica e, principalmente, receber orientações sobre condutas caso ocorra novo episódio, incluindo orientação, se possível, para a automedicação de epinefrina. Caso o paciente seja uma 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 o 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 explica 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.



Fluxograma de atendimento por classificação de risco aos casos de anafilática

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Droga	Dose Crianças	Dose Adultos
C. de Prometazina injetável 25mg/ml Obs.: a prometazina pode ser repetida IM após duas horas, se necessário	• não deve ser usada em crianças < dois anos • cinco a 10 anos: 6,25-12,5 mg IM • dose máxima 0,5 mg/kg/dose	25 mg IM
Loratadina (10 mg/cp ou 1 mg/ml xarope)	• contraindicados em RN e pré-maturos e crianças < dois anos • dois anos: 5 mg/dia	10 mg/dia
M. dexclorfeniramina (2 mg/cp, solução oral ou xarope 0,4 mg/ml)	• contraindicados em crianças < dois anos • dois a cinco anos: 0,5 mg a cada 4-6h, máx. 3 mg/dia • seis a 11 anos: 1 mg a cada 4-6h máx. 6 mg/dia	2 mg a cada 4-6h , 12 mg/dia dose máxima
Prednisona 5 mg/cp e 20 mg/cp	• 0,1-2 mg/dia VO	0,5 mg/kg (máximo 60 mg/dia) VO
Epinefrina* 1:1000	• 0,01mg/kg/dia IM	0,3-0,5 ml IM ou SC até três doses a cada 15 min.

Fluxograma 4.1 – Atendimento por classificação de risco aos casos de anafilática. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)



4.2 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.

4.2.1 Conceitos

4.2.1.1 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.

4.2.1.2 Migrânea (enxaqueca)

De acordo com a classificação de cefaleias da *International Headache Society*, os principais tipos de migrânea são a sem aura e 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 necessariamente estão 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.





4.2.2 Diagnóstico

4.2.2.1 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 exacerbação. 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. Veja figura abaixo:

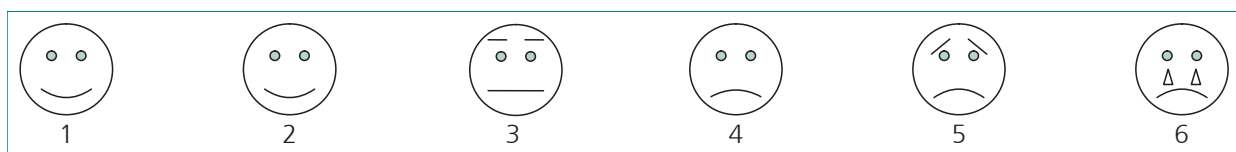


Figura 4.1 – Escala de expressão facial e sua representação numérica.

Fonte: SAKATA, 2004

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

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 fisiopatológico 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 se acentua 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 habitualmente se 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.

4.2.2.2 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.

Resumidamente, apresentamos no quadro abaixo algumas características da anamnese e exame físico de pacientes com queixa de cefaleia que indicam a possibilidade de origem secundária.

Quadro 4.1 – Sinais de Alerta do paciente com queixa de cefaléia

Sinais e sintomas de 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. In: DUNCAN, 2004)

4.2.2.3 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:

-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 e 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. 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 4.2 – Esquema de rifampicina indicado por etiologia

Agente etiológico	Dose	Intervalo	Duração
<i>Neisseria meningitidis</i>	Adultos – 600 mg/dose	12/12h	dois dias
	Crianças > 1 mês até 10 anos dose – 10 mg/kg/dose	12/12h (dose máxima de 600 mg)	dois dias
	< 1 mês Dose – 5 mg/kg/dose	12/12h (dose máxima de 600 mg)	dois dias

continua





continuação

Agente etiológico	Dose	Intervalo	Duração
<i>Haemophilus influenzae</i>	Adultos – 600 mg/dose	24/24h	quatro dias
	Crianças > 1 mês até 10 anos dose – 20 mg/kg/dose	24/24h (dose máxima de 600 mg)	quatro dias
	< 1 mês Dose – 10 mg/kg/dose	24/24h (dose máxima de 600 mg)	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 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.

4.2.3 Tratamento das crises agudas de cefaléia

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.
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 4.3).

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 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 AINES (por exemplo, ácido tolfenâmico ou naproxeno sódico). Ver Quadro 4.4

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 4.5).





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 (20-40 mg 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.

4.2.4 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 (40 mg) ou amitriptilina (25 mg), 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. A combinação de paracetamol com cafeína (1.000 mg + 130 mg, respectivamente) e ibuprofeno com cafeína (400 mg + 200 mg, respectivamente) aumenta a eficácia das medicações.

Quadro 4.3 – Analgésicos para o tratamento agudo das cefaléias de fraca intensidade

Droga	Dose/Posologia
Ácido acetilsalicílico	1.000mg VO repetir 2 a 4 h após s/n máximo/dia 3g
Paracetamol	500 a 1.000 mg VO repetir 2 a 4 h após s/n – máximo/dia 3 g
Naproxeno sódico	750 a 1.250 mg VO repetir 2 a 4h após s/n – máximo/dia 1.650 mg
Ibuprofeno	600 a 1.200 mg VO repetir 2 a 4h após s/n – máximo/dia 1.200 mg
Diclofenaco de sódio	50 a 100 mg VO repetir 2 a 4h após s/n – máximo/dia 200 mg
Dipirona	500 mg VO repetir 2 a 4h após s/n – máximo/dia 2 g

continua



continuação

Droga	Dose/Posologia
Todos podem ser associados ou precedidos	Metoclopramida 10 a 20 mg VO ou domperidona 20 mg VO
Outras opções	Isometepteno 65 mg + cafeína 100 mg + dipirona 300 mg VO

Fonte: Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2000.

47

Quadro 4.4 – Analgésicos para o tratamento agudo das cefaléias de moderada intensidade

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2000.

*associar metoclopramida parenteral na vigência de vômito.

Quadro 4.5 – Analgésicos para o tratamento agudo das cefaléias de forte intensidade

Droga	Dose/Posologia
Dipirona*	1.000 mg IV diluída em SF 0,9% máximo/dia 2 g
Clonixinato de lisina*	200 mg IV diluído em 20 ml de SF 0,9% máximo/dia 500 mg
Sumatriptano	6 mg SC ou 20 mg IN, ou 50 a 100 mg VO
Rizatriptano	5 a 10 mg VO 10 mg disco dispersível sobre a língua
Zolmitriptano	2,5 a 5 mg VO
Indometacina*	100 mg IR repetir 1h s/n – máximo/dia 200 mg
Clorpromazina	0,1 a 0,7 mg/kg IM ou IV diluído em SF 0,9%, repetir até três vezes nas 24h
Dexametasona*	4 mg IV, repetir 12 a 24h s/n
Haloperidol	5 mg IM ou IV diluído em SF 0,9%
Triptanos	Em caso de recorrência frequente de cefaleia, associar ácido tolfenâmico 200 mg ou naproxeno sódico 550 mg VO

Fonte: Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2000.

* associar metoclopramida parenteral na vigência de vômito.

ATENÇÃO

O uso de analgésicos deve ser limitado a 3 g de ácido acetilsalicílico ou analgésico equivalente por dia e no máximo de três vezes na semana (50 g de ácido acetilsalicílico ou equivalente por mês). Já no caso de ergóticos, 2 a 4 mg por dia, no máximo duas vezes na semana (8-10 mg/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 RENAME ou REMUME), para a maior certeza de que o paciente terá acesso ao tratamento.

Quadro 4.6 – Medicamentos usados na crise de migrânea em crianças e adolescentes

Droga	Dose	Via
Paracetamol	10 a 15 mg/kg/dose até seis doses/dia	VO
Ibuprofeno	10 a 20 mg/kg/dose até quatro doses/dia	VO
Sumatriptano (somente para adolescentes)	10 a 20 mg	IN
Sumatriptano	3 a 6 mg/dose	SC
Mesilato de dihidroergotamina	0,02 a 0,04 mg/kg/dose até três doses/dia	VO
Tartarato de ergotamina	0,04 a 0,08 mg/kg/dose até três doses/dia	VO
Zolmitriptano (somente para adolescentes)	2,5 mg/dose	VO
Ácido acetilsalicílico	7 a 10 mg/kg/dose até seis doses/dia	VO
Metoclopramida	0,01 a 0,02 mg/kg/dose até três doses/dia	VO, IM, IV, IR
Clorpromazina	0,25 mg/kg até seis doses/dia; 0,5 mg/kg até quatro doses/dia	VO, IR
Naproxeno sódico	2,5 a 5 mg/kg/dose até quatro doses	VO

continua

continuação

Droga	Dose	Via
Diclofenaco potássico	0,5 a 2 mg/kg/dose até três doses/dia	VO, IR
Diclofenaco sódico	0,3 a 1 mg/kg/dose até três doses/dia	VO, IR
Dipirona	6 a 10 mg/kg/dose < seis anos: até 1 g/dia; seis a 12 anos: até 2 g/dia e > 12 anos até 3 g/dia	VO, IR, IM, IV
Isometepteno (associação)	1 gota/kg/dose	VO
Dexametasona	0,25 mg/kg/dose	IV
Diazepam	0,2 a 0,3 mg/kg/dose	IV

Fonte: Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2000.

4.2.5 Encaminhamento

Critérios para encaminhar a serviço de urgência e emergência

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

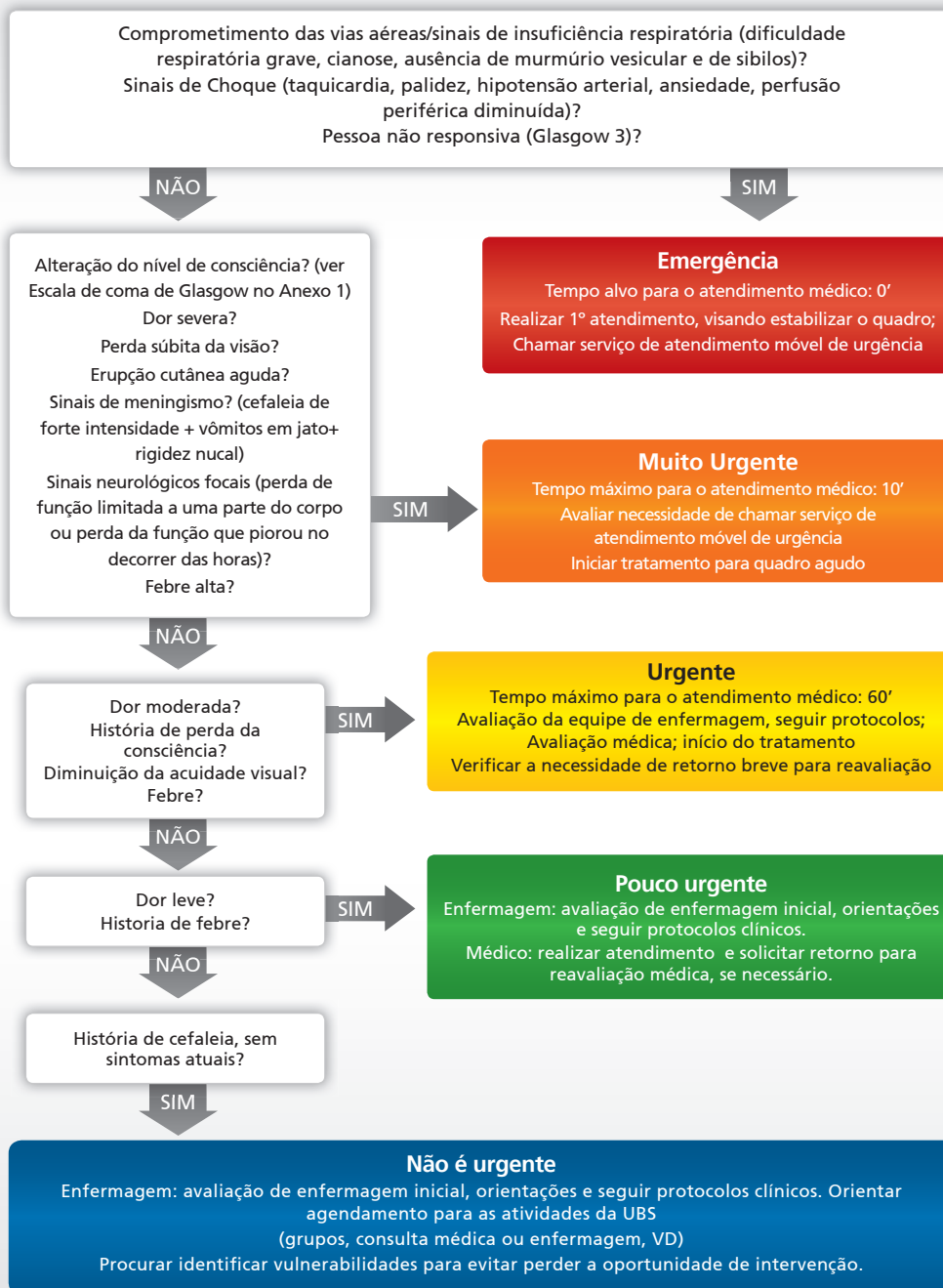
- Hipertensão intracraniana: a cefaleia pode ser descrita como opressão ou pulsátil, contínua e persistente;
- Tumor: geralmente a dor é constante e tem piora progressiva, acompanhada de sinais focais progressivos, que se traduzem por alteração durante o exame neurológico; pode ser pulsátil ou surda;
- 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);
- Cefaleia de forte intensidade que não cessa com o uso de analgésicos administrados na própria UBS;
- Cefaleia que apresente sinais de alerta (ver Quadro 4.1).

4.2.6 Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes que procuram atendimento devido a quadro de cefaleia.

Fluxograma de atendimento por classificação de risco dos quadros de cefaleia

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Fluxograma 4.2 – Atendimento por classificação de risco dos quadros de cefaléia. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)



4.3 Crise Epiléptica e Epilepsia

51

A epilepsia é uma doença muito comum, ocorrendo em cerca de 0,5 a 1% da população mundial. Dados brasileiros indicam prevalência de 1,8%. Isso significa 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.

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 hipersíncronas 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 incidências verificadas no início da infância e na idade adulta avançada.

4.3.1 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.

A quadro 4.7 abaixo sumariza a classificação das crises epiléticas, considerando as propostas da ILAE (*International League Against Epilepsy*).

Quadro 4.7 – 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 somatossensoriais ou sensoriais especiais
3. com sintomas autonômicos
4. com sintomas psíquicos
B. Crises parciais complexas (com alteração da consciência)

continua





continuação

52

I – CRISES PARCIAIS (crises que têm origem localizada)
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
II. CRISES GENERALIZADAS
a. Crises de ausência
b. Crises mioclônicas
c. Crises clônicas
d. Crises tônicas
e. Crises tonicoclônicas
f. Crises atônicas
III. CRISES EPILEPTICAS NÃO CLASSIFICADAS (dados incompletos ou inadequados)

Fonte: (Adaptado: COMMISSION ON THE CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF THE INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY, 1981)

4.3.2 Causas das crises epiléticas

As crises epiléticas resultam de um desvio do equilíbrio normal entre excitação e inibição no 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 4.8 – Causas de crises epiléticas segundo a idade

RECÉM-NASCIDOS (< 1 MÊS)	Hipóxia e isquemia perinatais; Hemorragia e traumatismos cranianos; Infecção aguda do sistema nervoso central (SNC); Distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, deficiência de piridoxina); Abstinência de drogas; Distúrbios de desenvolvimento; Distúrbios genéticos.
-----------------------------	---

continua



continuação

LACTENTES E CRIANÇAS (> 1 MÊS A < 12 ANOS)	Convulsões febris; Distúrbios genéticos (síndromes metabólicas, degenerativas, de epilepsia primária); Infecção do SNC; Distúrbios do desenvolvimento; Traumatismo; Idiopática.
ADOLESCENTES (12-18 ANOS)	Traumatismo; Distúrbios genéticos; Infecção do SNC; Tumor cerebral; Uso de drogas; Idiopáticas.
ADULTOS JOVENS (18-35 ANOS)	Traumatismo; Abstinência do álcool; Uso de drogas; Tumor cerebral; Idiopáticas.
ADULTOS MAIS VELHOS (> 35 ANOS)	Doença cerebrovascular; Tumor cerebral; Abstinência do álcool; Distúrbios metabólicos (uremia, insuficiência hepática, anormalidades eletrolíticas, hipoglicemia); Doença de Alzheimer e outra neurodegenerativas; Idiopáticas.

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

Quadro 4.9 – Fármacos que podem causar crises epilépticas

ANTIMICROBIANOS/ANTIVIRAIS Betalactâmicos e afins Quinolonas Aciclovir Isoniazida Ganciclovir	CONTRASTES RADIOLÓGICOS TEOFILINA
--	--------------------------------------

continua

continuação

ANESTÉSICOS E ANALGÉSICOS Meperidina Tramadol Anestésicos locais	ABSTINÊNCIA DE SEDATIVOS E HIPNÓTICOS Álcool Barbitúricos Benzodiazepínicos
IMUNOMODULADORES Ciclosporina OKT3 (anticorpos monoclonais contra Tcell Tacrolimus Interferons	DROGAS QUE INDUZEM DEPENDÊNCIA Anfetaminas Cocaína Fenciclidina Metilfenidato
PSICOTRÓPICOS Antidepressivos Antipsicóticos Lítio	FLUMAZENIL

Fonte: HIGA e ATALLAH, 2004

4.3.3 Diagnóstico

O diagnóstico de pacientes com crises epiléticas 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.

4.3.3.1 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 nessa fase. 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 4.10 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 epilético necessitam de exame neurológico completo, incluindo avaliação do estado mental. Veja o anexo “Rotina do exame neurológico”, no final deste Caderno.

Quadro 4.10 – 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, <i>déjà vu</i> ;
- 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;

continua





continuação

56

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.
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.

4.3.4 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 num nível tolerável.

Nos últimos anos, houve aumento significativo no número de drogas antiepilépticas (DAE) disponíveis. O Quadro 4.11 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 4.12, podem-se observar as principais indicações de cada uma dessas medicações.

Quadro 4.11 – Drogas antiepilépticas (DAE)

DROGAS CONVENCIONAIS	DOSE MÉDIA DIÁRIA (MG)	Apresentação da droga	Principais efeitos colaterais
FENOBARBITAL	50-150	50 -100 mg/ comprimido	Sedação, ataxia, confusão, tontura, redução da libido, depressão, exantema.

continua



continuação

DROGAS CONVENCIONAIS	DOSE MÉDIA DIÁRIA (MG)	Apresentação da droga	Principais efeitos colaterais
FENITOÍNA	250-400	100 mg/cp ou 250/5 ml inj	Tontura, diplopia, ataxia, incoordenação, confusão, hiperplasia gengival, linfadenopatia, hirsutismo, osteomalacia, feições grosseiras e exantema.
CARBAMAZEPINA	600-1.800	200-400 mg/cp	Ataxia, tontura, diplopia, vertigem, anemia aplástica, leucopenia, irritação gastrointestinal, hepatotoxicidade e hiponatremia.
VALPROATO	500-2.500	250 mg/cp	Nausea, 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	10-20 mg/comp	Sonolência, hipotonia muscular, amnesia anterograda (descrita essencialmente com os benzodiazepínicos injetáveis), sensação de embriagamento, fadiga, cefaleia, vertigens, constipação, rash e prurido.
CLONAZEPAN	2-6	0,5 mg e 2 mg	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	250 mg	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	25 mg, 50 mg e 100 mg	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	300 mg e 400 mg	Sonolência (em 24% dos pacientes), tonturas (em 20,3%) e ataxia (em 17,4%), principalmente no início do tratamento.

continua



continuação

TOPIRAMATO	100-300	25 mg, 50 mg e 100 mg	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	300 mg e 600 mg	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: adaptado de RAMARATNAM, BAKER e GOLDSTEIN, 2005 e HIGA E ATALLAH, 2004. PSQUIATRIA, 2008.

Quadro 4.12 – Principais indicações DAE

TIPO DE CRISE	DROGAS DE PRIMEIRA ESCOLHA	DROGAS DE SEGUNDA ESCOLHA
PARCIAL SIMPLES PARCIAL COMPLEXA	CARBAMAZEPINA FENITOÍNA	LAMOTRIGINA OXICARBAZEPINA TOPIRAMATO VALPROATO FENOBARBITAL GABAPENTINA
GENERALIZADA TONICOCLÔNICA	VALPROATO LAMOTRIGINA	FENITOÍNA FENOBARBITAL TOPIRAMATO CARBAMAZEPINA OXICARBAZEPINA
GENERALIZADA DE AUSÊNCIA	VALPROATO ETOSUXIMIDE	LAMOTRIGINA CLONAZEPAN TOPIRAMATO
GENERALIZADA MIOCLÔNICA	VALPROATO CLONAZEPAN	LAMOTRIGINA TOPIRAMATO FENOBARBITAL
GENERALIZADAS TÔNICAS/ ATÔNICAS	VALPROATO	LAMOTRIGINA TOPIRAMATO CLONAZEPAN

Fonte: Adaptado de RAMARATNAM, BAKER e GOLDSTEIN, 2005 e HIGA E ATALLAH, 2004; PSQUIATRIA, 2008

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, médio e 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 4.12);
- 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 antiepiléticas é difícil, devido à complexidade da sua farmacocinética e farmacodinâmica – cuidado;
- k. Cuidado com a retirada abrupta de medicações.

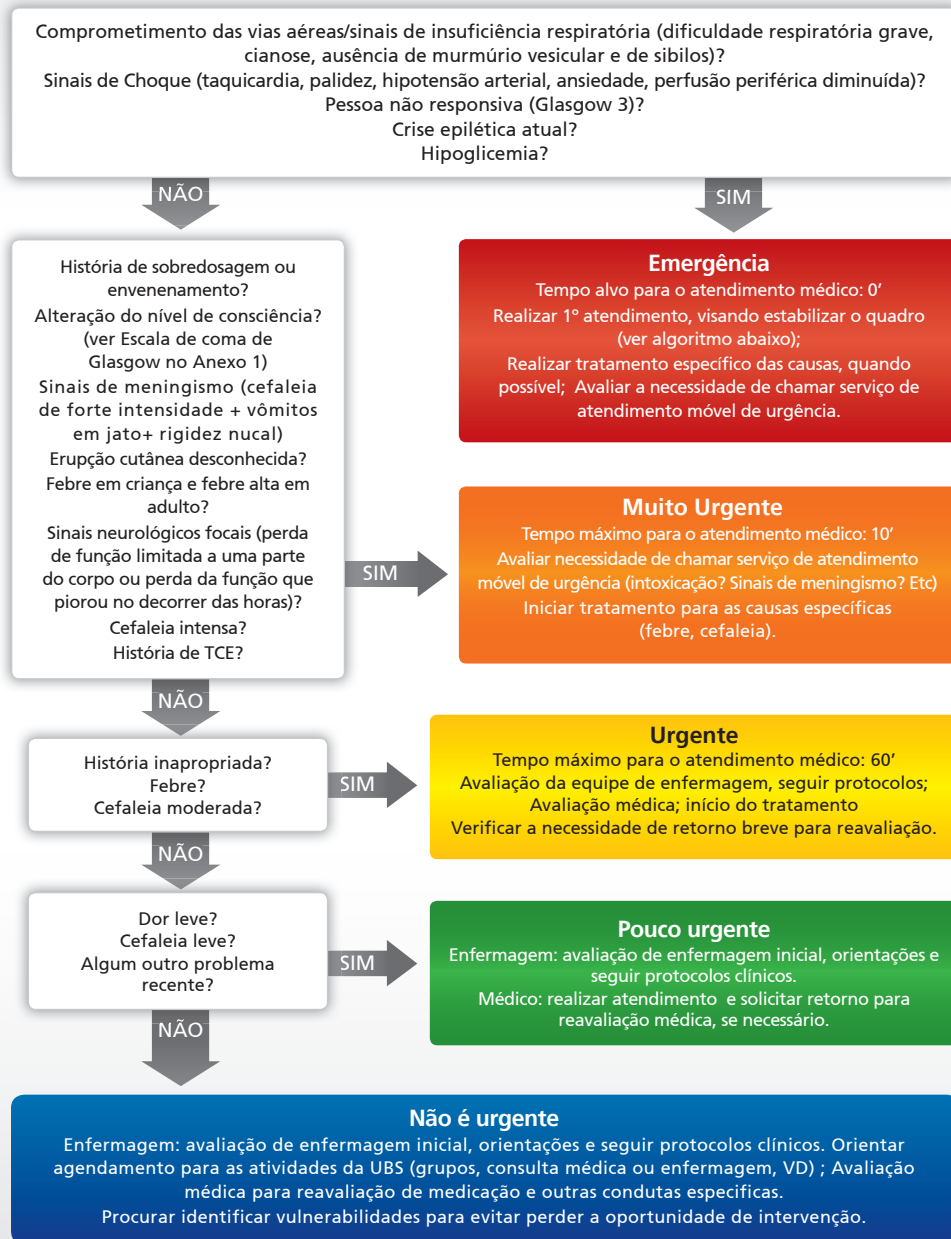
4.3.5 Classificação de risco

A seguir apresentamos um fluxograma e um algoritmo que abordam o atendimento com classificação de risco do paciente com epilepsia ou em crise, e o tratamento específico das crises epiléticas para adultos e crianças, que deve ser iniciado nas Unidades Básicas de Saúde, pelas equipes de APS.



Fluxograma de atendimento com classificação de risco dos pacientes em crise epiléptica ou que estiveram em crise recentemente, assistidos pelas equipes de Atenção Primária à Saúde

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Fluxograma 4.3 – Fluxograma de atendimento com classificação de risco dos pacientes em crise epiléptica ou que estiveram em crise recentemente, assistidos pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)



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 100 mg EV na suspeita de deficiência e SG 50% 5 ml 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 num serviço de urgência.	
*Exames laboratoriais que podem ser solicitados: hemograma; gasometria; eletrólitos (Na ⁺ , K ⁺ , Ca ²⁺ , Mg ²⁺); ureia, creatinina; glicemia; provas de função renal e hepática; EAS; triagem toxicológica; nível sérico – anticonvulsivantes.	
 5 a 25 minutos	
Farmacoterapia específica, iniciar diazepam EV (0,1 a 0,2 mg/kg), dose máxima de 20 mg (duas ampolas de 2 ml com 5 mg/ml).	
Se a crise não remitir iniciar fenitoína EV 20 mg/kg, no máximo 50 mg/min (ampola de 5 ml com 50 mg/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 5 mg/kg e, se novamente necessário, mais 5 mg/kg. Dose máxima de 30 mg/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 20 mg/kg, máximo de 100 mg/min (ampola de 1 ml com 200 mg/ml).	

Algoritmo 4.1 – Condutas na crise epiléptica. Fonte: (Adaptado: HIGA; ATALLAH, 2004).





Encaminhar o paciente para o pronto-socorro:

- 1. Quando houver suspeita de infecção do SNC:** as ocorrências de crises epiléticas 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 epiléticas:** devem ser hospitalizados os pacientes que não retornem ao "normal" após a crise epilética (mais de 30 minutos após a crise epilética sem melhora progressiva).
- 3. Quando um súbito e curto período de atividades epiléticas ocorrer:** pacientes sem epilepsia que apresentarem mais de uma crise generaliza em um único dia devem ser hospitalizados, bem como aqueles pacientes epiléticos que apresentarem período súbito e curto de crises. Interrogue, nesses últimos casos, se há baixo nível de drogas antiepiléticas.

Encaminhar o paciente ao neurologista:

- 1. Se os efeitos colaterais das drogas antiepiléticas persistirem.**
- 2. Se as crises epiléticas persistirem apesar do uso correto da medicação.**
- 3. Antes da introdução de uma segunda droga antiepilética 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 crise epilética de paciente pode incluir sintomas inesperados e inusuais em vez de sintomas associados a crises tonicoclônicas generalizadas. Referir também a um neurologista quando o diagnóstico está em questão ou se patologia cerebral aguda é suspeita.





4.4 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.

4.4.1 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.

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 o número do telefone do médico/unidade de saúde de referência é uma medida de segurança aos pacientes, a ser recomendada e incentivada sempre.

O acesso às informações é possível por meio de diversos meios: livros, TV ou internet, mas é quando da 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 a tão almejada autonomia.

Reconhecer os sinais de gravidade, acolher o paciente de forma qualificada e resolutiva, dando o suporte técnico e emocional necessário, é o que se espera das equipes de saúde em qualquer sistema de saúde.

4.4.1.1 Hipoglicemia

Do ponto de vista bioquímico, o termo se refere à glicose plasmática < 60 mg/dl. Os sintomas clínicos, entretanto, usualmente ocorrem quando a glicose plasmática é < 50 mg/dl, podendo esse limiar ser mais alto, para aqueles pacientes cujas médias de glicemias são elevadas, ou mais baixo (< 40 - 30 mg/dl), para aqueles que fazem tratamento intensivo e estão acostumados a glicemias mais baixas.





Felizmente, as crianças são capazes de 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).

À noite é possível ocorrerem casos graves, uma vez que a glicemia diminui às 3-4h 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 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.

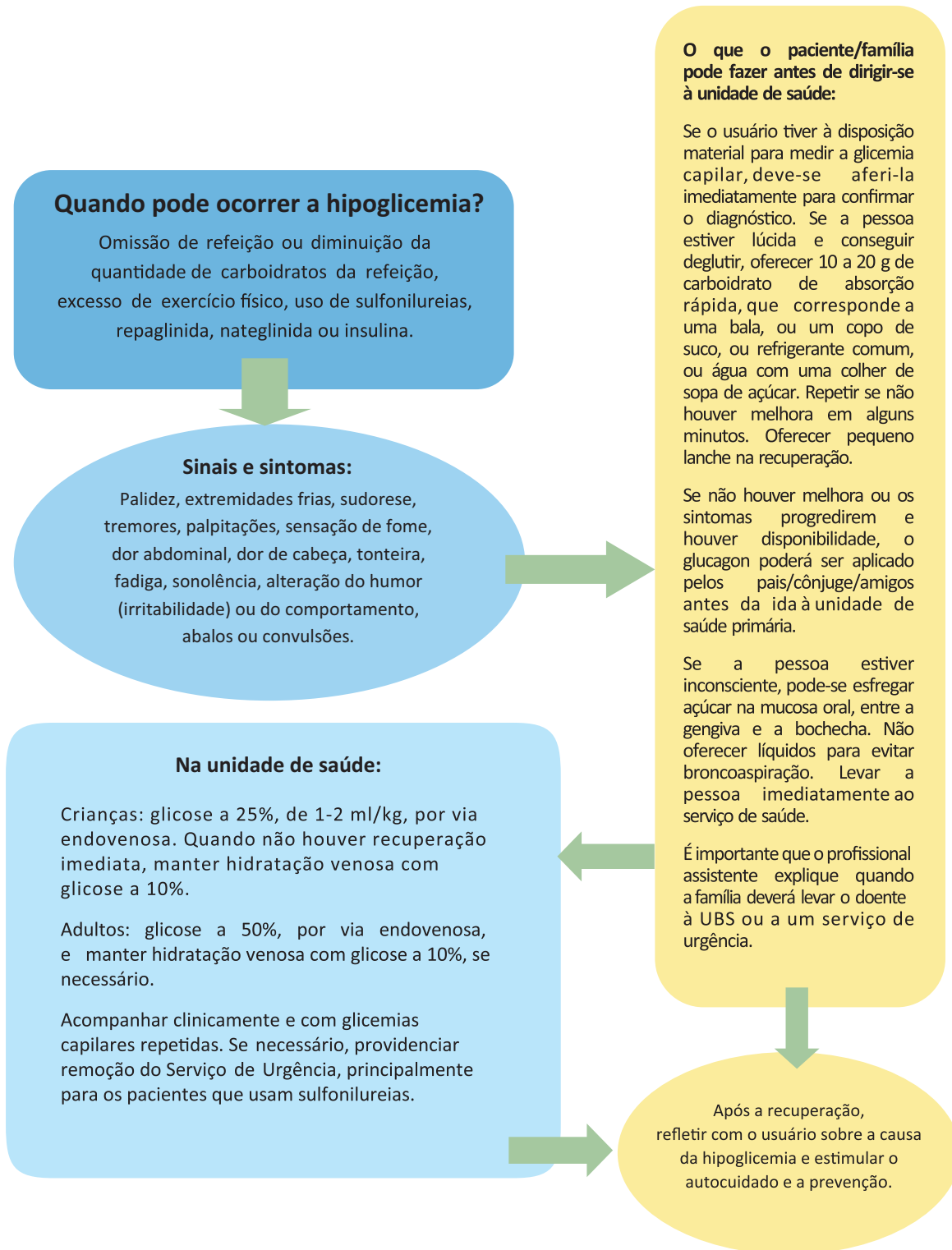
Usualmente, quanto mais prolongado o episódio, maiores os riscos de consequências negativas, mas a esperança nunca deve ser perdida diante de um quadro prolongado de coma hipoglicêmico. A recuperação completa pode ocorrer em até 72 horas, e aqueles que apresentam sequelas geralmente tomaram doses maciças 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 déficit de atenção/concentração, a hipoglicemia leve recorrente deve ser considerada, pesquisada e evitada.

Quando possível, uma alternativa é a aplicação de glucagon intramuscular (0,5 mg para os menores de oito 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 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (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:





4.4.1.2 Hiperglicemia

66

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 (IAM, AVE).

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 cetoacidose pode ser a forma de abertura do quadro de diabetes tipo 1 em crianças e adolescentes e, até que se ajuste adequadamente a 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, estresse, uso de álcool ou problemas psicológicos. A abordagem familiar é fundamental para entender sua estrutura e a dinâmica dos relacionamentos.

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 (> 600 mg/dl), não cetótica (porque possuem reserva insulínica) e ter alteração da consciência, sendo necessária a internação hospitalar.

Diagnóstico e tratamento das hiperglicemias

Um dos erros mais comuns feito pelos portadores de diabetes é deixar de usar insulina quando está doente. 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 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 infectocontagiosas, 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 4/4h.
5. Se possível, pesquisar a cetonúria, se a glicemia permanecer alta (> 250 mg/dl) em testes consecutivos.





6. De acordo com o resultado da glicemia/cetonúria, serão necessárias doses extras de insulina 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 400 mg/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, conseqüentes à acidose), hipotensão, hálito cetônico e alteração do estado mental.

Observação importante:

O diagnóstico de cetoacidose e síndrome hiperosmolar, a definição do grau de gravidade e a monitorização do tratamento requerem a realização de exames laboratoriais, que não 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.

Enquanto a remoção é providenciada, a hidratação venosa com SF 0,9% (1.000 ml na 1ª hora e 500 ml/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 10-20 ml/kg na primeira hora, que deverá ser mantido até que a glicemia atinja em torno de 250 mg/dl.

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



Quando pode ocorrer hiperglicemia?

Baixa adesão ao tratamento (omissão da sulfonilureia ou insulina, pouco ou nenhum exercício, muita comida), infecções ou outras doenças.

Sinais e sintomas:

Boca seca/sede, poliúria, enurese, emagrecimento, náuseas, dor abdominal, desidratação, cansaço, fraqueza ou sonolência, visão turva.

Na Unidade Básica de Saúde:

O paciente tem sinais de gravidade, tais como: náuseas, vômitos, fraqueza muscular, dor abdominal com defesa, sinais de desidratação, hipotensão, taquipneia (pela acidose), hálito cetônico, sonolência ou extrema fraqueza, associado à hiperglicemia confirmada com a glicemia capilar?

SIM

NÃO

Iniciar a hidratação venosa com SF 0,9%. Crianças: 10 a 20 ml/kg de peso/hora e providenciar REMOÇÃO DO USUÁRIO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA, onde seja possível a realização do diagnóstico laboratorial, com glicemia, dosagem de Na, K, Cl, bicarbonato, ureia e creatinina, gasometria arterial e cetonúria.

Marcar retorno breve para acompanhamento.

Em se tratando de quadros de hiperglicemia assintomáticas ou oligossintomáticas, o médico assistente deverá: rever as medicações em uso (orais e/ou insulinas), indicar, se for o caso, o uso de insulina NPH e/ou regular. A equipe de saúde deverá observar também a adesão ao tratamento, uso correto da medicação, alimentação, apoio familiar, atividade física, dificuldades socioculturais que possam influenciar na compensação do quadro de diabetes.

Marcar retorno breve para acompanhamento.

O que o paciente/família pode fazer antes de dirigir-se à unidade de saúde:

Se o usuário tiver à disposição material para medir a glicemia capilar, deve-se aferi-la imediatamente para confirmar o diagnóstico.

Usar doses extras de insulina de ação rápida, conforme prescrição prévia.

Beber um copo de água de h/h. Se não conseguir comer, induzir a pessoa com diabetes a ingerir sucos e sopas.

Monitorar a glicemia capilar a cada 3-4h.

Observar a presença de sinais ou sintomas de infecção ou outra doença.

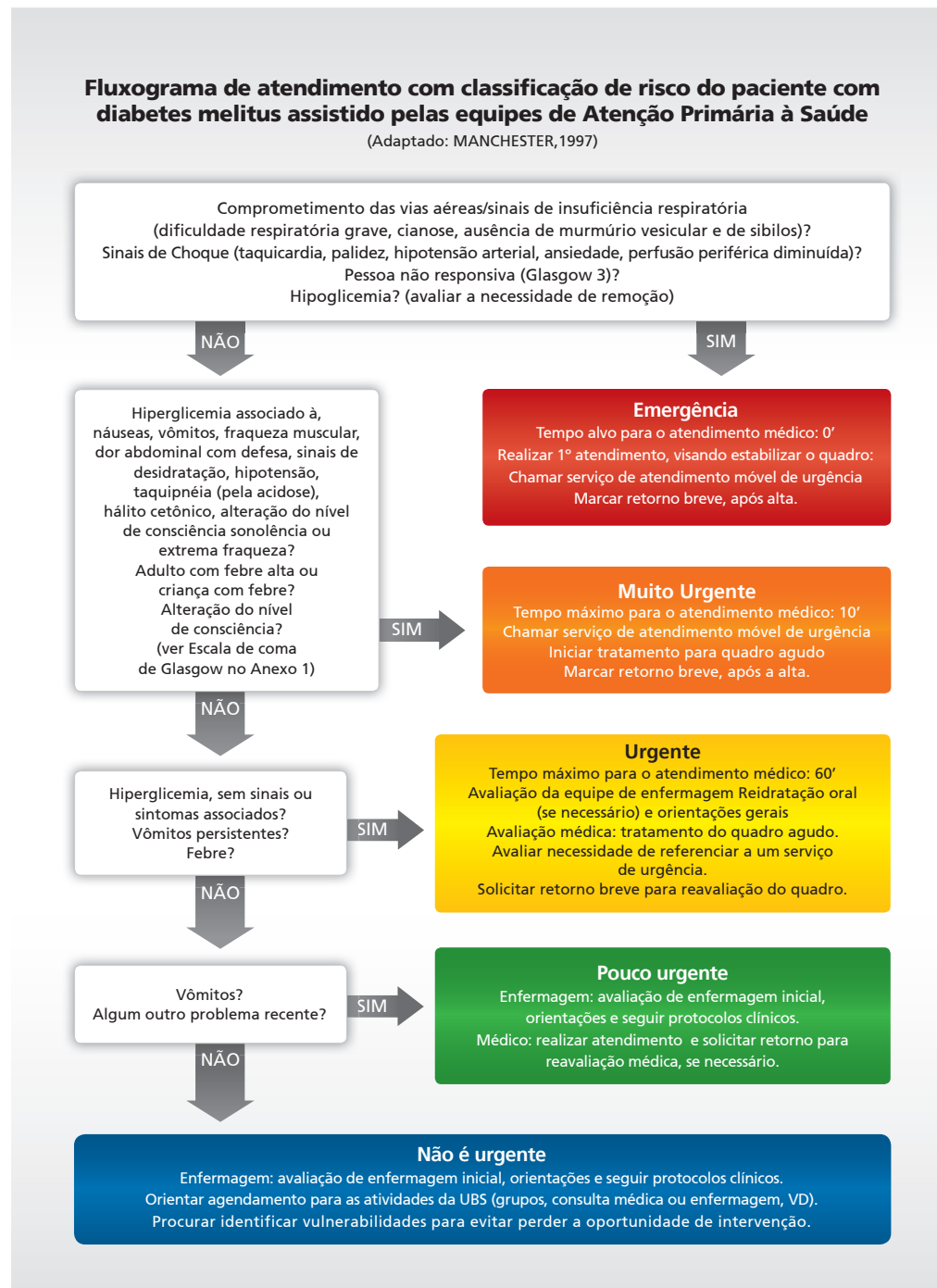
Procurar a Unidade Básica de Saúde em caso de: persistência de níveis glicêmicos superiores a 400 mg/dl por 12h; precisar de duas doses extras de insulina regular em 24h; ou apresentar febre e inapetência, ou sinais de infecção intercorrente.

Se houver sinais de gravidade de: vômitos, mal-estar geral, respiração difícil, boca seca e olhos encovados, o usuário deve dirigir-se diretamente à unidade de emergência.

Após a recuperação, refletir com o paciente sobre a causa da descompensação e prevenção.

4.4.2 Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes diabéticos que procuram atendimento por demanda espontânea.



Fluxograma 4.4 – Atendimento com classificação de risco do paciente com Diabetes melitus assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)



4.5 Diarreia e vômito

4.5.1 Conceitos

70

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 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.

4.5.2 Diagnóstico

4.5.2.1 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 sintrômico. Classicamente, a diarreia é dividida em aguda, prolongada e crônica, como mostra a Quadro 4.13. Essa classificação ajuda a direcionar nossa investigação diagnóstica e terapêutica.

Quadro 4.13 – 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 que 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 4.14). 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.

Quadro 4.14 – Principais etiologias da diarreia

Diarreia aguda	<i>Vibrio cholerae</i> , <i>Escherichia coli</i> (enteropatogênica clássica, enterotoxigênica, enteroinvasiva, entero-hemorrágica), <i>Clostridium difficile</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> . Agentes virais como rotavírus, Norwalk, protozoários (<i>Entamoeba histolytica</i> , <i>Giardia lamblia</i> e <i>Cryptosporidium</i> sp), fungos como <i>Candida albicans</i> (raramente). Ingestão de toxinas estafilocócicas, do <i>Bacillus cereus</i> e <i>Clostridium perfringens</i> nas intoxicações alimentares.
Diarreia prolongada	<i>Giardia lamblia</i> , <i>Cryptosporidium</i> , <i>Escherichia coli</i> enteropatogênica clássica, <i>Escherichia coli</i> 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 4.15).

Quadro 4.15 – 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: (Adaptado: RICCETTO; ZAMBOM, 2005)



Tratamento

Após avaliação clínica do usuário, estabelece-se qual plano de tratamento será executado:

Planos de tratamento para desidratação

O Quadro 4.16 abaixo resume os planos de tratamento de desidratação de acordo com a avaliação clínica inicial.

Quadro 4.16 – 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: (Adaptado: SÃO PAULO, 2008)

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, em que podem continuar fazendo uso deste alimento à vontade.

Deve-se iniciar a Terapia de Reidratação Oral 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 50 ml/kg de SRO mais a reposição das perdas continuadas em um período de quatro horas. Aqueles com desidratação moderada (6% a 9% do peso corporal) devem receber 100 ml/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 4.17), deve-se iniciar imediatamente a terapia de reidratação endovenosa – ver Plano C.

Quadro 4.17 – 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: (Adaptado: SÃO PAULO, 2008)

Plano C

Deve-se iniciar o Plano C quando o paciente apresentar dificuldade de injeção 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:

- 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 concomitantemente a solução de SRO, em doses pequenas e frequentes, tão logo o paciente a aceite. Isso acelera a recuperação dele 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 rehidratação para crianças.

Quadro 4.18 – Fase rápida de expansão

Solução recomendada:
Soro glicosado 5% (SG 5%)
Soro fisiológico (SF)
Dose de 20 ml/kg a cada 20 minutos até reidratação completa, que se traduz por duas diurese claras. Repetir quantas vezes for necessário.

Fonte: (Adaptado: RICCETTO; ZAMBOM, 2005)





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 iniciado na unidade básica.

Quadro 4.19 – Fase de manutenção e reposição

74

Peso	Líquidos (manutenção) Volume em 24h de SG 5%
Até 10 kg	100 ml/kg
De 10 a 20 kg	1.000 ml + 50 ml para cada kg de peso acima de 10 kg
Acima de 20 kg	1.500 ml + 20 ml para cada kg de peso acima de 20 kg

Perdas	Líquidos (reposição) Volume	SG 5%	SF
Leves ou moderadas	50 ml/kg/24h	50%	50%
Graves	100 ml/kg/24h	50%	50%
Íons			
Na 10%	3,0 mEq/100 ml/dia		
K 19,1%	2,5 mEq/100 ml/dia		
Taxa de infusão de glicose (TIG)			
0,3 a 0,5 g glicose/100 ml/hora			

Fonte: (Adaptado: RICCETTO; ZAMBOM, 2005)

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 sepse (Quadro 4.20). As infecções causadas por parasitas específicos, como *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*, também devem ser tratadas.

Quadro 4.20 – Antimicrobianos sugeridos para o tratamento da diarreia

Microrganismo	Droga de escolha	Dose	Administração
<i>V. cholerae</i>	< oito anos: *SMX+TMP	50 + 10 mg/kg/dia	12/12h, por três dias
	> oito anos: Tetraciclina	500 mg dose	6/6h, por três dias
	Gestantes e nutrízes: ampicilina	500 mg/dose	6/6h, por três dias

continua



continuação

Microrganismo	Droga de escolha	Dose	Administração
<i>Salmonela</i>	Cefalosporina de 3ª geração	100 mg/kg/dia	12/12 horas, IV 21 dias
<i>Shigella</i>	Ácido nalidixico Cefalosporina de 2ª e 3ª gerações	50 mg/kg/dia 70-100 mg/kg/dia	6/6h, VO – cinco dias 8/8h ou 12/12h, IM/IV – 10-14 dias
<i>C. difficile</i>	Vancomicina	40 mg/kg/dia	6/6h, VO
<i>G. lamblia</i> <i>E. histolytica</i>	Metronidazol	15-30 mg/kg/dia	8/8h, VO – sete dias

Fonte: (SÃO PAULO, 2002; SUCUPIRA, 1995)

*SMX – Sulfametoxazol; TMP – Trimetoprima

Importante!

Medicamentos usados para “cortar” a diarreia não devem ser administrados, pois, além de não ajudar efetivamente no tratamento, podem complicar o quadro.

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.

4.5.2.2 Vômitos**Abordagem clínica**

Iniciamos a abordagem clínica levantando dados relevantes na história do usuário (Quadro 4.21).

Quadro 4.21 – Achados clínicos

continua

Uso de medicações	Uma das causas mais frequentes de náuseas e vômitos
Tempo e duração das queixas	<i>Horas ou dias:</i> sugere infecção aguda mais frequente no trato digestivo (TGI). Descartar gravidez. <i>Evolução mais prolongada/crônica:</i> maior probabilidade de gravidez, distúrbios de motilidade ou obstrução no TGI, distúrbios metabólicos. Descartar alterações psiquiátricas se quadros muito prolongados.
Relação temporal com as refeições	<i>Imediatamente</i> 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	<i>Aliviam a dor</i> em doença ulcerosa péptica e ocasionalmente na obstrução intestinal, mas não aliviam a dor na colecistopatia, apendicite ou pancreatite.



continuação

Uso de medicações	Uma das causas mais frequentes de náuseas e vômitos
Conteúdo e odor dos vômitos	<i>Alimentos não digeridos</i> 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 <i>odor fecaloide</i> 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: (Adaptado: MARTINS et al., 2007)

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 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.

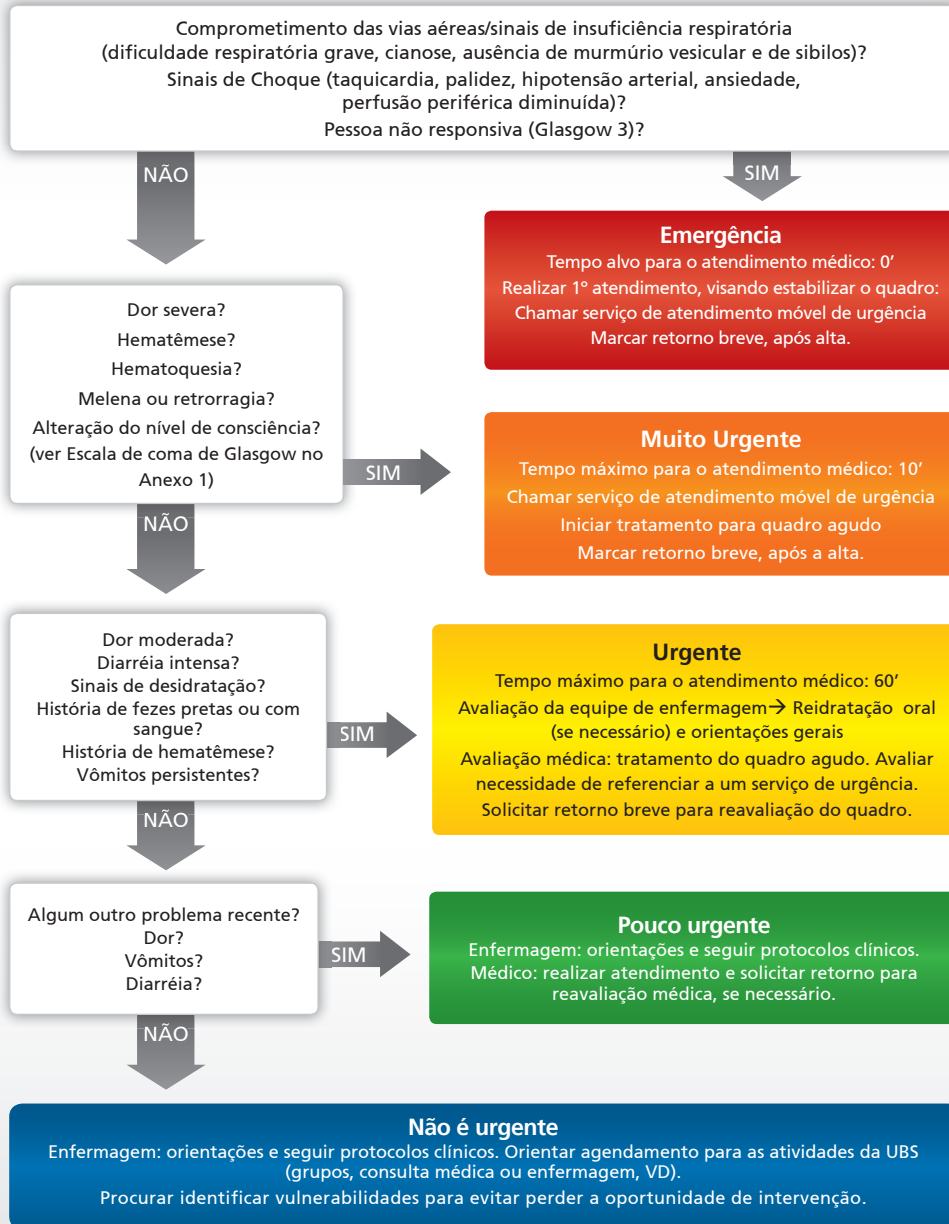
4.5.3 Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes que procuram atendimento por causa de diarreia e vômitos.



Fluxograma para o atendimento com classificação de risco do paciente com diarreia e vômitos assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Fluxograma 4.5 – Atendimento com classificação de risco do paciente com diarreia e vômitos assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)

4.6 Dispneia

78

Este capítulo tem como abordagem principal a assistência às dispneias agudas de origem pulmonar para as Unidades Básicas de Saúde, com enfoque para os principais motivos da demanda espontânea na atenção primária do nosso país: pneumonia adquirida na comunidade, exacerbação da asma e edema agudo pulmonar.

4.6.1 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 (lr/m), de acordo com a seguinte referência:

Quadro 4.22 – Referências para diagnóstico de taquipneia em crianças

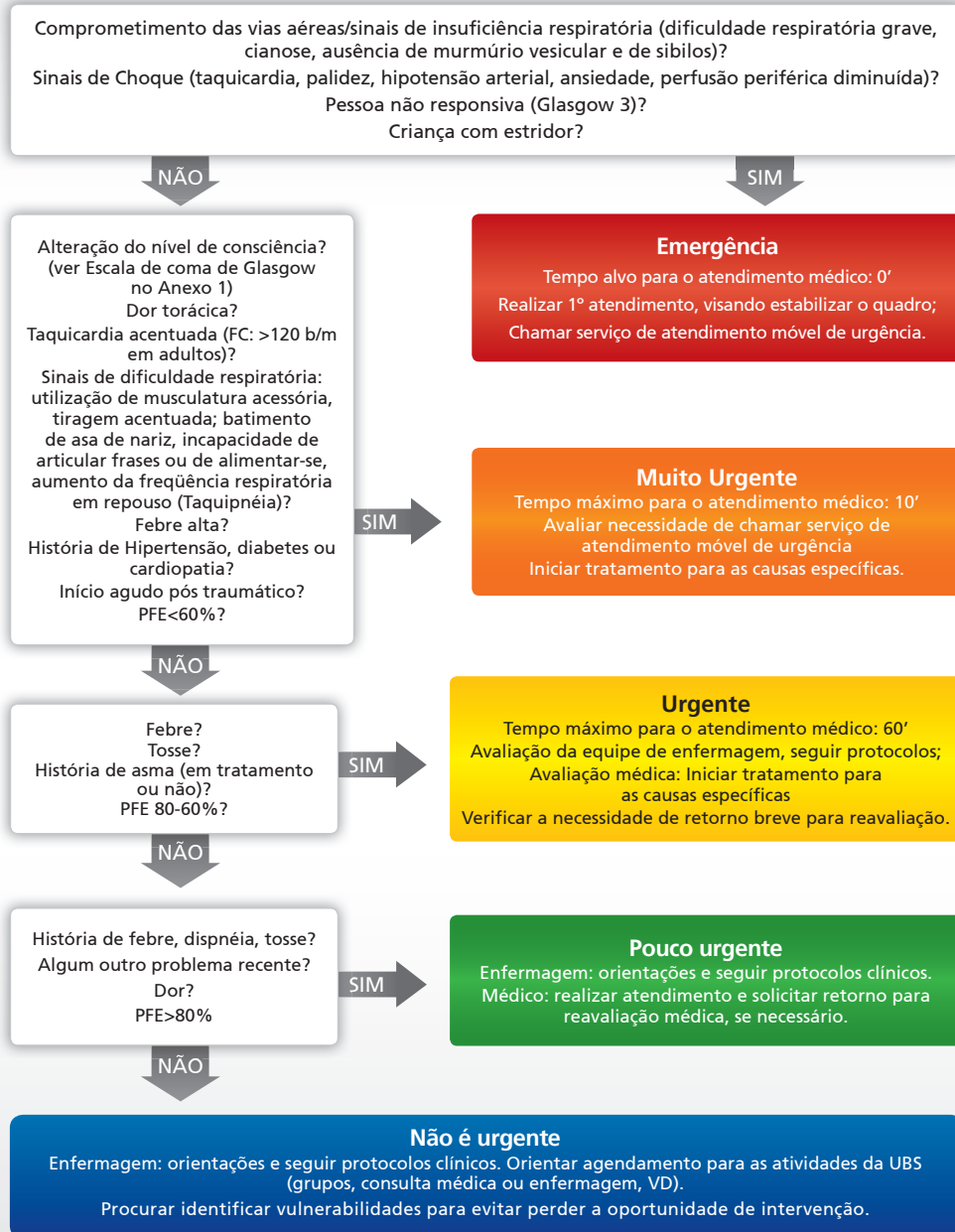
Incursões respiratórias	Idade da criança
> 60/minuto	até 2 meses
> 50/minuto	3 a 12 meses
> 40/minuto	13 meses até cinco anos
> 30/minuto	seis a oito anos
> 25/minuto	a partir de oito anos (e adultos)

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.

Fluxograma de Atendimento com Classificação de risco dos casos de dispnéia assistidos pelas equipes de Atenção Primária à Saúde

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Fluxograma 4.6 – Atendimento com classificação de risco dos casos de dispneia assistidos pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)



4.6.2 Diagnóstico clínico das principais causas de dispneias agudas de origem pulmonar

4.6.2.1 Pneumonia adquirida na comunidade (PAC)

80

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 pelo quadro de tosse com expectoração, febre, dor no peito e dispneia. Porém, dependendo da faixa etária e comorbidades, a doença pode se manifestar com mais ou menos sinais ou sintomas, logo é importante minuciosa anamnese e exame físico quando se tem a suspeita de PAC, para o diagnóstico e intervenção clínica precoces. 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:

Quadro 4.23 – Classificação de pneumonia em crianças

Sinal ou sintoma	Classificação	Condutas
Cianose central Dificuldade respiratória grave Incapacidade de beber	Pneumonia muito grave	Dar a primeira dose de ataque do antibiótico recomendado ainda na UBS. Referir urgentemente ao hospital.
Tiragem subcostal	Pneumonia grave	Dar a primeira dose de ataque do antibiótico recomendado ainda na UBS. Referir urgentemente ao hospital.
Respiração rápida > 60/minuto: 0 a dois meses > 50/minuto três a 12 meses > 40/minuto: 13 meses até cinco anos > 30/minuto: seis a oito anos > 25/minuto a partir de oito anos Estertores crepitantes à ausculta pulmonar	Pneumonia	Dar a primeira dose de ataque do antibiótico recomendado ainda na UBS e mantê-lo por sete dias. Aliviar a tosse com medidas caseiras. Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente. Se tiver sibilância, tratar com broncodilatador durante cinco dias. Marcar o retorno em dois dias.

continua





continuação

Sinal ou sintoma	Classificação	Condutas
Nenhum dos sinais	Não é pneumonia	Se estiver tossindo há mais de 30 dias, iniciar avaliação para outras doenças respiratórias. 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, estreptococos b hemolíticos e *Staphylococcus aureus* e, por isso, está indicado internação hospitalar.

É importante ressaltar a necessidade de se identificarem 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 < dois 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;
Problema social.

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 se 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 ser considerados como 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 90 mmHg ou diastólica menor ou igual a 60 mmHg
- 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 4.24 – 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
Dois meses a cinco anos	Amoxicilina 50 mg/kg/dia, 8/8h, sete a 10 dias Penicilina procaína* 50.000UI/kg/dia, 12/12h, sete dias
Seis a 18 anos	Amoxicilina 50 mg/kg/dia, 8/8h, sete a 10 dias Penicilina procaína* 50.000UI/kg/dia, 12/12h, sete dias Segunda opção: macrolídeos: eritromicina 50 mg/kg/dia, 6/6h, 14 dias
Adultos	
Previamente hígido, sem fator de risco para pneumococo resistente	Azitromicina (500 mg, 24/24h) Claritromicina (500 mg, 12/12h) Eritromicina (500 mg, 6/6h) 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 Amoxicilina doses altas (1 g, 8/8h) Amoxicilina-clavulanato (1 g, 12/12h) + Azitromicina (500 mg, 24/24h) Claritromicina (500 mg, 12/12h) Eritromicina (500 mg, 6/6h) Tratamento por sete a dez dias

Fonte: (BRASIL, 2007)

**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, se caso haja piora do quadro antes do retorno marcado, o paciente deve ir ao pronto-socorro mais próximo de sua casa.

4.6.2.2 Asma

Abordaremos neste tópico o manejo clínico do quadro de exacerbação da asma, voltado para a Atenção Primária à Saúde. O manejo de quadros persistentes será abordado no CAB 25: Doenças Respiratórias Crônicas.

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 > cinco 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;
- 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 4.25 – Classificação da intensidade da exacerbação da asma - criança e adulto

Achado	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
DISPNEIA	Caminhando Pode deitar	Conversando Prefere sentar	Em repouso 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 esternocleidomastóideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
SIBILÂNCIA	Moderada, geralmente fim expiração	Alta, localizada ou difusa. MV presente	Geralmente alta Localizados ou difusos	Ausência de MV e de sibilos
PULSO/min	< 100	100-120	> 120	> 120
FC: 2-12meses < 160/min; 1-2 anos < 120/min; 2-8 anos < 110/min				
PFE após β_2	> 80%	60-80%	< 60%	
Saturação O ₂	> 95%	91-95%	< 90%	
PaO ₂	normal	> 60m mHg	< 60 mmHg	
PaCO ₂	< 45 mmHg	< 45m mHg	> 45 mmHg	

Fonte: (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA, 2007; IV CONSENSO BRASILEIRO DE ASMA, 2006)





Tratamento da exacerbação

Os pacientes com asma persistente que estão bem controlados com o uso da medicação anti-inflamatória 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. |

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 Básica 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 **Algoritmo 4.2: Manejo da exacerbação da asma**).

Doses habituais das medicações para tratamento de exacerbações 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 β_2 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 4.26 - Dose habitual das medicações para tratamento de exacerbações da asma

86

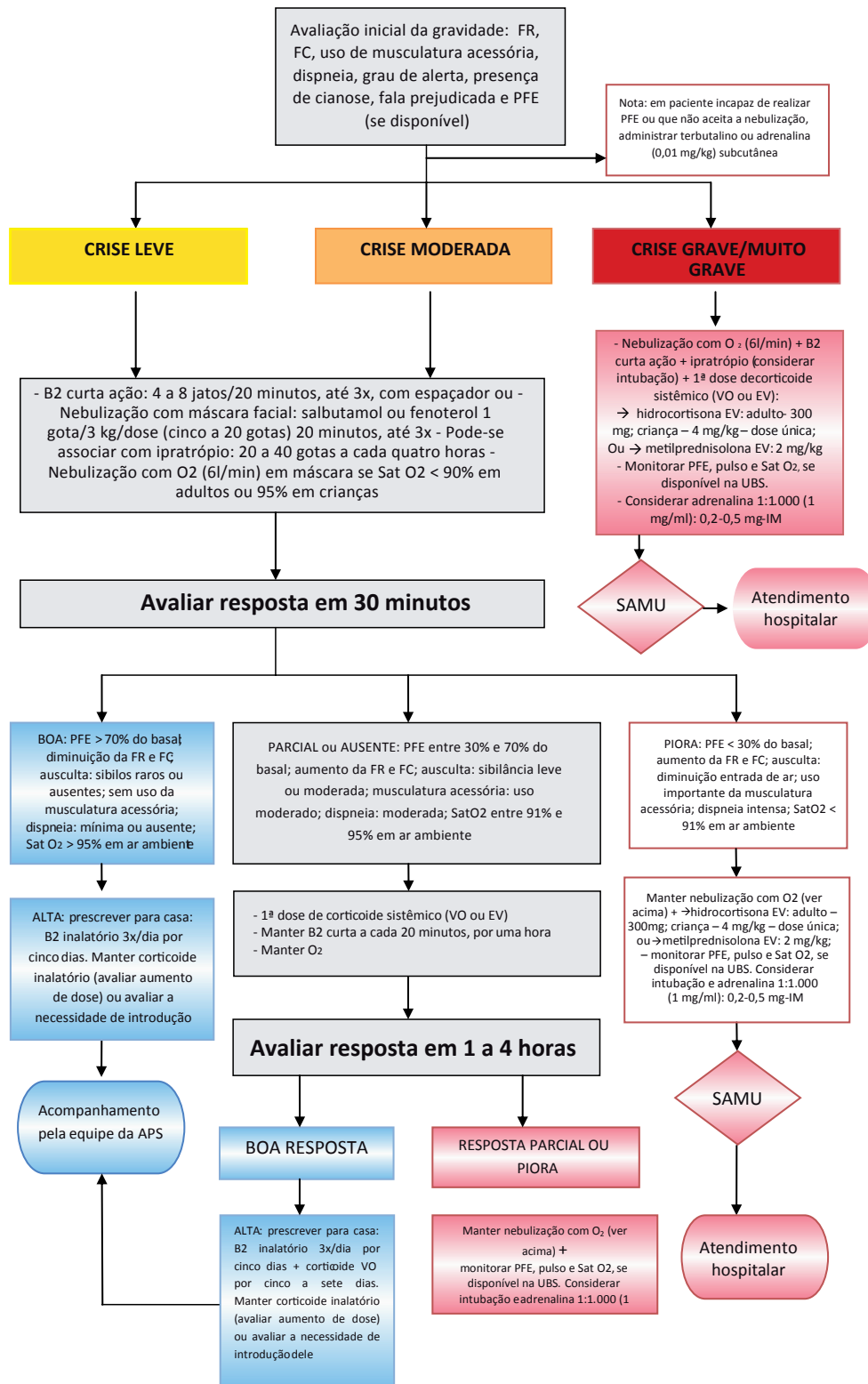
Broncodilatadores: Para as axacerbações leves à moderadas:

B2 de curta duração → dose de ataque: 2 a 4 jatos a cada 20 minutos na primeira hora
Manutenção: 2 a 4 jatos a cada 3-4 horas (crises leves); 6 a 10 jatos a cada 1-2 horas (crises moderadas)

Corticoide sistêmico: Prednisona: Via oral → dose: 0,5 a 1,0 mg/kg/dia

Fonte: (GLOBAL INICIATIVE FOR ASTHMA, 2007)





Algoritmo 4.2 – Manejo da exacerbação da asma. Fonte: (Adaptado: GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA, 2007; IV CONSENSO BRASILEIRO DE ASMA, 2006)



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 5 a 10 mg de salbutamol por nebulização, constituem um grupo de pior prognóstico que, em geral, necessitaria 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 β_2 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.

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 ao lado)?

- 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 registo (os três valores obtidos devem ser similares);
- Cumpra as indicações de limpeza do aparelho para garantir a precisão das leituras futuras.



Fonte: (GOOGLE, [2010])



Quadro 4.27 - Parâmetros de avaliação do pico de fluxo expiratório

Estatura – Mulheres														
Idade		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
Estatura – Homens														
Idade		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: (GOOGLE, [2010])

Passo a passo do cálculo para 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.
- Ver quadro 4.21 e algoritmo 4.2

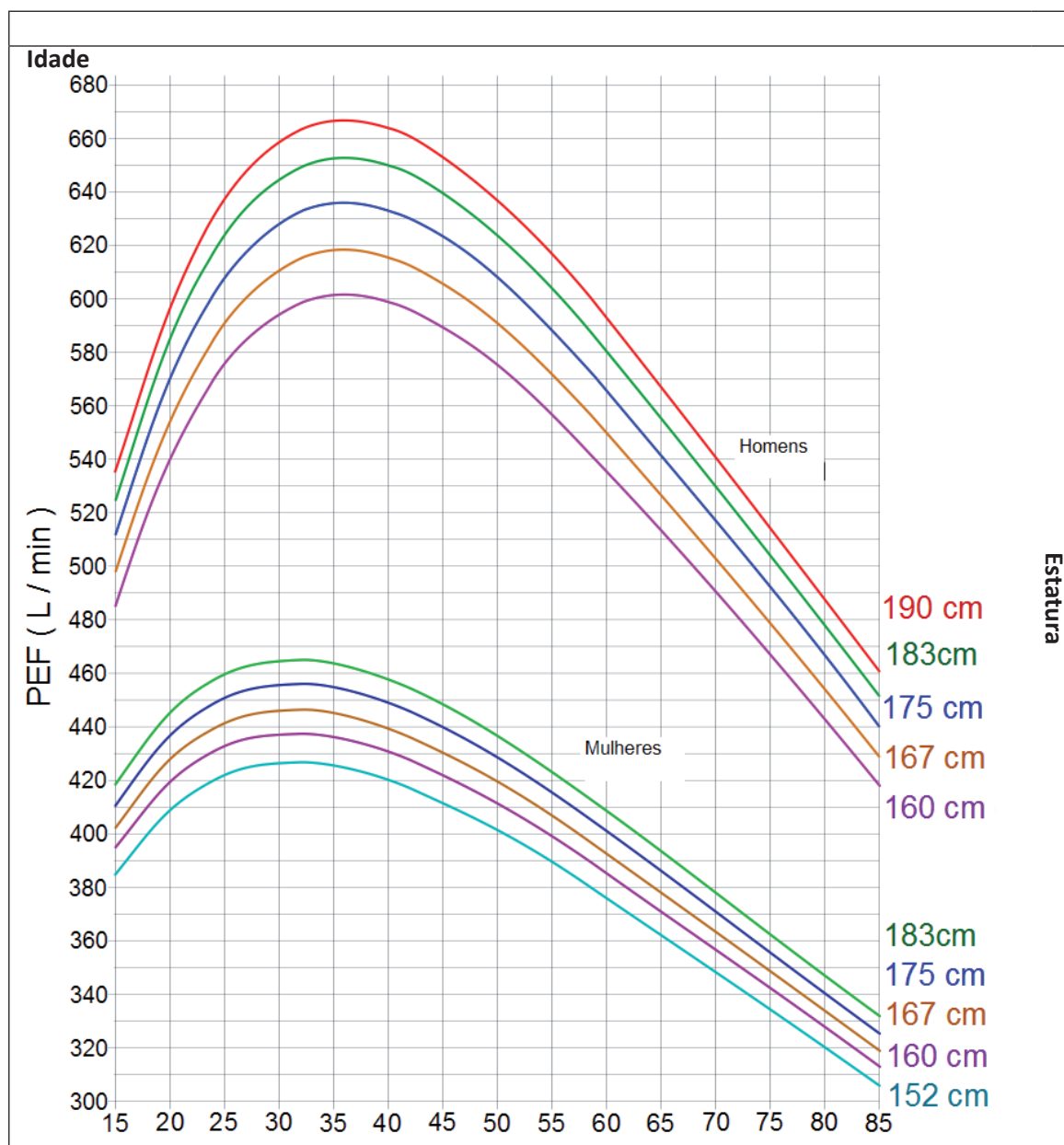


Gráfico 4.1 - Valores normais para interpretação do PFE. Fonte: (GOOGLE, [2010])

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 β_2 – agonista dentro de 1-2 horas;
- Apoio familiar não favorável ao tratamento domiciliar da criança com quadro agudo.



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.

4.6.2.3 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 AP 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 pulmonar, 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, uma vez que este deverá ser removido para um hospital, onde deverá ser internado para investigação da causa do EAP e acompanhado até a sua estabilização.

O paciente deve ser posicionado sentado, com as pernas pendulas, para reduzir o retorno venoso e, imediatamente, ser ofertado O₂ úmido por meio de cânula nasal ou máscara facial (5 litros/m). Deve-se também garantir acesso venoso e iniciar infusão de furosemida 40 mg.

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.





4.7 Disúria

92

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.

4.7.1 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.

4.7.2 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 a realização 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:**

Abdômen: 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).

Como citado anteriormente, os exames complementares (urinálise, urocultura e ultrassom de vias urinárias) não são essenciais para abordagem diagnóstica da disúria; porém, quando necessários e disponíveis, podem auxiliar o clínico em algumas situações, determinando o grau de gravidade da patologia.

93

4.7.2.1 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 a 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, streptococcus do grupo B, Klebsiella sp.

Nas crianças, a apresentação clínica é variada, dependendo da idade, conforme quadro abaixo.

Quadro 4.28 - 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-escolares	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 e urocultura), até porque nos homens a cistite é considerada infecção complicada.

Quadro 4.29 - Tratamento farmacológico de ITU

Mulheres	Norfloxacino 400 mg, 12/12h, por três dias Nitrofurantoína 100 mg, 6/6h, por três dias Cefalexina 250 mg, 6/6h, por três dias
Gestantes	Cefalexina 500 mg, 6/6h, por sete dias Amoxicilina 500 mg, 8/8h, por sete dias Nitrofurantoína 100 mg, 6/6, por sete dias
Homens	Norfloxacino 400 mg, 12/12h, por sete dias Ciprofloxacino 500, 12/12h, por sete dias Cefalexina 250 mg a 500 mg, 6/6h, por sete dias
Idosos	Ciprofloxacino 500 mg, 12/12h, por três dias
Crianças	Sulfametoxazol/trimetropim 40/8 mg/kg/dia por 10 dias Cefalexina 50-100mg/kg/dia por 10 dias Amoxicilina 30-50 mg/kg/dia por 10 dias

Fonte: (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2004; FRISOLI JUNIOR et al., 2004; MARTINS et al., 2007)

* Nos locais onde a resistência a sulfametoxazol/trimetropim for menor 20%, este passa a ser o medicamento de escolha, 800 mg/160 mg, de 12/12h, sete dias.



Em pacientes diabéticos, podem ocorrer infecções por *Candida* sp e, nesse caso, o tratamento é feito com fluconazol 200 mg ao dia, por 7-14 dias.

Prostatite

É uma doença prevalente no homem e representa uma das suas principais queixas urológicas. As prostatites podem ser classificadas em:

- 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 diagnóstico de 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 4.30 - Tratamento farmacológico de prostatite

Medicamento	Dosagem
Sulfametoxazol/trimetopim	800 mg-160 mg, 12/12h
Doxiciclina	100 mg, 12/12h
Norfloxacino	400 mg, 12/12h
Ciprofloxacino	500 mg, 12/12h

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 abscesso 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/trimetopim 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 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 deve-se à ascensão de germes do trato urinário inferior. Essa infecção é caracterizada clinicamente por dor na região dos flancos, com irradiação para abdômen, 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 500 mg, VO, de 12/12h, 10-14 dias**. É fundamental a reavaliação do paciente após 48h de tratamento e orientação dos sinais de piora. Não havendo melhora do quadro, faz-se necessário avaliação hospitalar devido à necessidade de antibioticoterapia EV e complementação diagnóstica por meio de exames laboratoriais e de imagem.

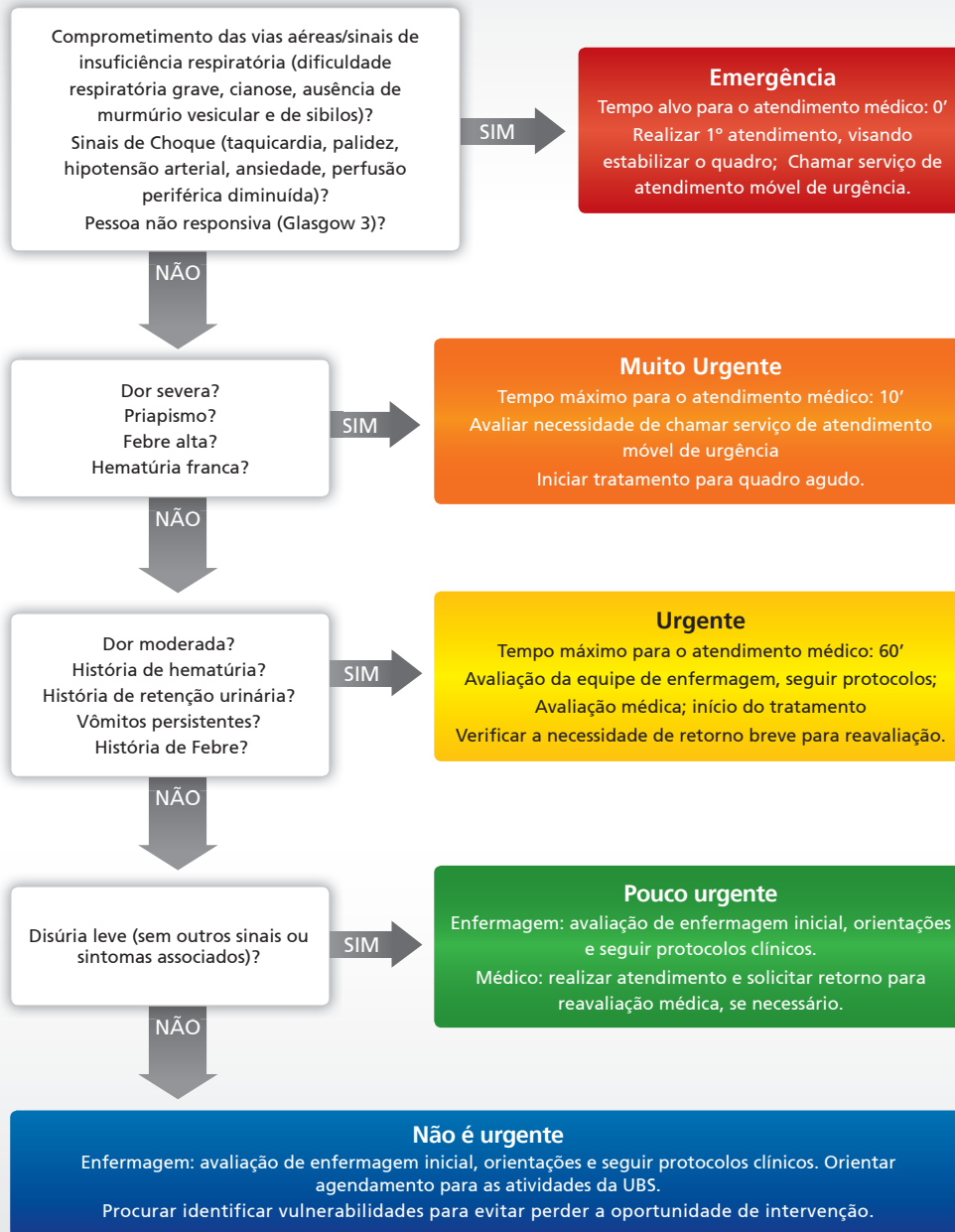
4.7.3 Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes com quadro de disúria que procuram atendimento na APS.



Fluxograma de atendimento com classificação de risco do paciente com disúria assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Fluxograma 4.7 - Atendimento com classificação de risco do paciente com disúria assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)



4.8 Doenças de pele

98

4.8.1 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 4.2).

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 4.2 - 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 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:** 1.200.000 U para adultos e 50.000 U/kg, até no máximo 900.000 U para crianças com peso abaixo de 27 kg, dose única;





- **Eritromicina:** 250 a 500 mg, quatro vezes ao dia em adultos e 30 a 50 mg/kg/dia em crianças, por sete dias;
- **Cefalexina:** 250 a 500 mg, quatro vezes ao dia em adultos e 25 a 50 mg/kg/dia, em crianças, por sete dias.

4.8.2 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 4.3). É comum observar comprometimento linfático. Surto repetidos podem ocorrer numa 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 4.3 - Erisipela. Fonte: (GOOGLE, [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** – 400.000 U, IM, duas vezes ao dia, por 10 dias, e 25 a 50.000 U/kg/dia para crianças;
- **Penicilina benzatina** – 1.200.000 U para adultos e 50.000 U/kg, até no máximo 900.000 U, para crianças com peso abaixo de 27 kg, IM;
- **Eritromicina** – 250 a 500 mg, quatro vezes ao dia, em adultos e 30 a 50 mg/kg/dia em crianças, por 10 dias;
- **Cefalexina** – 250 a 500 mg, quatro vezes ao dia, em adultos e 25 a 50 mg/kg/dia, em crianças, por sete dias.





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 membros, uso de diuréticos, tratamento de macerações interdigitais, podem evitar recorrências e devem ser orientadas após o tratamento do quadro agudo.

100

4.8.3 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.



Figura 4.4 - Herpes simples labial
Fonte: (GOOGLE, [2010])



Figura 4.5 - Herpes genital
Fonte: (GOOGLE, [2010])

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 4.4 e 4.5).

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 anorectal. 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.

b. Antivirais sistêmicos

- Aciclovir – 200 mg, 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 400 mg ao dia para supressão. O uso seguro durante a gestação ainda é incerto, e devemos levar em conta os benefícios e potenciais riscos.
- Famciclovir – 250 mg, três vezes ao dia, por sete dias. Recorrência: 125 mg, duas vezes ao dia, por cinco dias.
- Valaciclovir – 500 mg a 1 g, duas vezes ao dia, por sete dias, na primoinfecção. Recorrência: 500 mg, duas vezes ao dia, por cinco dias
- Penciclovir tópico – creme a 1%, cinco vezes ao dia.

4.8.4 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 prodromico de dor, parestesia e queimação de aproximadamente três dias, observa-se o aparecimento das vesículas, agrupadas, sobre base eritematosa, de distribuição unilateral, seguindo um dermatomo. O rompimento das vesículas deixa área ulcerada, que será



recoberta por crosta, evoluindo para 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 trigêmio (Figura 4.6).

Figura 4.6 - Herpes zoster em tronco. Fonte: (GOOGLE, [2010])

A dor tem intensidade variável e geralmente é pior em adultos, comparados a crianças e 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.

102

Tratamento

Tem objetivo de diminuir a severidade e duração da dor, o risco de transmissão e as complicações, 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 800 mg, cinco vezes ao dia por sete a 10 dias;
- Famciclovir – 250 a 500 mg, três vezes ao dia, por sete dias;
- Valaciclovir – 1 g, 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 corticoides 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, tem sido utilizado no controle da neuralgia pós-herpética.

4.8.5 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 4.7)

Figura 4.7 - 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 1 cm, 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 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 oito 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 três meses de idade e gestantes;
- **Ivermectina** – 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 200 µg/kg, podendo ser utilizada a partir dos cinco anos de idade ou 15 kg 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.





4.8.6 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.

4.8.6.1 Sarampo

Causada por vírus da família *Paramyxoviridae*, o contágio ocorre por via respiratória, por meio de secreções nasofaríngeas 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 4.8).



Figura 4.8 - 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 seis meses: 50.000 UI, entre seis e 12 meses: 100.000 UI e maiores de 12 meses: 200.00 UI, 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.

4.8.6.2 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 em cinco a sete dias antes até cinco a sete dias após o início do exantema (Figura 4.9).



Figura 4.9 - Exantema é maculopapular róseo.
Fonte: (GOOGLE, [2010])

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 28º dia, IgM positivo confirma o caso.

Tratamento – sintomáticos

Quadros clínicos suspeitos, com febre e exantema maculopapular, acompanhados de linfadenopatia retroauricular, occipital cervical posterior, independente da idade e da situação vacinal devem ser notificados.

4.8.6.3 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 pródrômo 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 (numa mesma região, lesões em vários estágios evolutivos), acomete mucosas e é pruriginoso (Figuras 4.10 e 4.11).

106



Figura 4.10 - Lesões polimorfas de varicela. Fonte: (P. AUDIÊNCIA DA TV, [2010])



Figura 4.11 - Lesões polimorfas da varicela. Fonte: (GOOGLE, [2010])

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.





4.8.6.4 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 esbofetada” (Figura 4.12). 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 4.12 - “Face esbofetada” – eritema infeccioso. Fonte: (GOOGLE, [2010])

Diagnóstico – o diagnóstico é clínico

Tratamento - sintomático.

4.8.6.5 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.

4.8.6.6 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.

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 4.13, 4.14 e 4.15).

108



Figura 4.13 - Exantema difuso, papular
Fonte: (GOOGLE, [2010])



Figura 4.14 - Língua em framboesa
Fonte: (GOOGLE, [2010])



Figura 4.15 - Linhas marcadas nas dobras flexoras (sinal de Pastia) e eritema papular difuso.
Fonte: (GOOGLE, [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 27 kg; e 50.000 U/kg até no máximo 900.000 U para crianças com peso abaixo de 27 kg, IM;
- **Amoxicilina** – 50 a 70 mg/kg/dia, a cada oito horas, por 10 dias;
- **Eritromicina** – 30 a 50 mg/kg/dia em crianças, por sete dias.

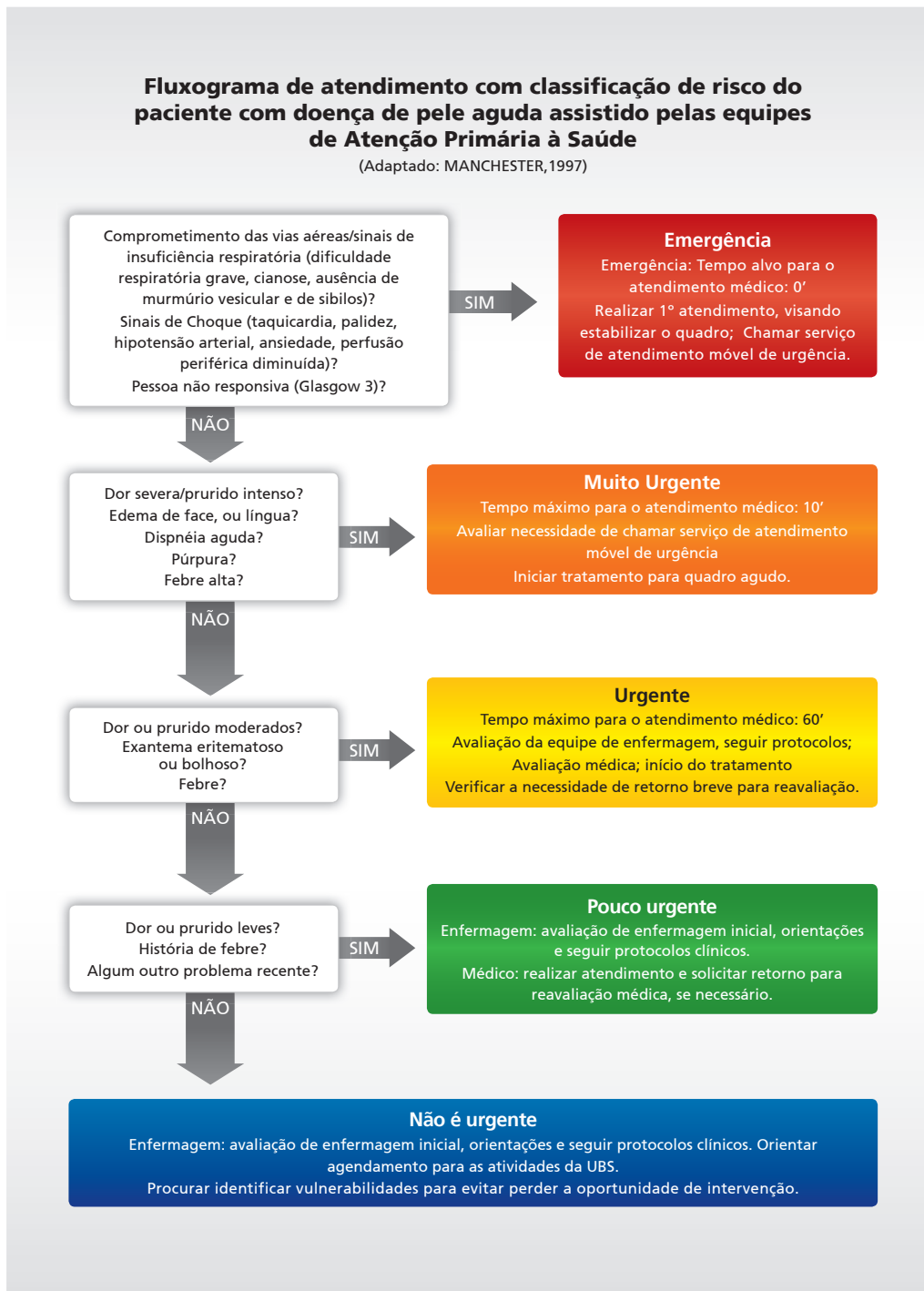
Profilaxia com antibióticos em contactantes é controversa.



4.8.7 Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes com doença de pele aguda que procuram atendimento na APS.

109



Fluxograma 4.8 - Atendimento com classificação de risco do paciente com doença de pele aguda assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)



4.9 DOR ABDOMINAL

4.9.1 Introdução

110

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.

4.9.2 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.

4.9.3 Diagnóstico

4.9.3.1 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 prévia e doença de Crohn têm maior risco de obstrução (ver Quadros 4.31 e 4.32).

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 abdômes 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 4.32). 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 exame físico minuciosos ajudarão o centro de referência a conduzir o caso e acessar dados mais precisos.

Quadro 4.31 - 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)



**Quadro 4.32 - 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	
Obstrução intestinal (delgado e grosso)	
Isquemia mesentérica	Urológica
Diverticulite de Meckel	Cálculo ureteral
Úlcera péptica perfurada	Cistite
Perfuração intestinal	Pielonefrite
Diverticulite do cólon	Retroperitoneal
Doença inflamatória intestinal	Aneurisma aórtico
Pâncreas, vias biliares, fígado e baço	Hemorragia
Pancreatite aguda	Ginecológicas
Abscesso hepático	Cisto ovariano roto
Hepatite aguda	Gravidez ectópica
Rotura esplênica	Endometriose
Colecistite aguda	Torsão ovariana
Tumor hepático hemorrágico	Salpingite aguda
Colangite aguda	Rotura uterina
Peritoneal	Parede abdominal
Peritonite primária (peritonite bacteriana espontânea)	Hematoma do músculo reto
CAUSAS EXTRA ABDOMINAIS	
CARDÍACAS HEMATOLÓGICAS	NEUROLÓGICAS
Infarto agudo do miocárdio (IAM)	OUTRAS
Anemia falciforme	Radiculite
Miocardite	Contusão muscular ou tumor
Anemia hemolítica	Epilepsia abdominal
Endocardite	Uso de narcóticos
Púrpura de Henoch-Schonlein	Tabes dorsalis
Falência cardíaca congestiva	Doenças psiquiátricas
Leucemia aguda	METABÓLICAS
TORÁNICAS TÓXICAS	Hematoma
Pneumonites	Uremia
Reação de hipersensibilidade	<i>Diabetes mellitus</i>
Infarto ou embolismo pulmonar	Porfíria
Picada de animais venenosos	Insuficiência adrenal aguda
Pneumotórax	Hiperlipidemia
INFECCIOSAS	Hiperparatireoidismo
Empiema	
Herpes zoster	
Esofagite	

Fonte: DANG, 2002; FISHMAN, 2009





4.9.3.2 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.

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.

Ausulta: 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 e ilíacas. Deve ser efetuada durante dois minutos, em um ou dois pontos de pesquisa. Normalmente os 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 4.33 que resume os fatores que indicam alto risco de um quadro de dor abdominal ser um abdome agudo



Quadro 4.33 - 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;
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 imediatamente 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);
Hiperstesia 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 4.34.

**Quadro 4.34 - Causas mais prováveis de dor abdominal segundo a sua localização**

QUADRANTE SUPERIOR DIREITO	QUADRANTE SUPERIOR ESQUERDO
Hepatites	Abscesso esplênico
Colecistite	Infarto esplênico
Colangite	Gastrite
Síndrome 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	Síndrome do intestino irritável
Doença inflamatória pélvica (DIP)	Doença inflamatória intestinal (DIP)
Adenite mesentérica	DIFUSA
EPIGÁSTRICA	Gastrenterite
Doença ulcerosa péptica	Isquemia mesentérica
Refluxo gastroesofágico	Metabólica
Gastrite	Malária
Pancreatite	Obstrução intestinal
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 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, AINE e bebidas gaseificadas), antiácidos (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 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 7 mm, via de regra, necessitam de alguma abordagem intervencionista).





Tratamento: cabe falar inicialmente da importância da prevenção de formação dos cálculos, no entanto, nesse momento, ateremos-nos ao manejo agudo. Recomenda-se analgesia (AINEs) e hidratação.

Doença inflamatória pélvica (DIP)

118

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 4.35): os principais agentes etiológicos são *Neisseria gonorrhoeae*; *Chlamydia trachomatis*; *Mycoplasma hominis*; *Ureaplasma urealyticum*; *Streptococcus 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 4.35 - Tratamento ambulatorial

Esquema A	Esquema B
Cefoxitina 2 g IM com probenecida 1 g, VO, ou	Ofloxacina 400 mg, VO, 12/12h, por 14 dias, ou
Ceftriaxone 250 mg IM, ou	Levofloxacina 500 mg, VO, 1 vez/dia, por 14 dias
Cefalosporina equivalente	COM OU SEM
MAIS	Metronidazol 500 mg, 12/12h, por 14 dias
Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 14 dias	
COM OU SEM	
Metronidazol 500 mg, VO, 12/12h, por 14 dias	

Fonte: (BEREK, 2008)

Constipação intestinal

Diagnóstico: baseado na história clínica. O paciente normalmente se refere à dor abdominal tipo cólica, difusa, normalmente 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 incompleta e necessidade de manipulação digital para facilitar a saída das fezes. Em adultos, a constipação intestinal pode estar associada a uso de medicamentos anticolinérgicos (opioides, antidepressivos, anti-histamínicos, corticoides, benzodiazepínicos, entre outros) e comorbidades (neurológicas, metabólicas, psiquiátricas, endócrinas e próctológicas) e, em crianças, a grande maioria se trata de obstipação funcional ou está associada à hipersensibilidade alimentar.

Ao exame, podem ser observadas alterações anorretais, como fissura e doença hemorroidária, fruto dos sucessíveis esforços evacuatórios. O toque retal pode revelar a presença de fecaloma, nesse caso, o paciente deve ser encaminhado para realizar fleet-enema.



Tratamento: baseado inicialmente na mudança do estilo de vida, com dieta rica em fibras (é a medida mais importante!), aumento da ingestão hídrica, atividade física regular e medidas comportamentais (evacuar em momentos específicos para estabelecer um padrão evacuatório regular, de preferência após as refeições, para se beneficiar do reflexo gastrocólico). Caso haja falha, introduzir laxativo em monoterapia e com uso ocasional, reservado para momentos de piora do quadro. Dispõe-se de três opções: expansor do bolo fecal (*Psyllium*, *lactulose*), salino (saís de magnésio e sódio) e osmótico (glicerol). Ainda assim, como última alternativa e utilizado com parcimônia, sugerem-se laxativos estimulantes (bisacodil, fenoftaleína, docusato e à base de Sene). As doses são tateadas de acordo com a resposta clínica. Para pacientes que não respondem à ingestão de fibra alimentar e medidas não farmacológicas, deve-se avaliar a necessidade de investigar doenças orgânicas.

Situações especiais

Idosos: fique preocupado com pacientes idosos! Pessoas 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 4.36:

Quadro 4.36 - Diagnóstico diferencial de dor abdominal aguda em crianças, segundo 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
	Púrpura de Henoch-Schonlein	Púrpura de Henoch-Schonlein	torsão
	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 à 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 1/3 dos 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. 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. Acetaminofen 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.

4.9.4 Encaminhamento

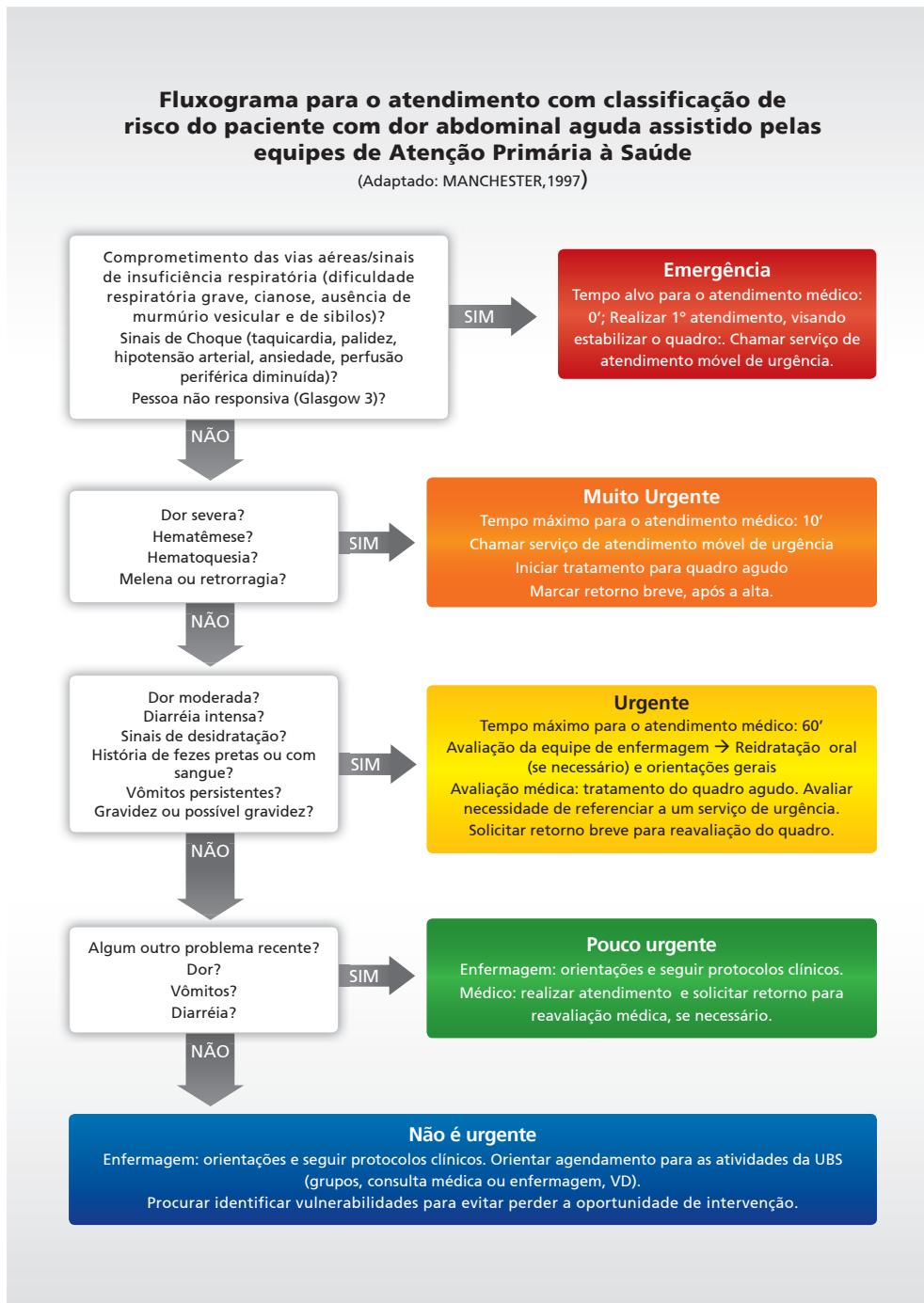
De fato, atender um paciente com dor abdominal é um grande desafio não só pela vastidão de possíveis diagnósticos, mas principalmente por sabermos que, muitas vezes, a decisão de transferir o paciente e solicitar um exame – e a demora em mobilizar tais recursos – é capaz de interferir no prognóstico. 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



4.9.5 Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes com quadro de dor abdominal que procuram atendimento na APS.



Fluxograma 4.9 – Atendimento com classificação de risco do paciente com dor abdominal aguda assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)



4.10 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.

122

4.10.1 Conceitos fundamentais

A dor de ouvido (ou otalgia) está entre as queixas mais comuns nos atendimentos na atenção primária, por demanda espontânea. 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 4.38). A irradiação da dor de outras áreas para o ouvido se deve ao fato dessa região ser rica de 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 em 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 podem 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 4.39).

Quadro 4.38 – 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 media aguda/crônica	Terceiro molar impactado
Otite média com efusão	Pulpite
Barotrauma	Neurológicas
Perfuração traumática do tímpano	Neuralgias
Mastoidite	Paralisia facial

continua





continuação

Secundárias
Infeciosas
Infecções da orofaringe (faringite, tonsilite)
Sinusite
Linfadenite
Parotidite
Meningite
Oncológicas
Tumores de cabeça ou pescoço
Outras
Trauma
Cirurgias de orofaringe
Arterite temporal
Trombose de seio venoso
Infarto do miocárdio

Fonte: (ELY; HANSEN; CLARK, 2008)

Quadro 4.39 – Fatores de risco para diagnósticos mais sombrios em pacientes com otalgia

Fatores de risco	Diagnósticos possíveis
Idade maior ou igual a 50 anos, VHS* acima de 50 mm/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

4.10.2 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 da otalgia ser secundária, e o médico deve pesquisar causas originárias em outros locais. Para investigar 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 acometem os dentes molares. Faringite e tonsilite também podem causar otalgia.

4.10.3 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.

4.10.3.1 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. Nessas condições, a anamnese e o exame físico costumam ser bem esclarecedores e o tratamento depende de cada causa.

4.10.3.2 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 congestionado e hipoacusia decorrem de obstrução do conduto auditivo. A 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 confluyente e róseo na 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 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 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.

126

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 apresentar-se pontiaguda e estender-se 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. Nessa situação recomenda-se que seja feita com o otorrinolaringologista.

4.10.3.3 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 episódios 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 colesteatomatosa:** 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 *Streptococcus 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*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarralis*; com menor frequência, o *Staphylococcus aureus* também pode estar envolvido. Esse último, assim como *Pseudomonas aeruginosa*, é mais comum na otite média crônica. No quadro crônico, a etiologia habitualmente é mista.

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. 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 e sintomas de inflamação.

O diagnóstico de OMA requer:

1. História de início agudo dos sinais e sintomas;
2. Presença de efusão em ouvido médio*; e
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 as atividades normais ou o sono.

Alerta-se para a necessidade do uso cauteloso de antibiótico em decorrência da incidência crescente de cepas 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.

128

As Academias Americanas de Medicina de Família e de Pediatria dão a opção de se observar por 48-72h 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 80 a 90 mg/kg/dia, dividida em duas doses. Para pacientes com reação de hipersensibilidade tipo I (urticária ou anafilaxia), as alternativas são azitromicina ou claritromicina. Em crianças menores de seis anos, o curso do tratamento deve ser de 10 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 ao 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 4.40.

Quadro 4.40 – Antibioticoterapia em adultos com OMA

OTITE MÉDIA AGUDA		
PRIMEIRA OPÇÃO		
Antibiótico	Posologia	Duração
Amoxicilina	500 mg, 8/8, ou 875 mg, 12/12h	10 dias
ALTERNATIVAS PARA ALÉRGICOS		
Antibiótico	Posologia	Duração
Sulfametoxazol-trimetropim	6 mg SMT e 30 mg TMP/kg/dia	10 dias
Azitromicina	500 mg/dia	cinco dias
Claritromicina	250-500 mg, 12/12h	10 dias
SEGUNDA OPÇÃO		
FALHA TERAPÊUTICA		

OTITE MÉDIA AGUDA RECORRENTE		
Antibiótico	Posologia	Duração
Amoxicilina/clavulanato	500 mg, 8/8h, ou 875 mg, 12/12h	10-14 dias
Cefaclor	250-500 mg, 8/8h	10-14 dias
Cefprozil	250-500 mg, 12/12h	10-14 dias
Axetil cefuroxime	250-500 mg, 12/12h	10-14 dias
Cefpodoxime	200 mg, 12/12h	10-14 dias
OTITE MÉDIA AGUDA COMPLICADA		
Antibiótico	Posologia	Duração
Ceftriaxone	2-4 g/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.

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 seis 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 há necessidade de tratamento cirúrgico, com colocação de tubos de drenagem.

Otitis 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 otorrinolaringologista. Cultura e antibiograma da secreção podem ajudar na escolha do antibiótico. A pesquisa etiológica deve ser 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*.

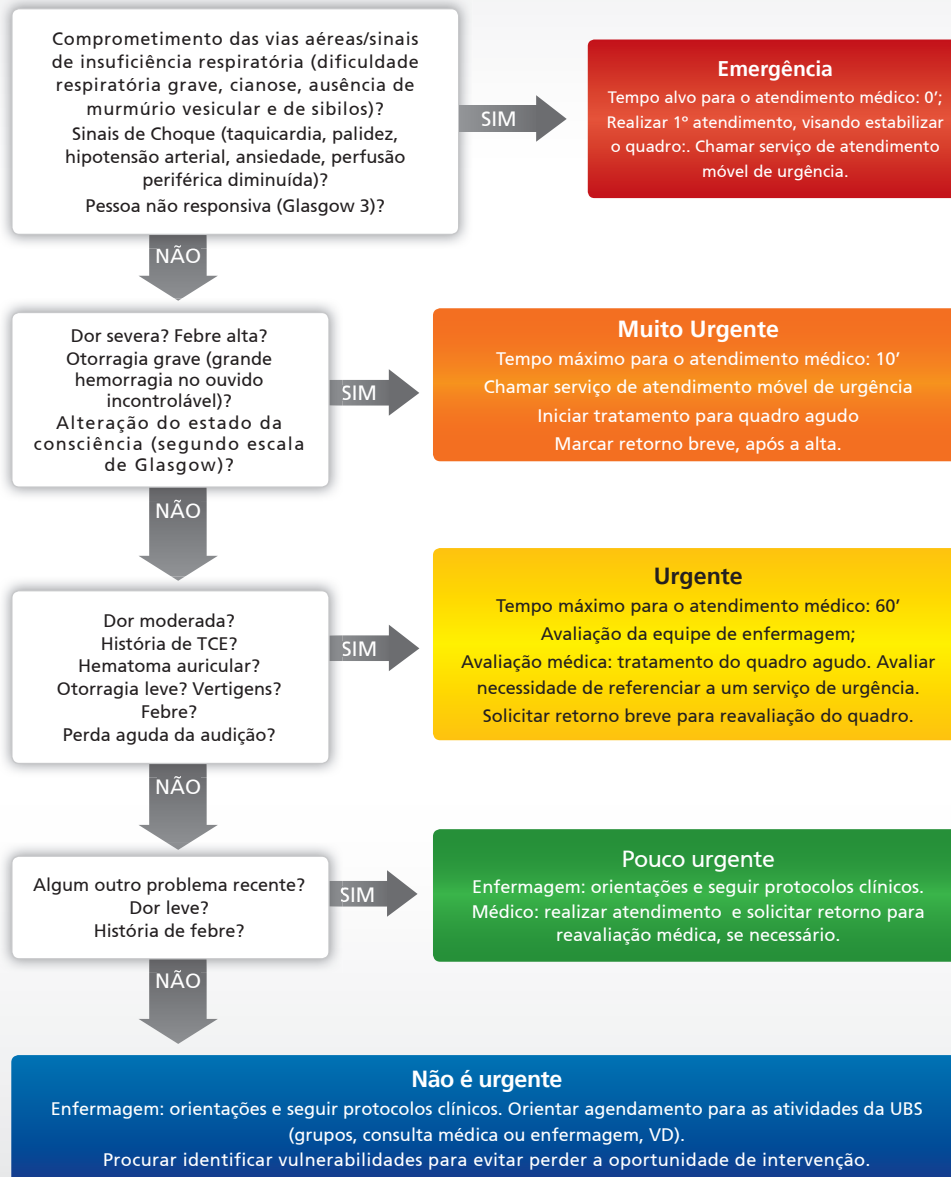
4.10.4 Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes com quadro de dor ou outros problemas no ouvido que procuram atendimento na APS.



Fluxograma para o atendimento com classificação de risco do paciente com 'queixas relacionadas ao ouvido' assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Fluxograma 4.10 – Atendimento com classificação de risco do paciente com “queixas relacionadas ao ouvido” assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997).



4.11 Dor de Garganta

132

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 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 anatómicas 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 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 herpesvírus.

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* hemolítico do 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.

4.11.1 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 enterovirose.





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 tem nenhuma indicação nesses quadros.

4.11.2 Faringite Estreptocócica

O agente etiológico é o *Streptococcus B* hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*). A faringite estreptocócica acomete principalmente crianças e adolescentes entre cinco 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 4.41).

Quadro 4.41 – 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	

continua





continuação

Paciente entre cinco 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)

134

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 estreptocócica 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.

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.

4.11.3 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 27 kg e 1.200.000 unidades para aquelas com 27 kg 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 nesses casos. Recomenda-se que o tratamento com azitromicina tenha a duração de cinco dias. Nos Estados Unidos, cerca de 1% dos *Streptococcus pyogenes* é resistente à clindamicina. Essa droga é mais uma opção para pacientes alérgicos à penicilina (Quadro 4.42).



Quadro 4.42 – Prevenção primária da febre reumática (tratamento da tonsilofaringite estreptocócica)

Agente	Dose	Via	Duração
Penicilina			
Penicilina G benzatina	600.000 U para pacientes < 27kg; 1.200.000 U para > 27kg	Intramuscular	Dose única
Amoxicilina	50 mg/kg/dia, dividida em duas ou três doses (*)	Oral	10 dias
Penicilina V (fenoximetilpenicilina)	Crianças: 250 mg, duas a três vezes por dia, para < 27kg; para > 27 kg, adolescentes e adultos: 500 mg, duas a três vezes por dia	Oral	10 dias
Para alérgicos à penicilina			
Cefalosporinas de espectro estreito (cefalexina, cefadroxil)	Depende da droga	Oral	10 dias
Eritromicina	50mg/kg (até 500 mg), de 6/6h	Oral	10 dias
Azitromicina	12 mg/kg, uma vez ao dia (máximo 500 mg)	Oral	cinco dias
Claritromicina	15 mg/kg por dia, dividida em duas doses (máxima 250 mg, duas vezes/dia)	Oral	10 dias
Clindamicina	20 mg/kg por dia, dividida em 3 doses (máxima 1,8 g/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 FDA (*Food and Drug Administration*) para administração uma vez ao dia, durante 10 dias, em pacientes com 12 anos ou mais.

Considerando que são raros os casos de reação anafilática à penicilina, 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.

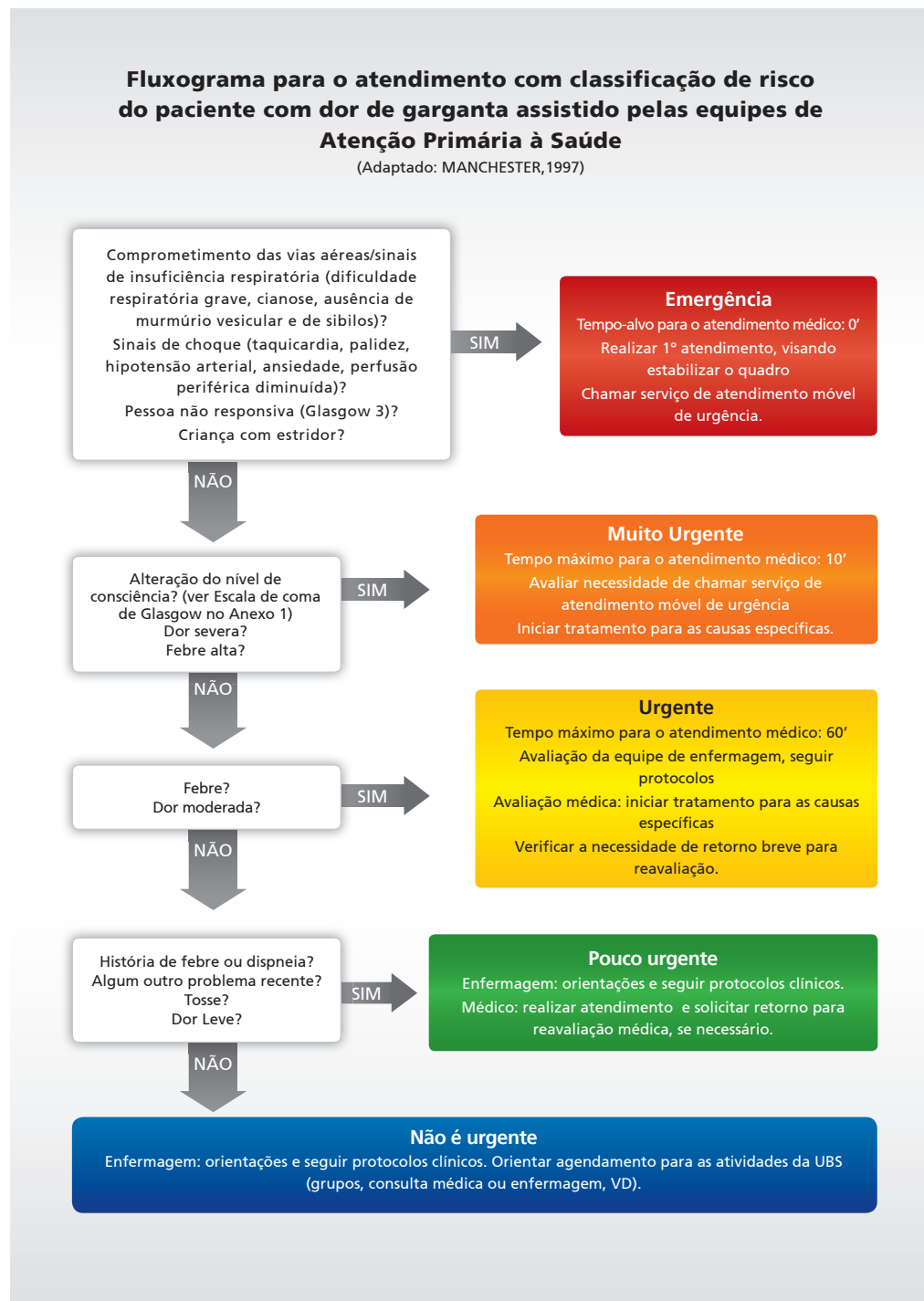
4.11.4 Encaminhamento

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. 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.

4.11.5 Classificação de Risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes com quadro de dor de garganta que procuram atendimento na APS.

136



Fluxograma 4.11 – Atendimento com classificação de risco do paciente com dor de garganta assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)



4.12 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).**

137

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: (Adaptado: DEYO; WEINSTEIN, 2001)

Baseado nessa incidência, enfocaremos no diagnóstico e no cuidado com as lombalgias de origem mecânica e na identificação das causas não mecânicas.

4.12.1 Diagnóstico

4.12.1.1 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 mnemônica “OPQRST”, cujo significado está descrito abaixo:

- **Onset** (início);
- **Provocation** (provocação da dor);
- **Quality** (qualidade da dor);
- **Radiation** (irradiação da dor);
- **Symptoms** (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, imunossupressão (uso de corticoides, HIV) etc. O Quadro 4.41 traz algumas dicas sobre os sinais de alerta (bandeira vermelha) durante a avaliação de pessoas com queixa de lombalgia.

Quadro 4.41 – 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, abscessos...)
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: (Adaptado: SOUTH-PAUL; MATHENY; LEWIS, 2004)

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.

Quadro 4.42 – Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial	Sinais de alerta	O que fazer? ***
Câncer	- Histórico de neoplasia - Emagrecimento - Idade > 50 - Não melhora com tratamento inicial - Dor > 4-6 semanas - Dor à noite em repouso	Se suspeitar de neoplasia maligna do esqueleto: - Exames de imagem - VHS Investigar sítio primário (ex.: PSA, mamografia, raio X tórax, pele...)
Infecção	- Febre - Usuário de drogas IV - Infecção bacteriana recente - Imunodepressão (HIV, transplantados, corticoides, diabetes...) - Dor em repouso	Se suspeitar de infecção no esqueleto, pedir: - RNM - Hemograma - VHS - Urina 1
Fraturas	- Uso de corticoides (desmineralização óssea) - Idade > 70 (osteoporose) - Trauma recente importante	Exames de imagem apropriados e parecer de ortopedista
Aneurisma de aorta abdominal	- Massa pulsátil abdominal - Outra doença aterosclerótica - Idade > 60 - 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 - Anestesia em sela - Perda ou diminuição do tono de esfíncter anal - Paresia e/ou parestesia de MMII uni ou bilateral - Déficit neurológico progressivo - A dor piora com valsava ou tosse	Encaminhar para a urgência cirúrgica
Outras	- Depressão - Somatização - Insatisfação com o trabalho - Medo - Desejo de ser aposentado precocemente	- Realizar avaliação da saúde mental do paciente e, se for necessário, solicitar apoio da equipe de Saúde Mental do NASF* de referência, se houver esse serviço, ou encaminhar para serviço de psicologia/psiquiatria

Fonte: (Adaptado: SOUTH-PAUL; MATHENY; LEWIS, 2004)

* 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 o médico de 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 num determinado momento sobre uma determinada demanda.



4.12.1.2 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, posição antálgica, diferença de comprimento dos MMII, vícios de postura;
- Palpação – musculatura paraespinal, 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 ângulo de 60°; dor antes de se elevar ao ângulo de 60° indica acometimento do nervo ciático), exame motor (caminhar sobre os calcanhares e ponta dos pés).

4.12.2 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.

Obs.: evite pedir Raio X desnecessariamente.

4.12.3 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.)



Quadro 4.43 – Medicamentos utilizados para o tratamento da dor lombar

Classe	Representantes	Dose e intervalos
Analgésicos	Paracetamol	500 mg (4/4h) ou 750 mg (6/6h)
AINES	Diclofenaco	50 mg (8/8h)
	Ibuprofeno	200-600 mg (4-6h) – dose máx. 1.200 mg
Relaxantes musculares	Ciclobenzaprina	10 mg, 8/8h
	Tizanidina	4-8 mg, 8/8h
	Diazepan	5 mg, 12/12h
Opioides	Codeína	30-60 mg, 6/6h

Fonte: (Adaptado: DEYO; WEINSTEIN, 2001)

Qualquer paciente que não melhorou após um mês de tratamento conservador deve ser reavaliado e, se necessário, encaminhado.

Encaminhamentos
• Imediato • Síndrome da cauda equina • Déficit neurológico progressivo • Déficit 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

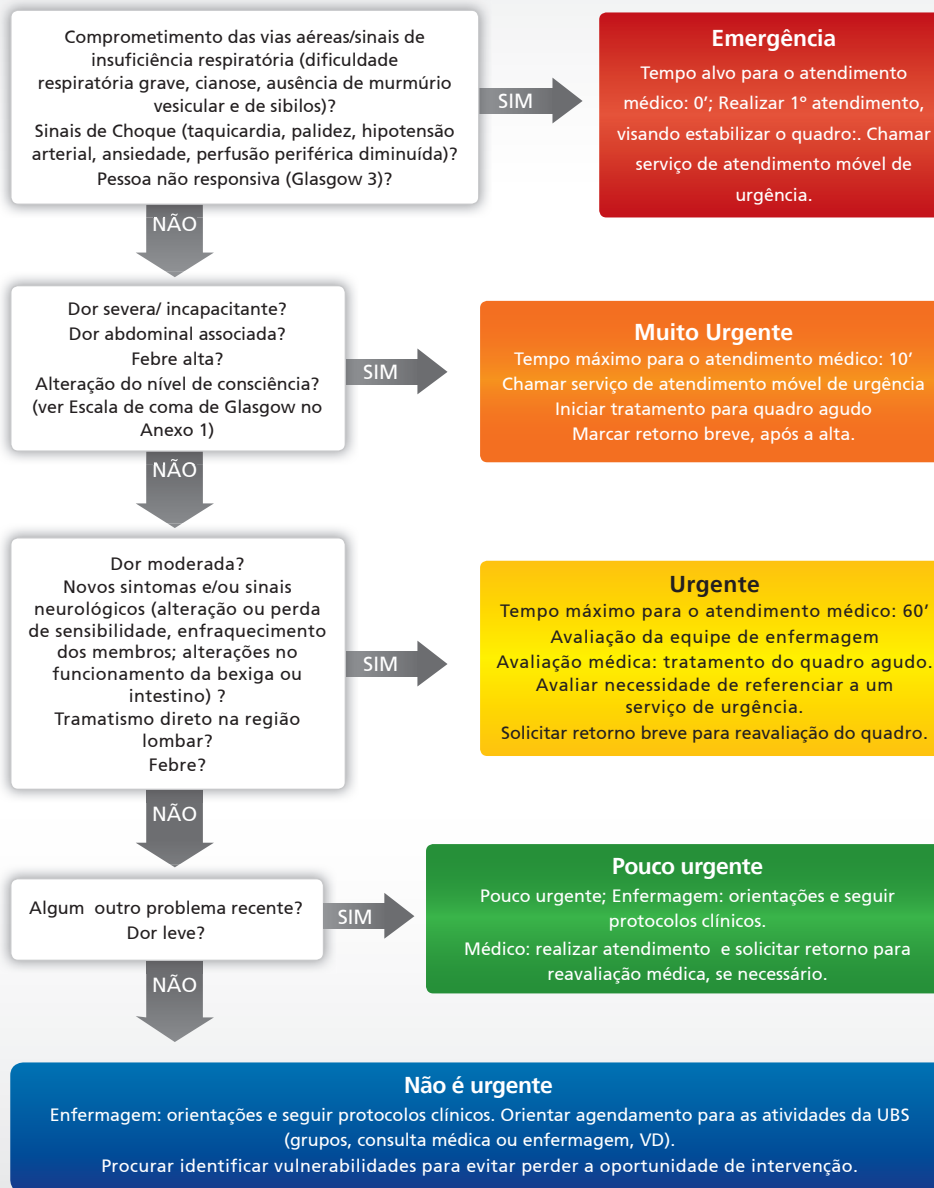
- Informações que devem ser ditas aos pacientes
 - Informações sobre saúde da coluna
 - Como levantar e pegar peso
 - Como dormir, altura de travesseiros, condições do colchão
 - Exercícios para entrar em forma e para prevenir recorrências
 - Retornar para reavaliação com duas e quatro semanas realizando 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

4.12.4 Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes com quadro de dor lombar aguda que procuram atendimento na APS.

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco do paciente com dor lombar aguda assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Fluxograma 4.12 – Atendimento com classificação de risco do paciente com dor lombar aguda assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997).



4.13 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.

143

4.13.1 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? hemátese? 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.

4.13.2 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 4.44 – 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 < 2-10 minutos	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 < 20 min, menor tolerância para esforço	Encaminhar para serviço de pronto-socorro/UPA
	Infarto agudo do miocárdio	A mesma clínica da angina, porém pode ser mais intensa	Início súbito, geralmente durando 30 min 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

continua



continuação

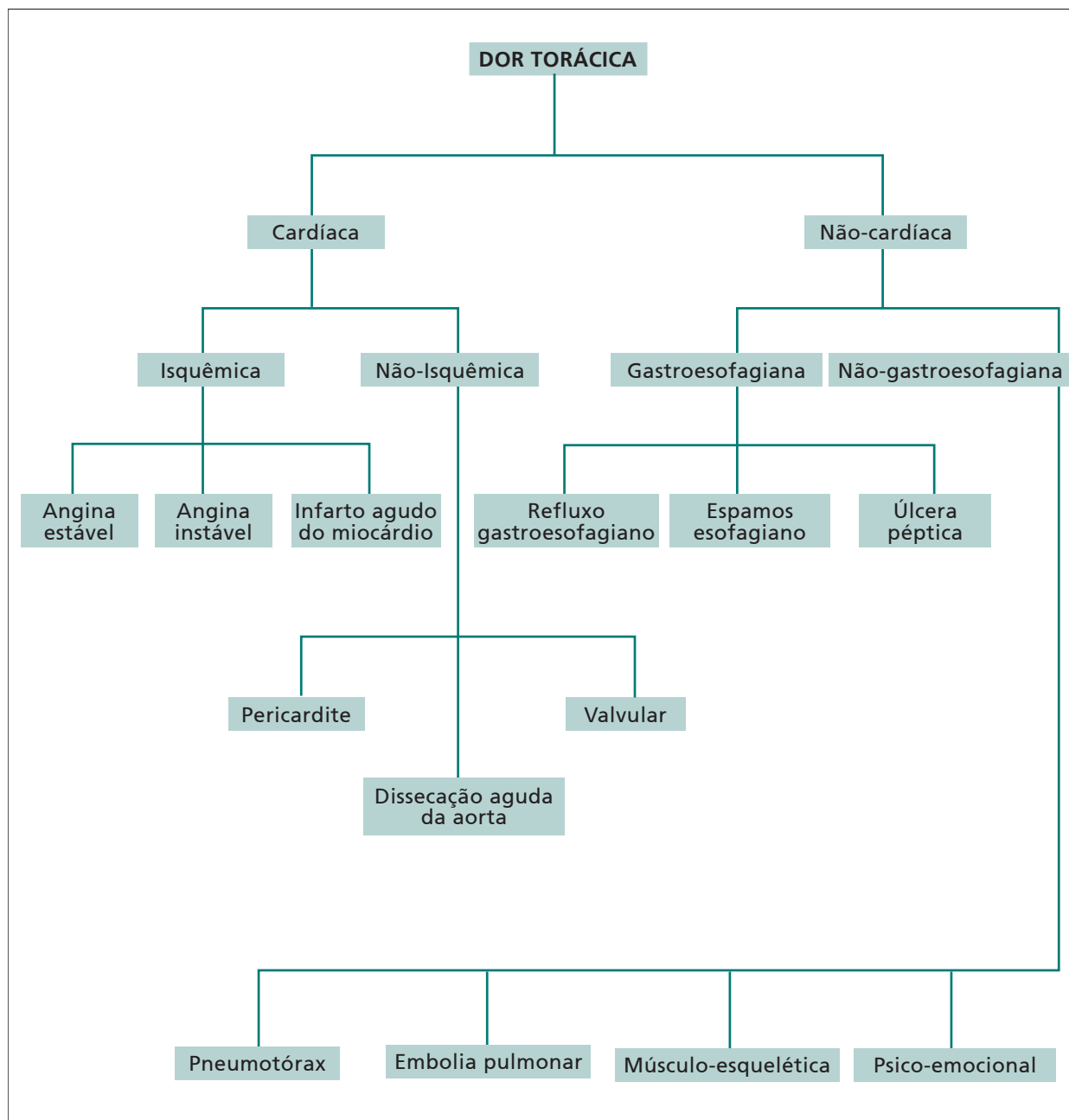
Sistema	Síndrome	Descrição clínica	Características-chave definitivas	Conduta no atendimento da demanda espontânea nas UBS
	Pneumotórax espontâneo	Início súbito de dor pleurítica unilateral, com dispneia	Início abrupto de dispneia e dor, presença de timpanismo à percussão; MV abolido no hemitórax comprometido; pode haver descompensação hemodinâmica	Encaminhar para serviço de pronto-socorro/UPA
Gastrointestinal	Refluxo esofágico	Desconforto em queimação retroesternal e epigástrico, 10-60 min 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. 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
Musculoesquelético	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 costochondral	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 dermatomo	Rash vesicular, distribuição em dermatomo	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: (Adaptado: DUNCAN et al., 2004; BASSAN et al., 2002)



O algoritmo abaixo 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.

146



Algoritmo 4.3 – 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.





4.13.2.1 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 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 precipitante 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 abdômen;
- 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 SCA 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 SCA

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 remoção;





- Até o momento da remoção, o paciente não deve fazer esforço físico e deve ser tranquilizado.
- Não permitir ingesta 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: O₂ inalatório em máscara a 6-8 L/min, especialmente se sinais de hipoxemia, como cianose perioral, confusão mental.

Nitratos

Dose: 5 mg do dinitrato de isossorbida por via sublingual, podendo ser repetido 5-10 min após, se não houver alívio da dor, até o máximo de 15 mg (redução significativa de 5,5% na mortalidade hospitalar).

Ácido Acetil Salicílico

Dose inicial: 100 a 300 mg 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.

4.13.2.2 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”).





4.13.2.3 Dor torácica de origem gastrointestinal

As doenças do esôfago podem mimetizar a doença coronariana crônica e aguda. Pacientes com refluxo esofágico 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 ou retroesternal. 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).

4.13.2.4 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 costovertebrales 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 dispnéia 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 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).

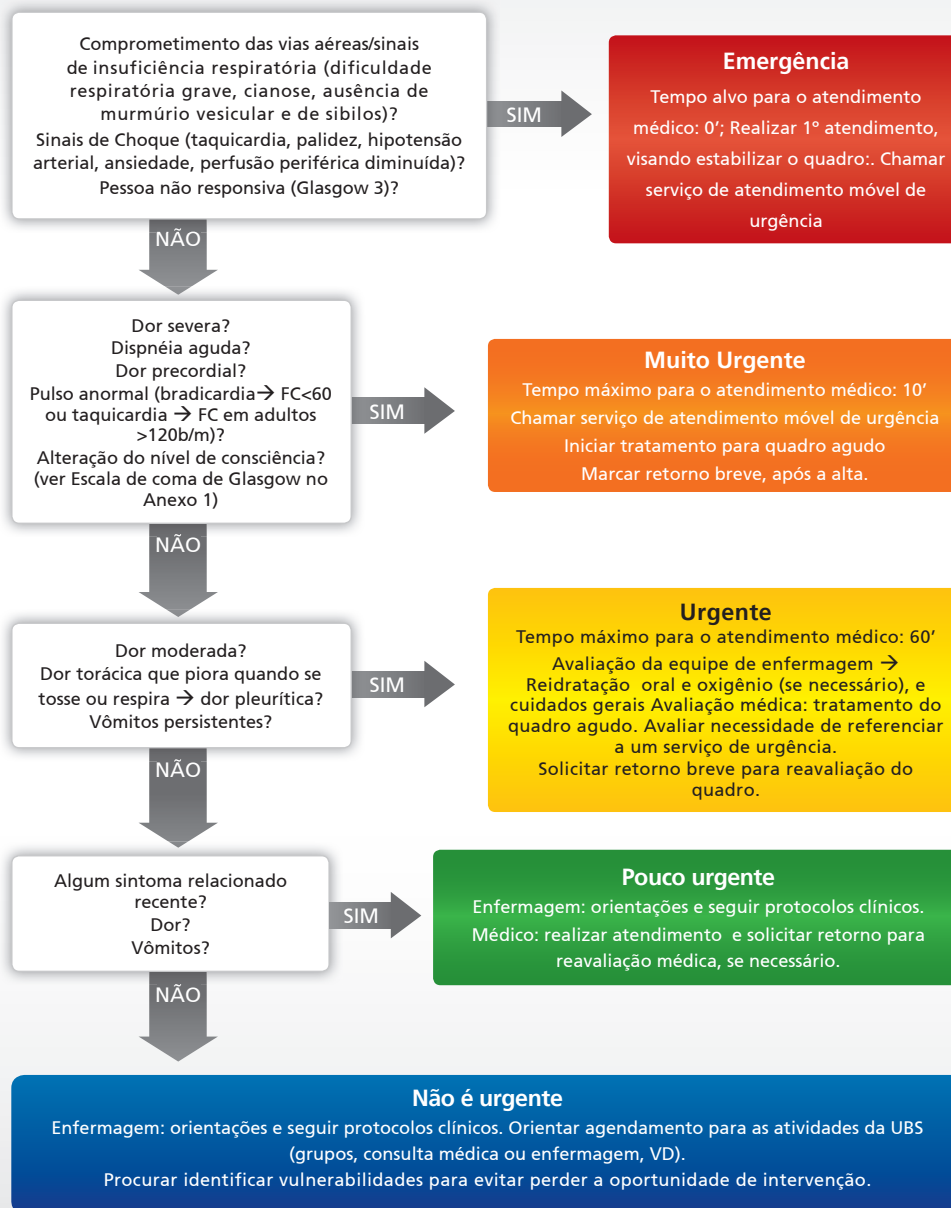
4.13.3 Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes com quadro de dor torácica aguda que procuram atendimento na APS.



Fluxograma para o atendimento com classificação de risco do paciente com dor torácica aguda assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Fluxograma 4.13 – Atendimento com classificação de risco do paciente com dor torácica aguda assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997).



4.14 Hipertensão arterial sistêmica – alterações agudas

Este capítulo aborda questões relativas ao manejo das elevações agudas do nível pressórico do paciente na Unidade Básica de Saúde. Logo, as questões relativas ao acompanhamento do paciente hipertenso não serão abordadas neste Caderno.

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 arterial coronária (DAC), na insuficiência cardíaca (IC), na insuficiência renal crônica (IRC), na retinopatia hipertensiva 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.

4.14.1 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 que ocorrem 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 remoção do paciente imediatamente.
 - *Urgências hipertensivas:* há elevação importante da pressão arterial, em geral pressão arterial diastólica > 120 mmHg, 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.





- **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-socorro os casos de emergência hipertensiva e os casos de urgência que necessitem de exames complementares para monitorização adequada (pré-eclâmpsia, por exemplo) ou que não respondem ao tratamento instituído ou apresentam piora.

4.14.2 Diagnóstico

4.14.2.1 Classificação da pressão arterial em adultos

Primeiramente relembremos a classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos (ver Quadro 4.45).

Quadro 4.45 – 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 situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, [2010])





4.14.2.2 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:

- 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 O₂, 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.

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.

Eclampsia

- 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 drogas e o controle clínico e laboratorial devem ser adequados a cada condição clínica específica.

4.14.3 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 4.46, com as orientações gerais de conduta para as equipes de Atenção Primária à Saúde frente à classificação da alteração do nível pressórico.

Quadro 4.46 – 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. In: 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-socorro, 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. 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.

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 não programados 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.

Quadro 4.47 – Principais fármacos usados em crises hipertensivas

Fármaco	Classe	Início de ação	Dose	Via	Principais indicações	Efeitos adversos
Furosemida	Diurético	5-15 min	20 – 40 mg	EV	Edema agudo de pulmão	Depleção de volume, hipocalcemia
Captopril	IECA	15 min	6,25 a 50 mg	VO	Urgências hipertensivas	Piora da função renal
Clonidina	β -agonista central	30 min – 2 horas	0,2 mg 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 angiotensina; VO: via oral; min: minutos.

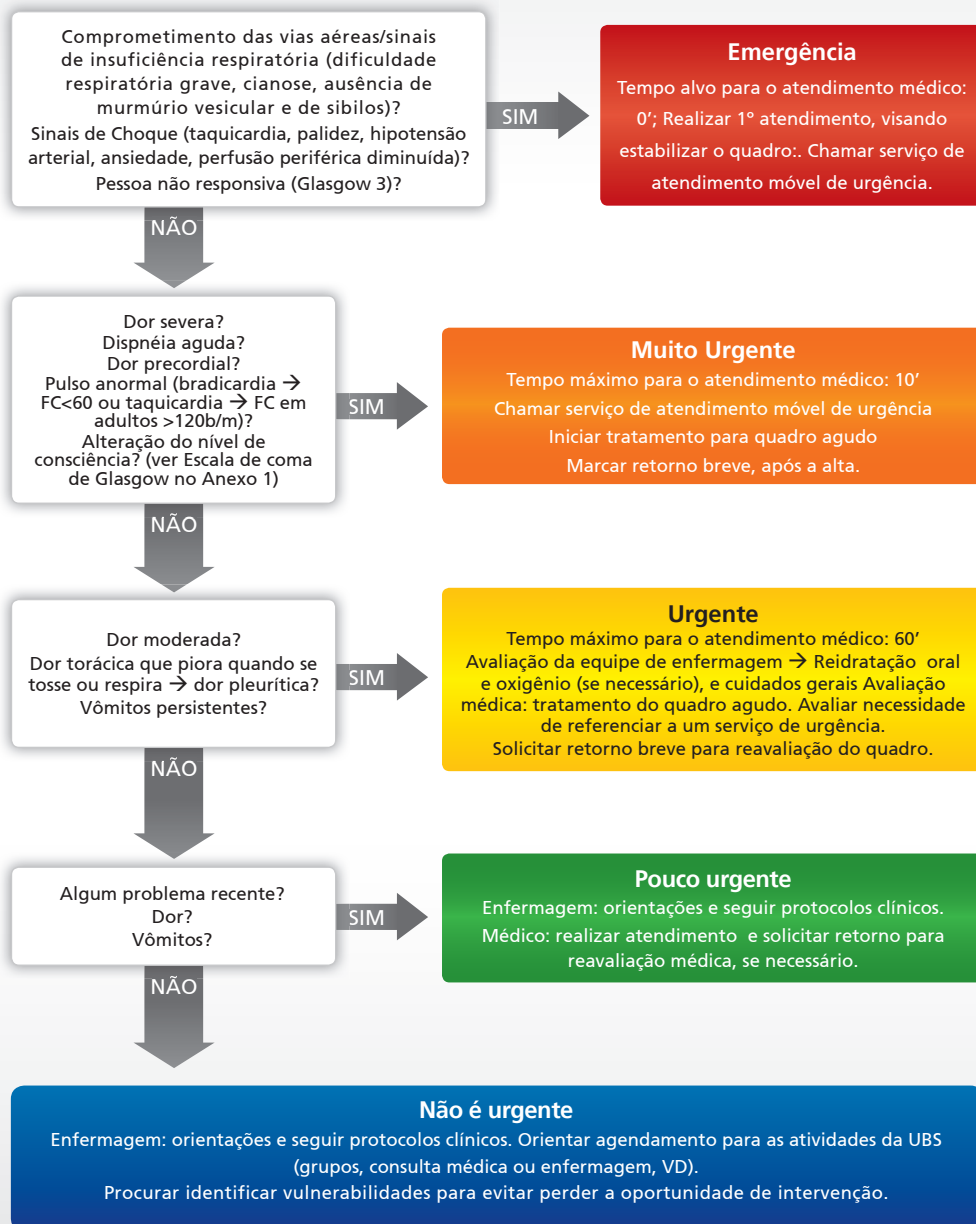
Fonte: (OLMOS; MARTINS, 2007)

4.14.4 Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes hipertensos.

Fluxograma de Atendimento com Classificação de risco dos casos de hipertensão assistidos pelas equipes de Atenção Primária à Saúde

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Fluxograma 4.14 – Atendimento com classificação de risco dos casos de hipertensão assistidos pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997.)



4.15 Intoxicações agudas por plantas tóxicas e medicamentos

4.15.1 Medicamentos

4.15.1.1 Introdução

157

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 nas exposições 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 Assistência Toxicológica (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 domicílio, passando pelas questões das relações familiares, como doença grave na família, perda de parentes no último mês, gravidez, mudança 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.

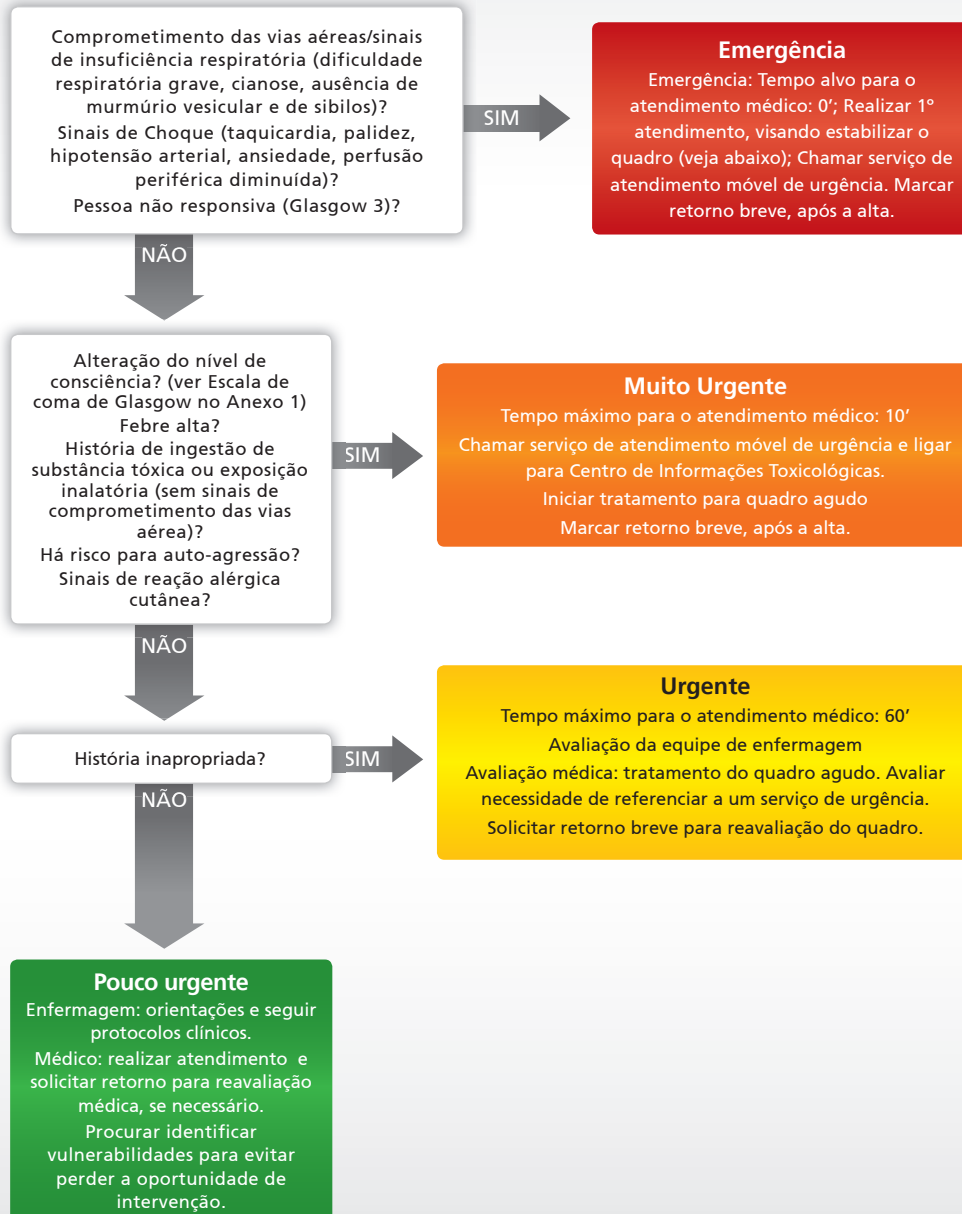
O aparecimento das manifestações de intoxicação/envenenamento, na maioria das vezes, é súbito. Entretanto, normalmente há um tempo que delimita o início dos sinais e sintomas a partir da ingestão de algum produto, interação com uma substância desconhecida, picada ou contato com animais peçonhentos ou 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.



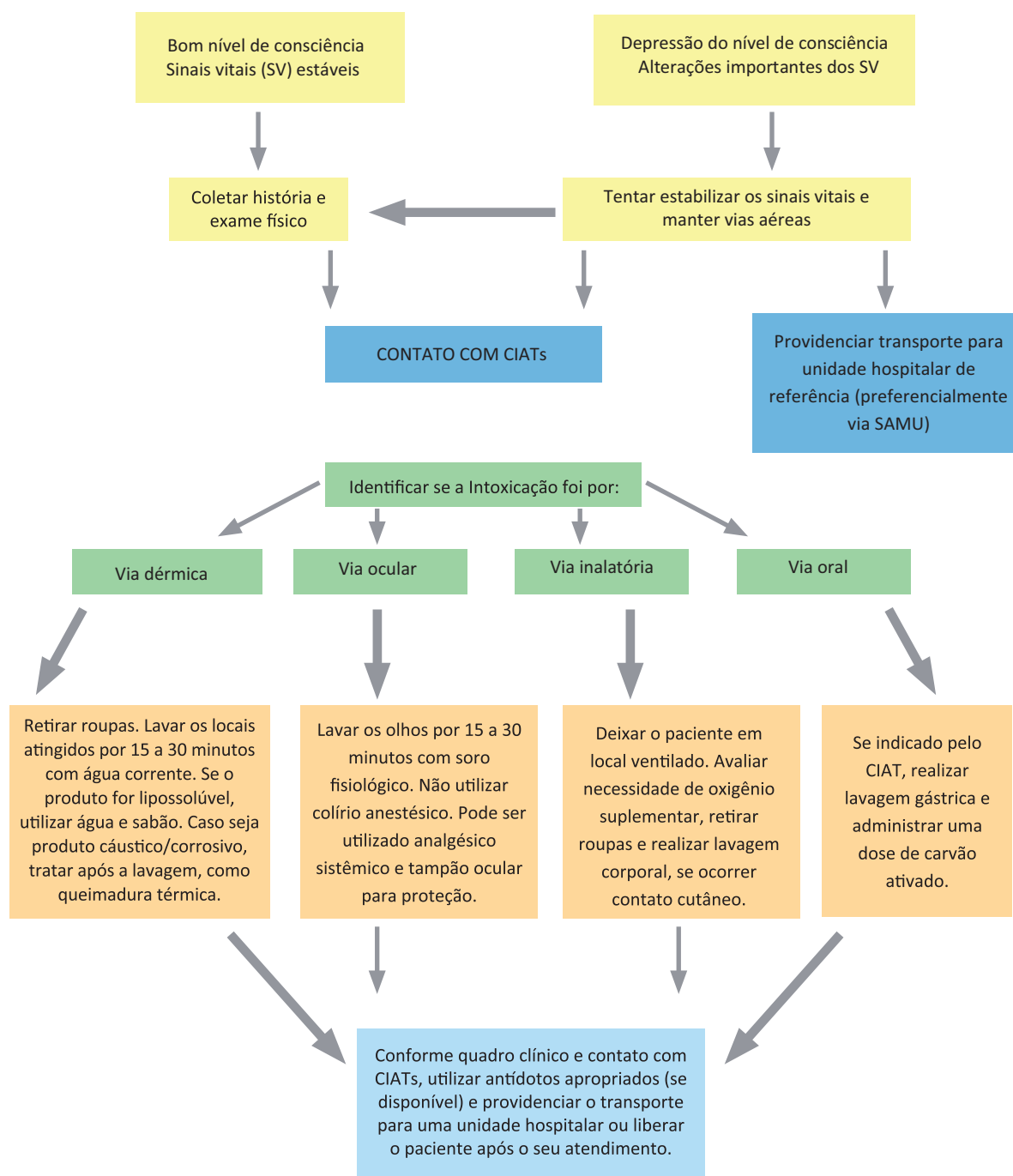
Fluxograma para o atendimento com classificação de risco do paciente com suspeita ou sinais de intoxicação

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Fluxograma 4.15 – Atendimento com classificação de risco do paciente com suspeita ou sinais de intoxicação.

Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997).



Algoritmo 4.4 – Abordagem inicial do paciente intoxicado ou com suspeita de intoxicação



ENCAMINHAMENTO: para todo paciente que apresentar quadro de instabilidade hemodinâmica, depressão do nível de consciência ou outros sinais de gravidade (convulsões, hipertermia acentuada, alterações de ritmo cardíaco etc.), deve ser fornecido o suporte inicial e providenciado rapidamente o transporte, preferencialmente via SAMU, para uma unidade hospitalar de referência. Também conforme contato com CIATs, se o agente tóxico e as doses envolvidas forem ameaçadoras à vida, independentemente do quadro clínico inicial, deve-se providenciar a transferência.

4.15.1.2 Detalhes da 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 em 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.** Caso o paciente esteja grave (depressão importante do nível de consciência, alterações dos sinais vitais) e o serviço de saúde não contar com meios para o atendimento, deve-se providenciar a transferência a uma unidade de referência o mais rápido possível.

Entre as prioridades, o mais importante é manter a permeabilidade das vias aéreas. Posteriormente, deve-se canular uma veia periférica, de preferência com agulha calibrosa, e realizar glicemia capilar para excluir hipoglicemia.

Caso ocorra hipoglicemia, esta deve ser tratada com glicose hipertônica endovenosa. É importante ressaltar que, se houver suspeita de etilismo crônico, a administração de glicose deve ser precedida pela utilização de tiamina (vitamina B1, na dose de 100 mg, via EV), em virtude do risco de precipitação da encefalopatia de Wernicke. Se o paciente estiver chocado, inicialmente, administra-se solução cristaloide (soro fisiológico 0,9% ou ringer lactato). As convulsões, se ocorrerem, devem ser tratadas com benzodiazepínicos EV e, caso não haja melhora com três doses, pode ser utilizada outra droga, preferencialmente o fenobarbital EV.

A hipertermia é tratada com medidas físicas, visto que nas intoxicações a temperatura não diminui com o uso de antitérmicos. Sendo assim, devem-se retirar as roupas do paciente, utilizar compressas de água fria, gelo e ventiladores para aumentar a perda de calor.

Caso o paciente esteja agitado, é importante controlar a agitação com o uso de benzodiazepínicos para minimizar o esforço do paciente, diminuindo as chances de hipertermia. 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.

A agitação psicomotora pode ser secundária à hipóxia, à hipoglicemia ou à ação direta do agente intoxicante. Devem-se tratar os dois primeiros, caso ocorram. Podem ser utilizados benzodiazepínicos para sedação caso a hipóxia e a hipoglicemia forem excluídas ou corrigidas.





Após as medidas iniciais, deve-se efetuar exame físico que inclua o exame neurológico, bem como a anamnese com acompanhantes ou socorristas. Posteriormente, de acordo com o caso, deve ser iniciado o tratamento específico para as intoxicações, que pode incluir medidas de descontaminação (lavagem corporal, ocular, lavagem gástrica, uso de carvão ativado), aumento de eliminação (alcalinização urinária, hemodiálise, hemoperfusão), utilização de antídotos específicos, caso existirem. Deve-se também realizar diagnóstico diferencial para outras causas e ficar atento à possibilidade de trauma associado.

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 deu-se 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 ficar atenta ao tipo de tóxico que foi utilizado e, caso necessário, solicitar o mais rápido possível um serviço de remoção para a transferência segura do paciente.

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 gastrointestinal: justifica-se a descontaminação em situações onde ocorre ingestão de 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 paciente ingeriu o agente tóxico. É comum, inclusive, não sabermos exatamente todas as substâncias que 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 lavagem gástrica é o procedimento de escolha, acompanhado ou não do uso do carvão ativado. Algumas substâncias 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, diminuindo a absorção gastrointestinal. 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 1 g de CA por kg de peso, diluído em oito a dez ml de líquido. No entanto, no adulto tem-se utilizado um máximo de 50 g diluídos em 400 a 500 ml. 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, carbamazepina, neurolépticos, dapsona, organofosforados, organoclorados, antidepressivos tricíclicos, hormônios tireoideanos e agentes de liberação lenta). Nos casos de intoxicação por paraquate, o melhor adsorvente é a Terra de Füller, 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.

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 adsorvíveis pelo CA e que ameacem a vida;
- Gestantes, recém-nascido e pacientes muito debilitados.

Complicações

- Vômitos;
- Broncoaspiração;
- Constipação e obstrução intestinal.

4.15.1.3 Uso de antídotos

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. No Quadro 4.48, são mostrados os principais antídotos e suas respectivas indicações. O uso adequado poderá ser orientado pelos CIATs.

Quadro 4.48 – 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 gastrointestinal (adsorvente)
		Anticorpos antidigoxina	Intoxicações 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) Aumenta a eliminação de salicilatos, clorpropamida, fenobarbital, metanol, herbicidas clorofenoxiácidos
	Biperideno	Biperideno	Liberação do sistema extrapiramidal por fenotiazinas, butirofenonas, metoclopramida e bromoprida
		Deferoxamina	Ferro

continua

continuação

ANTÍDOTOS			INDICAÇÕES
UBS	SAMU	HOSPITAL	
Sulfato de atropina		Dimercaprol	Arsênico, mercúrio, chumbo
		EDTA cálcico	Chumbo
		Etanol (álcool absoluto) ou 4-metilpirazol (fomepizole)	Metanol, etilenoglicol
		Vitamina K	Cumarínicos e derivados da indandiona
	Flumazenil	Flumazenil	Intoxicações puras e graves por benzodiazepínicos
		Glucagon	Intoxicações por betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio
		N-acetilcisteína	Paracetamol
	Naloxona	Naloxona	Opioides
	Hidroxibalamina, nitrito de sódio, tiosulfato de sódio	Hidroxibalamina, nitrito de sódio, tiosulfato de sódio	Cianetos
		Octreotide	Overdoses por hipoglicemiantes 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 (carbamatos e organofosforados)
		Sulfato de protamina	Neutralizador da heparina

Fonte: (ANDRADE FILHO; CAMPOLINA, 2001)

4.15.1.4 Síndromes tóxicas

No Quadro 4.49 estão listadas as principais síndromes tóxicas, os agentes envolvidos, sinais e sintomas mais importantes e o tratamento recomendado.

4.15.1.5 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.

Quadro 4.49 – Síndromes tóxicas

Síndromes 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 convulsões, indica-se o uso de benzodiazepínicos

continua



continuação

Síndromes tóxicas	Agentes	Sinais e sintomas	Tratamento
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. 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, 2001)



4.15.1.6 Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATS)

Atualmente estão em funcionamento 37 Centros de Informação e Assistência Toxicológica distribuídos em 20 Estados brasileiros (Quadro 4.50) 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 (UPA) e Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para abordagem ao paciente intoxicado/envenenado, incluindo orientações atualizadas da indicação dos procedimentos de descontaminação gastrointestinal, 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);
- 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 4.50 – 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 (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

continua

Cidade/Estado	Centro	Telefone
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 (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- 8655/3381- 2996/3386-2558
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- 7850/3617-7800
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- 5050/3255-5012
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 – CCI- Londrina	(43) 3371-2244
Manaus/AM	Centro de Informações Toxicológicas do Amazonas – CIT/AM	(92) 3622- 1972/3621-6502/ 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- 9100/2101-9127
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- 0521/2717-0148
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
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

continua

continuação

Cidade/Estado	Centro	Telefone
Santos/SP	Centro de Controle de Intoxicações de Santos – CCI/Santos	(13) 3222-2878
São Jose 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])

4.15.2 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. A espécie de *Dieffenbachia* (comigo-ninguém-pode) ocupa o primeiro lugar nas intoxicações provocadas por 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*)



Copo-de-leite (*Zantedeschia aethiopica*)

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, seguida 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, dispneia 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 corticosteroide 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:

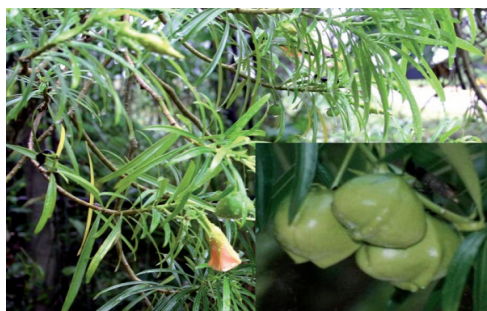
- Banana-de-macaco (*Monstera deliciosa*)
- Cipó-imbé, filodendro, imbé, banana-de-macaco (*Philodendron bipinnatifolium*)
- Cheflera-pequena (*Schefflera arboricola*)
- Taioba-brava, cocó, taió, tajá (*Colocasia antiquorum*)



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. Gastrointestinais: náuseas, vômitos, cólicas, hipocalcemia, diarreia sanguinolenta. Cardíacas: arritmias (fibrilações atriais e ventriculares), bloqueio, extrasístoles, taquicardias, parada cardíaca. Neurológicas: perda de equilíbrio, tonturas, cefaleia, torpor, convulsões e coma.

Tratamento: em casos de ingesta 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, no Caderno de Atenção Primária de "Procedimentos na Atenção Primária".

Outras plantas com potencial semelhante de intoxicação:

- Dedaleira, digital, luva-de-Nossa-Senhora (*Digitalis purpúrea*)
- Azaleia (*Rhododendron sp*)
- Oficial-de-sala, cega-olho, paina-de-sapo (*Asclepias curassavica*)

PLANTAS QUE CONTÊM GLICOSÍDEOS CIANOGENÊNICOS



Mandioca-brava, mandioca-amarga, maniva (*Manihot utilissima*)

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: gastrointestinais: 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.





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 escopolamina, 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, no Caderno de Atenção Primária de "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 sisymbirifolium*)
- Doce-amarga (*Solanum dulcamara*)

PLANTAS QUE CONTÊM TOXOALBUMINAS



Mamona, carrapateiro, palma-de-cristo, rícino (*Ricinus communis*)



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 hidroeletrólítico e ácido básico. Se necessário, administrar antiespasmódicos e antieméticos.

Ver capítulo de lavagem gástrica, no Caderno de Atenção Primária de "Procedimentos na Atenção Primária".

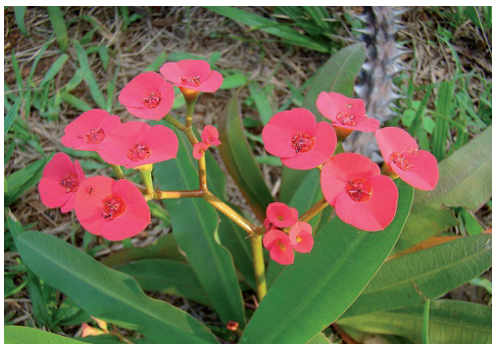
Outras plantas com potencial semelhante de intoxicação:

- Jequiriti, olho-de-cabra, grãos-de-rosário, alcaçuz-da-América (*Abrus precatorius*)





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 diarreia. 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 heterophylla*)



PLANTAS QUE CONTÊM ALCALOIDES PIRROLIZIDÍNICOS



Confrei (*Symphytum officinale*)

Mecanismo de ação: álcool pirrolizidínico, produto da hidrólise e oxidação dos alcaloides. Reage com o DNA, levando a lesões hepáticas, obstrutivas e tumorais.

Manifestações clínicas: intoxicação aguda: rara. Intoxicação crônica: cirrose hepática (aumento de abdômen, hepatoesplenomegalia, ascite, circulação colateral visível). Na fase aguda, congestão centrolobular maciça e necrose hepática.

Tratamento: lavagem gástrica e carvão ativado indicados em ingestas grandes e recentes. Na intoxicação crônica, faz-se o tratamento das complicações e, quando a insuficiência hepática é irreversível, o único tratamento efetivo é o transplante hepático. Encaminhar os casos crônicos para acompanhamento especializado.

Ver capítulo de lavagem gástrica, no Caderno de Atenção Primária de “Procedimentos na Atenção Primária”.

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 (*Ficus carica*)
- Caju (*Anacardium 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". Essas 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)

4.15.2.1 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 principalmente nos 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.





4.16 Mordedura de animais

Nesta capítulo, serão abordados: a principal complicação clínica da mordedura, a raiva e também o tratamento do ferimento ocasionado pelo acidente.

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 de vida do animal, no caso de agressões por cães e gatos.

Durante a avaliação do usuário, deve-se classificar o acidente de acordo com as seguintes características do ferimento e do animal envolvido no acidente:

4.16.1 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;
- Lamedura 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;
- Lameduras de mucosas;
- Lameduras 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 lamedura na pele íntegra não são considerados acidentes de risco e não exigem tratamento profilático.

4.16.2 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:

- 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 10 dias – mesmo se o animal estiver sadio no momento do acidente, é importante que seja mantido em observação por 10 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 10 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, frequência e 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 (*Cavia porcellus*);
- Hamster (*Mesocricetus auratus*);
- Coelho (*Oryctolagus cuniculus*).

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.





4.16.3 Tratamento e acompanhamento

Informações gerais

180

- 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) e orientar sobre os cuidados com o animal e isolamento dele para evitar acidentes com outras pessoas. Orientar também para que, 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 que ter sempre em mão o telefone ou outro tipo de contato do serviço de vigilância em saúde, para esclarecimento de dúvidas.

Abaixo segue quadro sobre o esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular:



Quadro 4.51 – Esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular

CONDIÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR →	Cão ou gato sem 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 (inclusive os domiciliados); Animais domésticos de interesse econômico ou de produção
TIPO DE LESÃO ↓			
Contato indireto	Lavar com água e sabão Não tratar	Lavar com água e sabão Não tratar	Lavar com água e sabão Não tratar
Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta do pé), podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente; Lamedura de pele com lesões	Lavar o ferimento com água e sabão; Observar o animal durante 10 dias após a exposição. Se o animal permanecer sadio no final este período, encerrar o caso Se 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; Iniciar esquema profilático com 2 (duas) doses, uma no dia 0 e outra no dia 3. Observar o animal durante 10 dias após a exposição. Se a suspeita da raiva for descartada após o 10º dias de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 5 (cinco) dias. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dias e uma dose nos dias 14 e 28.	Lavar o ferimento com água e sabão Iniciar imediatamente o esquema profilático com 5 (cinco) doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.
Acidentes Grave: Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé; Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo; Lamedura de mucosas; Lamedura de pele onde já existe lesão grave; Ferimento profundo causado por unha de animal.	Lavar o ferimento com água e sabão; Observar o animal durante 10 dias após exposição; Iniciar esquema profilático com 2 (duas) doses, uma no dia 0 e outra no dia 3. Observar o animal durante 10 dias após a exposição. Se a suspeita da raiva for descartada após o 10º dias de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 5 (cinco) dias. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dias e uma dose nos dias 14 e 28.	Lavar o ferimento com água e sabão; Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro e 5 (cinco) doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28. Observar o animal durante 10 dias após a exposição. Se a suspeita da raiva for descartada após o 10º dias de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso.	Lavar o ferimento com água e sabão; Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro e 5 (cinco) doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.

Fonte: (BRASIL. Caderno de atenção básica, n. 22, Zoonoses, 2009)



Sobre o ferimento

- Lavar imediatamente o ferimento com água corrente, sabão ou outro detergente;
A seguir, devem ser utilizados antissépticos que inativem o vírus da raiva (como o povidine, clorexidine e álcool-iodado). 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 o soro heterólogo

A dose indicada é de 40 UI/kg de peso do paciente. Deve-se infiltrar nas lesões a maior quantidade possível da dose do soro. Quando a lesão for extensa e múltipla, a dose pode ser diluída em soro fisiológico, para que todas as lesões sejam infiltradas. Caso a região anatômica não permita a infiltração de toda a dose, a quantidade restante, a menor possível, deve ser aplicada por via intramuscular, na região glútea.

Quando não se dispuser do soro ou de sua dose total, aplicar inicialmente a parte disponível. Iniciar imediatamente a vacinação e administrar o restante da dose de soro recomendada antes da terceira dose da vacina de cultivo celular. Após esse prazo, o soro não é mais necessário.

O uso do soro não é necessário quando o paciente recebeu esquema profilático completo anteriormente. No entanto, em situações especiais, como pacientes imunodeprimidos ou dúvidas com relação ao esquema profilático anterior, se houver indicação, o soro deve ser recomendado.

Após receber o soro heterólogo, o paciente deverá ser observado pelo prazo de duas horas.

Eventos adversos – 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.



**Eventos adversos que podem ocorrer após a administração do soro heterólogo:**

- Manifestações locais – dor, edema e hiperemia e, mais raramente, presença de abscesso. São as manifestações mais comuns, normalmente de caráter benigno. Conduta: não é necessário notificar. Deve ser feito tratamento local, com o objetivo de diminuir a dor, a tumefação e a vermelhidão;
- Manifestações imediatas – choque anafilático. Manifestação rara que pode ocorrer nas primeiras duas horas após a aplicação. Os sintomas mais comuns são formigamento nos lábios, palidez, dispneia, edemas, exantemas, hipotensão e perda de consciência. Conduta: notificar e investigar. Substituir o soro por imunoglobulina antirrábica. Cuidado intensivo;
- Manifestações tardias: ocorrem com mais frequência até a segunda semana após a aplicação do soro;
- Doença do soro – caracterizada por edema e eritema no local de aplicação do soro, febre, mioartralgia (poliartrite serosa), astenia, cefaleia, sudorese, desidratação, exantema com máculas e pápulas pruriginosas, enfartamento e inflamações ganglionares e, mais raramente, vasculite e nefrite;
- Reação de Arthus – caracterizada por vasculite local acompanhada de necrose, dor, tumefação, rubor e úlceras profundas. Também é um quadro muito raro. Conduta: notificar e investigar. Deve ser feito acompanhamento clínico por serviço especializado.

Com o conhecimento existente na literatura, disponibilidade e pela experiência acumulada, é possível inferir que o teste de sensibilidade ao soro heterólogo tem valor preditivo baixo e, por isso, não é indicado. A conduta mais importante antes de sua administração é rigoroso interrogatório sobre os antecedentes do paciente, avaliando:

- Ocorrência e gravidade de quadros anteriores de hipersensibilidade;
- Uso prévio de imunoglobinas de origem equídea;
- Existência de contatos frequentes com animais, principalmente com equídeos, por exemplo, nos casos de contato profissional (veterinário) ou por lazer.

Em caso de resposta afirmativa a um dos itens anteriores, classificar o paciente como de risco e considerar a possibilidade de substituição do soro heterólogo pelo soro homólogo (imunoglobulina humana antirrábica), se disponível. Caso não haja disponibilidade de soro homólogo, aconselha-se a pré-medicação desse paciente antes da aplicação do soro heterólogo.

Antes da administração do soro heterólogo, aconselha-se sempre a seguinte rotina, para qualquer paciente:

- Garantir bom acesso venoso, mantendo-o com soro fisiológico a 0,9% (gotejamento lento);
- Dentro das possibilidades, é conveniente deixar preparado:
 - Laringoscópio com lâminas e tubos traqueais adequados para o peso e idade;
 - Frasco de soro fisiológico e/ou solução de ringer lactado;
 - Solução aquosa de adrenalina (preparada na diluição de 1:1 mil) e de aminofilina (10 ml = 240 mg).





Pré-medicação – na tentativa de prevenir ou atenuar possíveis reações adversas imediatas em pacientes de risco, podem ser utilizadas drogas bloqueadoras dos receptores H1 e H2 da histamina (anti-histamínicos) e um corticosteroide em dose anti-inflamatória.

Imunoglobulina humana antirrábica – soro homólogo

184

A dose indicada é de 20 UI/kg de peso. Deve-se infiltrar a maior quantidade possível na(s) lesão(ões). Quando ela for muito extensa e múltipla, a dose indicada pode ser diluída em soro fisiológico para que todas as lesões sejam infiltradas. Caso a região anatômica não permita a infiltração de toda a dose, a quantidade restante, a menor possível, deve ser aplicada por via intramuscular, na região glútea.

Eventos adversos ligados à imunoglobulina antirrábica

Manifestações locais – pode provocar reações de caráter benigno, como dor, edema, eritema e, mais raramente, abscesso. Conduta: não é necessário notificar. Deve ser feito tratamento local com o objetivo de diminuir a dor, a tumefação e a vermelhidão.

Manifestações sistêmicas – leve estado febril. Em presença de gamaglobulinemia ou hipogamaglobulinemia, pode ocorrer reação anafilática. Raramente, reação de hipersensibilidade. Conduta: notificar e investigar.

Notas

- 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;
- Os eventos adversos ao soro antirrábico humano (heterólogo ou homólogo) devem ser investigados e notificados ao sistema de vigilância de eventos adversos do Programa Estadual de Imunizações da Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal.

Esquema de pré-exposição

É indicado para pessoas que, por força de suas atividades profissionais ou de lazer, estejam expostas permanentemente ao risco de infecção pelo vírus da raiva, tais como profissionais e estudantes das áreas de medicina veterinária e de biologia e profissionais/auxiliares de laboratórios de virologia e/ou anatomia patológica para raiva. É indicado, também, para aqueles que atuam no campo na captura, vacinação, identificação e classificação de mamíferos passíveis de portarem o vírus, bem como funcionários de zoológicos.

Esquema de pré-exposição com a vacina de cultivo celular

Esquema: três doses.

Dias de aplicação: 0, 7 e 28.





Via de administração, dose e local de aplicação:

- Intramuscular profunda, utilizando dose completa, no músculo deltoide ou vasto lateral da coxa. Não aplicar no glúteo;
- Intradérmica, quando houver profissional capacitado, utilizando 0,1 ml na inserção do músculo deltoide;
- Controle sorológico: a partir do 14º dia após a última dose do esquema.

Em caso de título insatisfatório, aplicar uma dose de reforço e reavaliar a partir do 14º dia após o reforço.

A via intradérmica é recomendada para realização de esquemas profiláticos de pré-exposição, onde a vacina e os recursos financeiros são escassos, por reduzirem o volume de vacina aplicada por pessoa, levando a uma redução de custo de 60 a 80%. No entanto, essa via de administração só deve ser utilizada quando houver capacitação dos profissionais. Ainda se devem levar em conta as condições e duração do armazenamento da vacina após sua reconstituição, que é de oito horas, e o uso de seringas de 1 ml e agulhas hipodérmicas curtas.

Dessa forma, recomenda-se o uso da via intradérmica, quando é possível agendar um grupo de pessoas num horário e local predeterminado. Essa via não está indicada para pessoas que estão em tratamento com drogas que possam diminuir a resposta imunológica, tais como a cloroquina.

A seguir, o esquema de pré-exposição por via intradérmica:

- Dias de aplicação: 0, 7 e 28;
- Via de administração, dose e local de aplicação: intradérmica, quando houver profissional capacitado, utilizando 0,1 ml, na inserção do músculo deltoide;
- Aplicar 0,1 ml da vacina por via intradérmica em locais de drenagem linfática, geralmente no braço esquerdo ou direito, nos dias 0, 7 e 28.

Para certificar que a vacina por via intradérmica foi aplicada corretamente, observar a formação da pápula na pele. Se eventualmente a vacina for aplicada por via subcutânea ou intramuscular, realizar outra dose por via intradérmica.

Em caso de esquema de pré-exposição, completar as doses, mantendo os intervalos, conforme esquema recomendado, e não reiniciar nova série.

Seguimento do caso

Sobre o animal

- O período de observação de 10 (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.

4.16.4 Estratégias de prevenção

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.

Lembrar que pessoas sob risco devem tomar a vacina para evitar a doença. Esse tratamento profilático de pré-exposição é indicado para grupos de alto risco de exposição ao vírus da raiva, entre os quais ressaltamos: veterinários; vacinadores, laçadores e treinadores de cães; profissionais de laboratório que trabalham com o vírus da raiva; professores e alunos que trabalham com animais potencialmente infectados com o vírus da raiva; espeleólogos; tratadores e treinadores de animais domésticos de interesse econômico (equídeos, bovídeos, caprinos, ovinos e suínos) potencialmente infectados com o vírus da raiva.





4.16.5 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 e lúcido; 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.

187

Ver capítulo sobre Raiva no Caderno de Atenção Básica nº 22: Vigilância em Saúde: Zoonoses



4.17 Queimaduras

Este capítulo tem como objetivo **orientar as equipes de atenção primária para a assistência aos pacientes vítimas de queimaduras, abordando de forma prática:**

188

- O diagnóstico da extensão da(s) lesão(ões);
- As indicações de encaminhamentos a outros serviços;
- O tratamento adequado.

4.17.1 Introdução

As queimaduras são o maior trauma a que um ser humano pode ser exposto. 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 emocionais do paciente queimado e de sua família permanecem 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.

4.17.2 Diagnóstico

A profundidade da lesão é dependente da temperatura e duração da energia térmica aplicada à pele. O contato da pele com o calor, substâncias químicas ou eletricidade resulta na destruição do tecido em graus variáveis.

Para orientar a conduta do médico 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:

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.

Segundo grau – atinge a **derme**, podendo ser superficial e profunda, e tem como característica a presença de **flictenas** ou **bolhas** com conteúdo líquido ou colóide; 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.**

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).

189

Existem três métodos de avaliação comumente utilizados:

- A “regra dos nove”, mais comumente utilizada em adultos (Quadro 4.52);
- O esquema de Lund e Browder, mais adequado para uso em pediatria (Quadro 4.53);
- Comparação da SCQ com a região palmar (incluindo os dedos) do paciente, que corresponde a aproximadamente 1% da SCQ.

Quadro 4.52 – Regra dos nove

Área	ADULTO	CRIANÇA
Cabeça e pescoço	9%	18%
Membros superiores	9%	9%
Tronco anterior	18%	18%
Tronco posterior	18%	18%
Genitais	1%	-
Membros inferiores	18%	14%

Fonte: (LIMA JUNIOR et al., 2009)

Quadro 4.53 – 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: (LIMA JUNIOR et al., 2009)



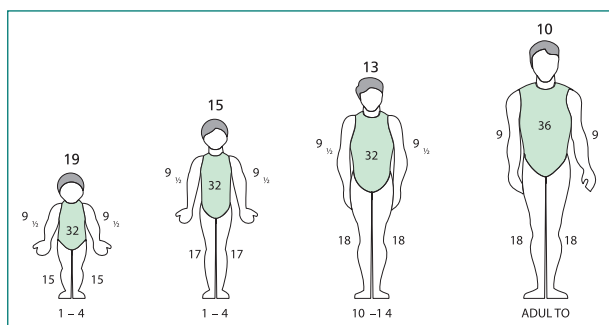


Figura 4.16 – Fonte própria

4.17.3 Tratamento

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 a uma unidade de queimados ou à unidade hospitalar mais próxima, para internação, diante das seguintes situações:

- 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 dois 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.

4.17.3.1 Tratamento de queimaduras de espessura parcial

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:

- Anamnese: como, quando, onde e com o que ocorreu a queimadura;



- Analgesia;
- Comprovação da imunização antitetânica;
- 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-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 um ano para o aparecimento de cicatrizes hipertróficas.

4.17.3.2 Tratamento de queimaduras de espessura total

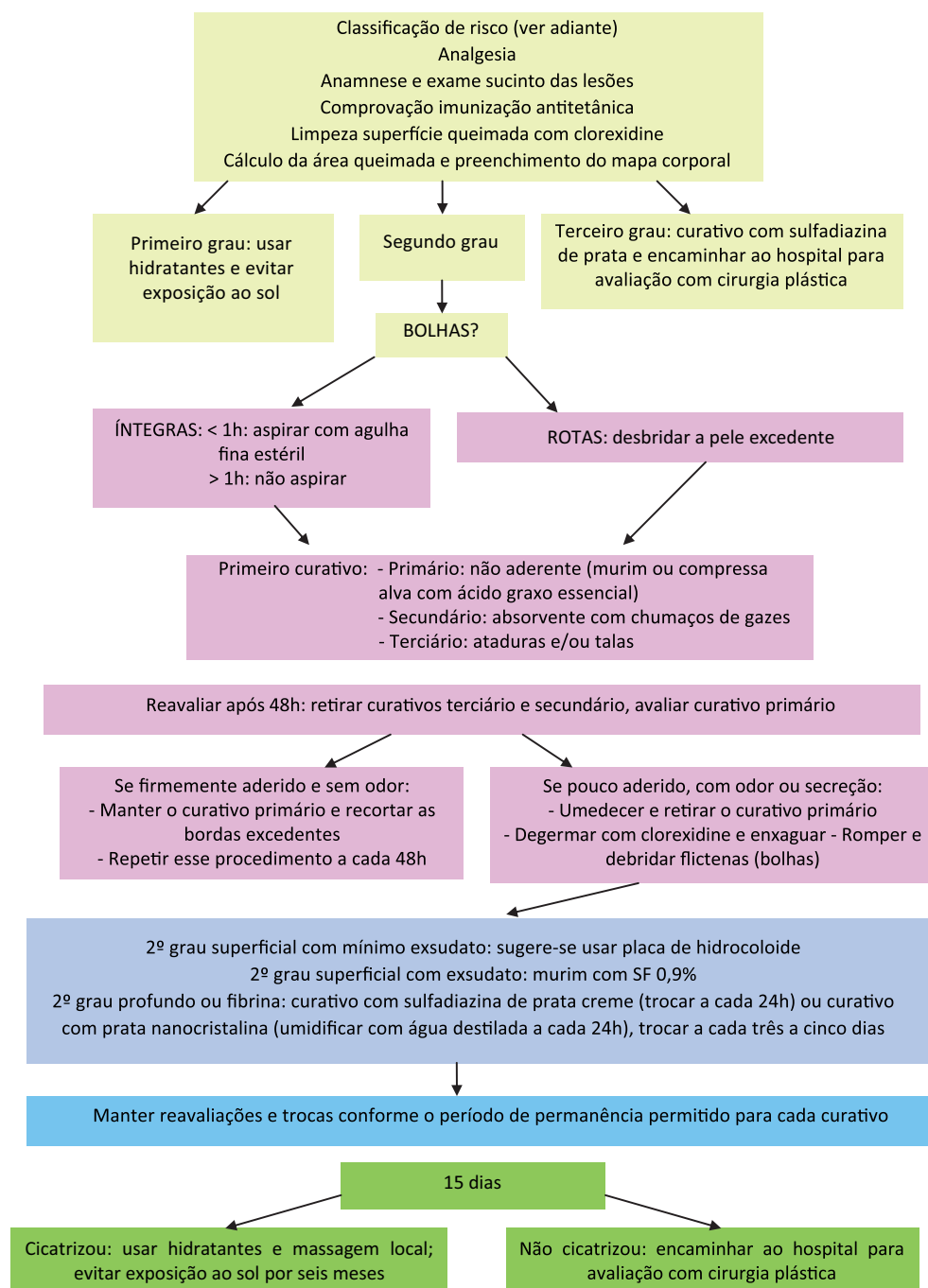
Após anamnese, exame físico, comprovação de antitetânica, analgesia, limpeza da superfície queimada e curativo não aderente, esses casos sempre deverão ser encaminhados a um pronto-socorro mais próximo e, quando da contrarreferência, o usuário deverá ser acompanhado pela equipe de saúde para o seguimento do tratamento da ferida, em conjunto com o serviço de cirurgia plástica.

O tecido queimado deve ser tratado com degermação – balneoterapia diária com clorexidina 1% – e uso de agentes antimicrobianos, como sulfadiazina de prata, para evitar a proliferação bacteriana no tecido queimado. Concentrações muito baixas são letais para a maioria dos microrganismos, agindo na membrana celular e na parede celular bacteriana.



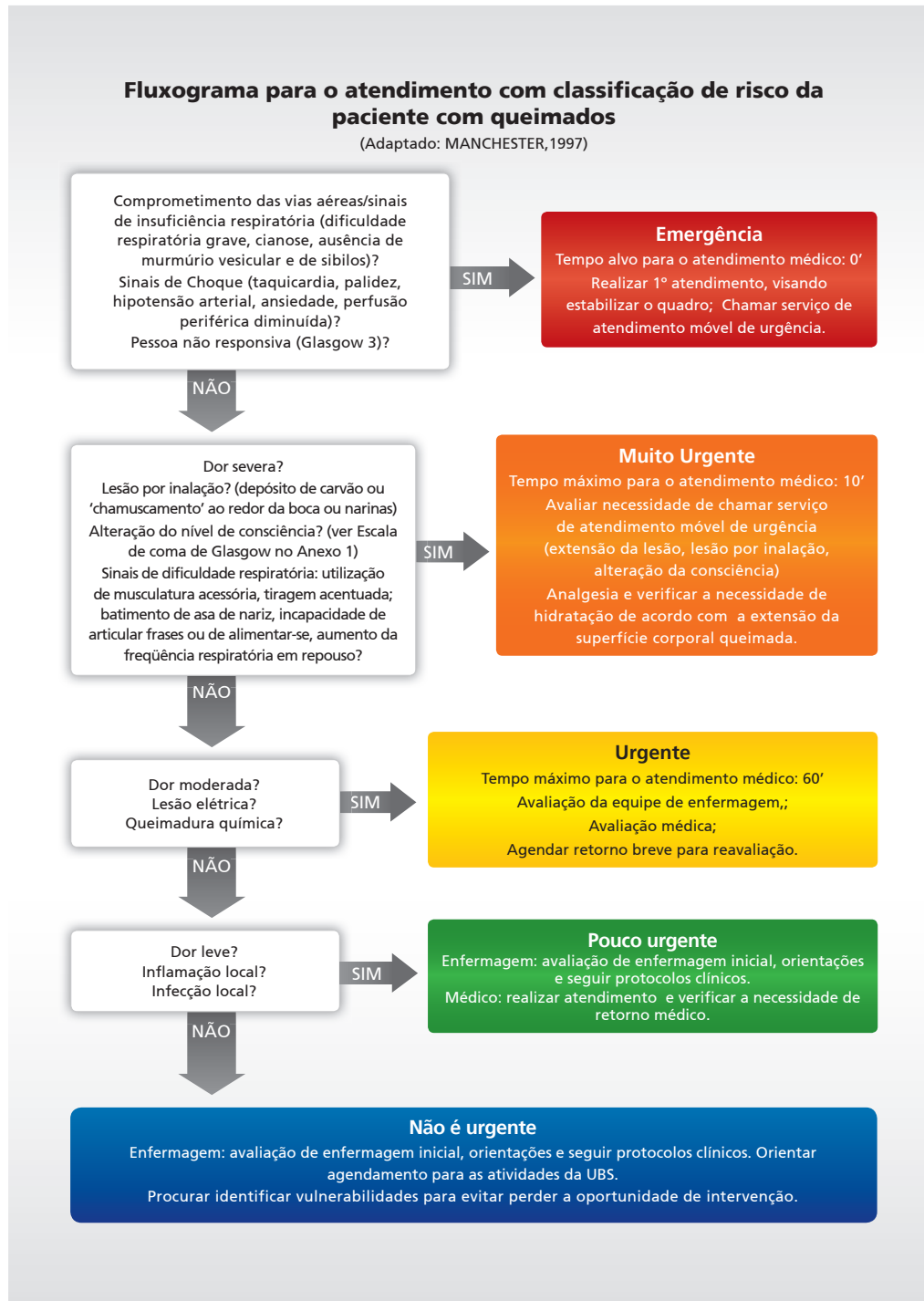
Após o enxágue da clorexidina, a sulfadiazina de prata deverá ser aplicada em uma camada fina, sobre a superfície queimada. O tratamento deve ser contínuo, com aplicação uma vez ao dia, após o banho.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM QUEIMADURA



4.17.4 Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes queimados.



Fluxograma 4.16 - Atendimento com classificação de risco dos pacientes queimados. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)



MODELO DE FICHA DE ATENDIMENTO AO QUEIMADO

Nome: _____ Idade: ____a ____m

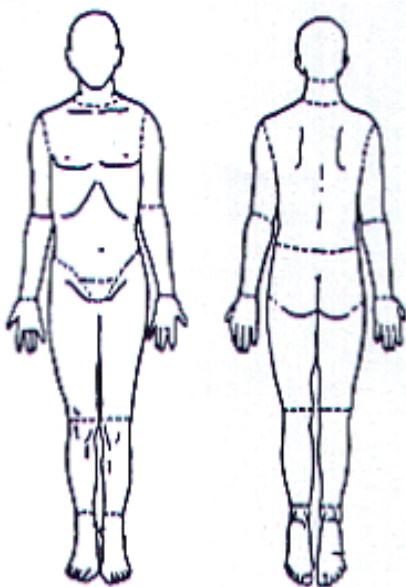
Sexo: _____ Peso: _____ kg

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: _____



ÁREA	PORCENTAGEM		
	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.





4.18 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.

195

4.18.1 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 otite média. 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 4.54) podem favorecer a ocorrência de RS por diferentes mecanismos, como: obstrução dos óstios sinusais, disfunção do transporte mucociliar e imunodeficiência.

Quadro 4.54 – Fatores predisponentes 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.

4.18.2 Rinossinusites agudas

196

4.18.2.1 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 10º 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 microorganismos *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus betaemilítico* 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 e dor 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 4.55), 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 cinco anos e os frontais por volta de 7-8 anos. A sinusite de seios frontais é incomum em menores de 10 anos.



**Quadro 4.55 - Sinais sugestivos de rinossinusite bacteriana**

Edema periorbitário, sem hiperemia ou sinais infecciosos, que, nesse caso, levantariam suspeita de alguma complicação;
Halitose, causada pela presença de secreções purulentas;
Dor à palpação facial correspondente à região dos seios paranasais (maxilar, frontal e etmoidal);
Secreção em região de meato médio ou nas fossas nasais;
Drenagem posterior de secreção mucopurulenta;
Hiperemia da parede posterior da orofaringe.

Fonte: (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008)

197

4.18.2.2 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 rinossinusite 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.

4.18.2.3 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.

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 4.56).

Quadro 4.56 – 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 $\geq 39^{\circ}\text{C}$)

Fonte: (BROOK, 2007).

Para a maioria das crianças com quadros leves a moderados, sem complicações, a droga de escolha é a amoxicilina, na dose de 45 a 90 mg/kg/dia, de oito em oito horas ou 12 em 12 horas. Para crianças com fatores de risco para infecções resistentes como: menores de dois 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 cefalosporinas de 2ª geração (ex. cefuroxime axetil, cefprozil), sulfametoxazol-trimetoprima, doxiciclina e macrolídeos (azitromicina, claritromicina). A azitromicina é usada por cinco dias, na posologia de 10mg/kg no primeiro dia e 5 mg/kg nos outros quatro, em dose única diária. Preferencialmente, os macrolídeos devem ser reservados para pacientes com reação anafilática à penicilina. O uso indiscriminado de macrolídeos pode favorecer o desenvolvimento de resistência antimicrobiana. Embora sulfametoxazol-trimetoprima e doxiciclina sejam alternativas consideradas para alérgicos a 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, independentemente de terem ou não usado antibióticos, incluem as seguintes possibilidades: altas doses de amoxicilina-clavulanato, fluorquinolonas respiratórias (levofloxacina) ou ceftriaxona, na dosagem de 1 g/dia IM 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 4.57 – Antibióticos para o tratamento da rinossinusite aguda

Antibióticos	Adultos	Crianças
Amoxicilina	1,5 a 4 g/dia, 8/8h ou 12/12h	45-90 mg/kg/dia
Amoxicilina + inibidor de betalactamase	1,5 a 4g + 250 mg/dia, 8/8h ou 12/12h	45-90 mg/6,4mg/kg/dia

continua

continuação

Antibióticos	Adultos	Crianças
Cefalosporinas de 2ª geração	500 mg-1g/dia, 12/12h	15-30 mg/kg/dia
Macrolídeos (azitromicina)	500 mg/dia, 12/12 ou 24/24h	10-15 mg/kg/dia, 1 ou 2x/dia
Sulfametaxazol-trimetoprima	1.600 mg + 320mg/dia, 12/12h	30 mg/kg+6mg/kg/dia
Ceftriaxone	1 g/dia, cinco dias, 24/ 24h	50 mg/kg/dia, cinco dias
Levofloxacino	500 mg/dia, 24/24h	

Fonte: (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008)

4.18.2.4 Complicações

As complicações de sinusite (Quadro 4.58) 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 4.58 – Complicações das rinossinusites

Orbitárias	Intracranianas	Ósseas
Celulite orbitária difusa	Meningite	Osteomielite dos ossos do crânio
Abscesso subperiósteo	Abscesso sub e extradural	
Abscesso orbitário	Abscesso cerebral	
	Tromboflebite do seio cavernoso	

Fonte: (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008)

4.18.2.5 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 recidivante ou falha clínica terapêutica devem ser encaminhados ao especialista.

4.18.3 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.



4.18.3.1 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, tosse e dispneia, acompanhada ou não por:

- 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 descondensação.

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.





4.18.3.2 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.

202

Período de transmissibilidade da influenza

Período de transmissão 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.

4.18.3.3 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 correccionais, população albergada, dormitórios coletivos, bases militares, uma mesma unidade de produção de empresa ou indústria, o mesmo setor de um hospital, entre outros.

4.18.3.4 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. De uma forma geral, a classificação de risco é um método de triagem que tenta fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, 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 a síndrome respiratória aguda grave. Por isso, idealmente, o fluxo de atendimento, seguindo classificação de risco, dos pacientes com síndrome gripal na APS está apresentado abaixo.

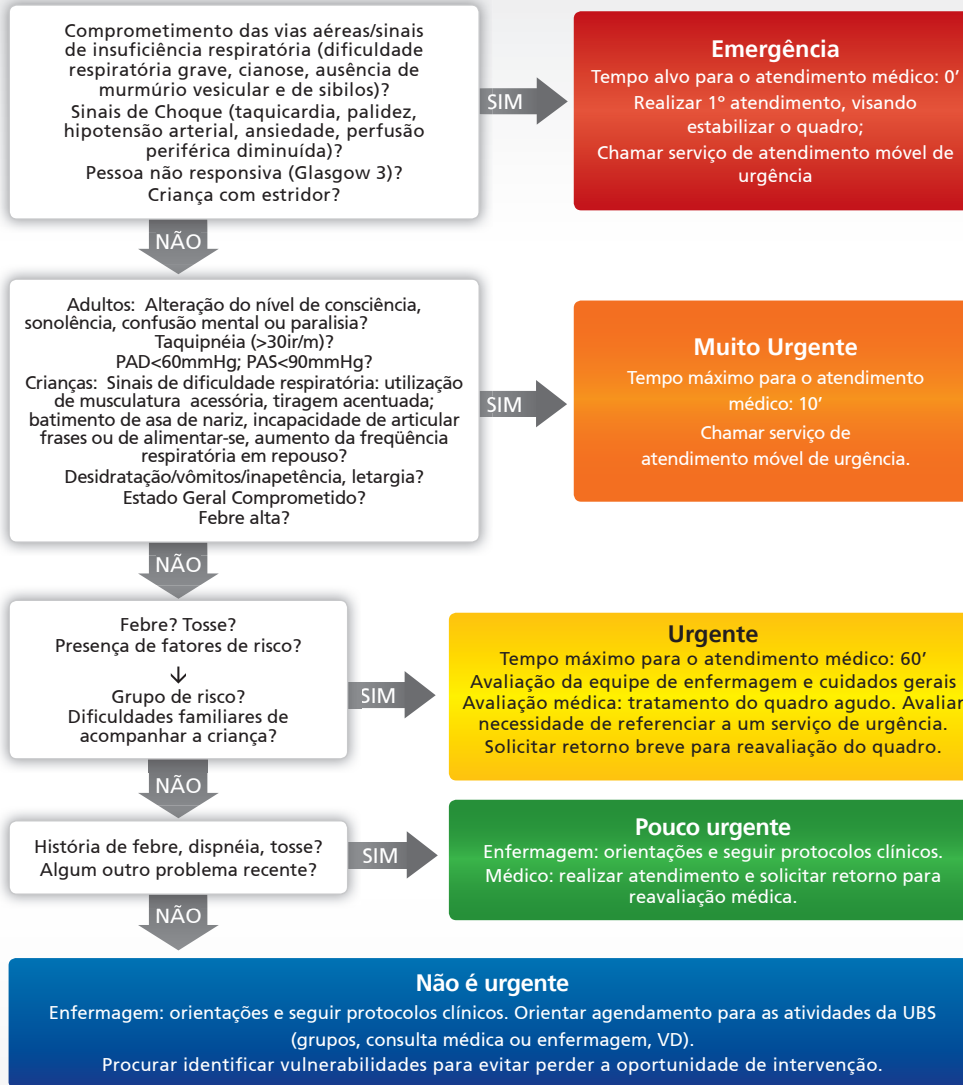
O paciente que referir sintomas gripais que der entrada a uma UBS deve ser atendido como demanda espontânea, seguindo o fluxograma de classificação de risco.

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.



Fluxograma de Atendimento com Classificação de risco dos casos de síndrome gripal assistidos pelas equipes de Atenção Primária à Saúde

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Grupo de risco – Pessoas que apresentem as seguintes condições clínicas:

- **Imuno depressão:** 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

- **Idade:** inferior a 2 ou superior a 60 anos de idade; e
- **Gestação:** independentemente da idade gestacional.

Fluxograma 4.17 – Atendimento com classificação de risco dos casos de síndrome gripal assistidos pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997).



Os indivíduos que apresentem sintomas gripais, inicialmente, devem ser acompanhados pela atenção primária. **Deverão ser encaminhados para o hospital os pacientes que apresentem 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 < 60 mmHg ou PA sistólica < 90 mmHg.

→ Avaliação em crianças

- Cianose;
- Batimento de asa de nariz;
- Taquipneia: dois meses a menor de um ano (> 50 IRPM); um a cinco 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 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. 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. Veja no final deste capítulo o fluxograma resumido dos principais pontos do atendimento dos pacientes com síndrome gripal na Atenção Primária à Saúde (APS).

4.18.3.5 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.





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 com IMC > 35 e Diabetes mellitus);
- Extremos de idade: pacientes com idade abaixo de dois anos ou acima de 60 anos.

205

ATENÇÃO!

Todos os indivíduos que apresentem fatores de risco para complicações de influenza requerem – obrigatoriamente – avaliação e monitoramento clínico constante de seu médico assistente, para indicação ou não de tratamento com oseltamivir; além da adoção de todas as demais medidas terapêuticas.

Atenção especial deve ser dado às grávidas, independentemente do período de gestação.

Dosagem recomendada

A dose recomendada é de 75 mg, duas vezes ao dia, por cinco dias, para adultos. Para crianças acima de um ano de idade e com menos de 40 kg, as doses variam de acordo com o peso, conforme especificação a seguir:

Tabela de dosagem por peso e frequência diária

Peso	Dose	Frequência
Menos de 15 kg	30 mg	Duas vezes ao dia
De 15 a 23 kg	45 mg	Duas vezes ao dia
De 23 a 40 kg	60 mg	Duas vezes ao dia
Acima de 40 kg	75 mg	Duas vezes ao dia

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 que tenham manipulado amostras clínicas sem o uso de EPI (equipamento de proteção individual) ou que utilizaram de maneira inadequada;
- Os trabalhadores de saúde que estiveram envolvidos na realização de procedimentos invasivos (geradores de aerossóis) ou manipulação de secreções de pacientes com síndrome gripal sem o uso de EPI ou que o utilizaram de maneira inadequada;

Dosagem recomendada: 75 mg, uma vez ao dia, por 10 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 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;
- A notificação de eventos adversos ao medicamento deve ser feita à ANVISA por meio do endereço eletrônico anvisa@saude.gov.br. E para mais informações acesse: www.anvisa.gov.br

4.18.3.6 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.

4.18.3.7 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

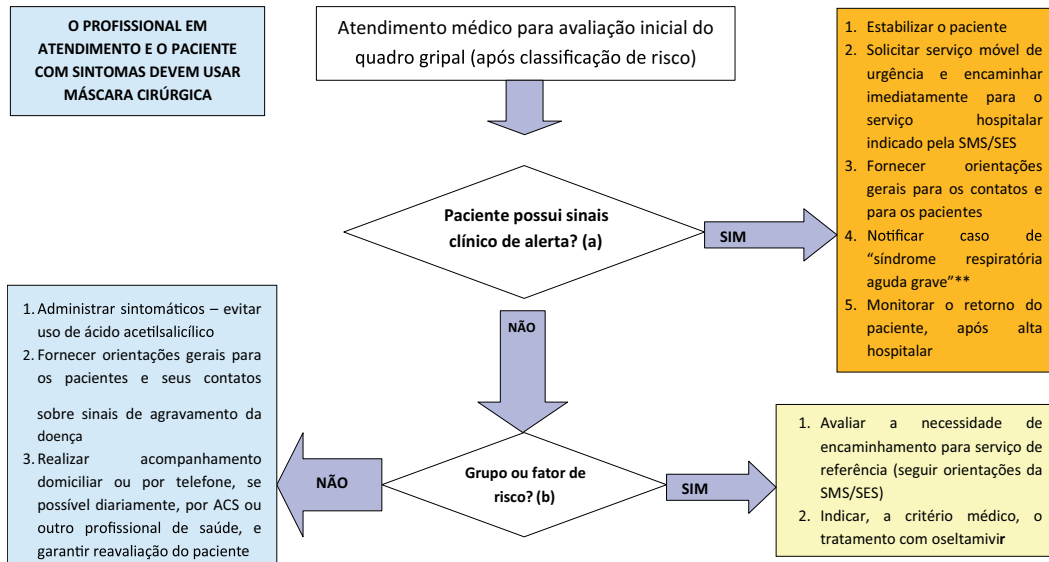
- Higienizar as mãos com água e sabonete ou sabão (ou se possível álcool gel 70%) após tossir, espirrar, usar o banheiro e antes das refeições;
- Não compartilhar objetos de uso pessoal e alimentos;
- Permanecer, sempre que possível, em sua residência;



- 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.



• 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 - Taquipneia: dois meses a menor de um ano (> 50 IRPM); um a cinco anos (> 40 IRPM) - Toxemia - Tiragem intercostal - Desidratação/vômitos/inapetência, letargia - Dificuldade para ingestão de líquidos ou amamentar - Estado geral comprometido - Presença de comorbidades/imunodepressão	OSELTAMIVIR - Iniciar administração até 48 horas após início dos sintomas - Adultos: 75 mg, 2x/d, por cinco dias - Crianças: < 15 kg 30 mg, 2x/d, por 5 dias 15 a 23 kg: 45 mg, 2x/d, por 5 dias 23 a 40 kg: 60 mg, 2x/d, por 5 dias Orientações aos pacientes, contatos e população em geral - Higienizar frequentemente as mãos com água e sabão - Não compartilhar objetos de uso pessoal e alimentos - Evitar aglomerações e ambientes fechados Orientações específicas para os sintomáticos - Usar máscara - Permanecer sempre que possível em sua residência - Ficar em repouso - Alimentar-se de forma balanceada - Aumentar a ingestão de líquidos
---	---

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 (<i>Diabetes mellitus</i> e obesidade grau III – índice de massa corporal maior ou igual a 40) e doença genética (síndrome de Down) Indígenas (população aldeada) Fatores de risco (b)*: Idade: inferior a dois ou superior a 60 anos de idade 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 cuidadores familiares possam ser negligenciados, o que poderá prejudicar a administração de medicamentos e o seu acompanhamento cuidadoso.

Fluxograma 4.18 – Resumo dos principais pontos do atendimento do paciente com síndrome gripal na atenção primária.

Fonte: (BRASIL, 2010)



4.19 Sangramento genital anormal

208

Este capítulo tem como abordagem principal a assistência aos casos de sangramento genital feminino anormal que podem ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família. 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.

4.19.1 Etiologia

As causas de sangramento genital anormal podem ser divididas em duas categorias: orgânica e disfuncional.

4.19.1.1 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, principalmente na 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 (1:4 a cinco mulheres acima de 35 anos), 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.

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 em adolescentes.

Iatrogenia – 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, hiurtismo, galactorreia, tireoidopatia, doenças hepáticas ou renais, Diabetes mellitus, discrasias sanguíneas e anemia), principalmente 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.

4.19.1.2 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

210

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.

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, púrpura trombocitopênica idiopática ou distúrbios que levam à deficiência ou disfunção plaquetária, como leucemias e hiperesplenismo, só serão suspeitados ou diagnosticados 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 hemoperitônio;





- **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 < 10 g/dl) e podendo causar algum grau de comprometimento do estado geral da paciente, precisarão de tratamento medicamentoso, que poderá ser:

- Estrogênio conjugado por via oral, na dose de 1,5 a 2,5 mg/dia, durante 21 dias, associado ao acetato de medroxiprogesterona, na dose de 10 mg ao dia nos últimos 10 dias – ocorre controle do sangramento em 24-48h.
- Acetato de medroxiprogesterona (AMP), na dose de 10 mg 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 10 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.
- A única medicação complementar indispensável é o ferro elementar, que corrigirá a anemia presente. 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: referenciar a paciente para hospitalização.

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.

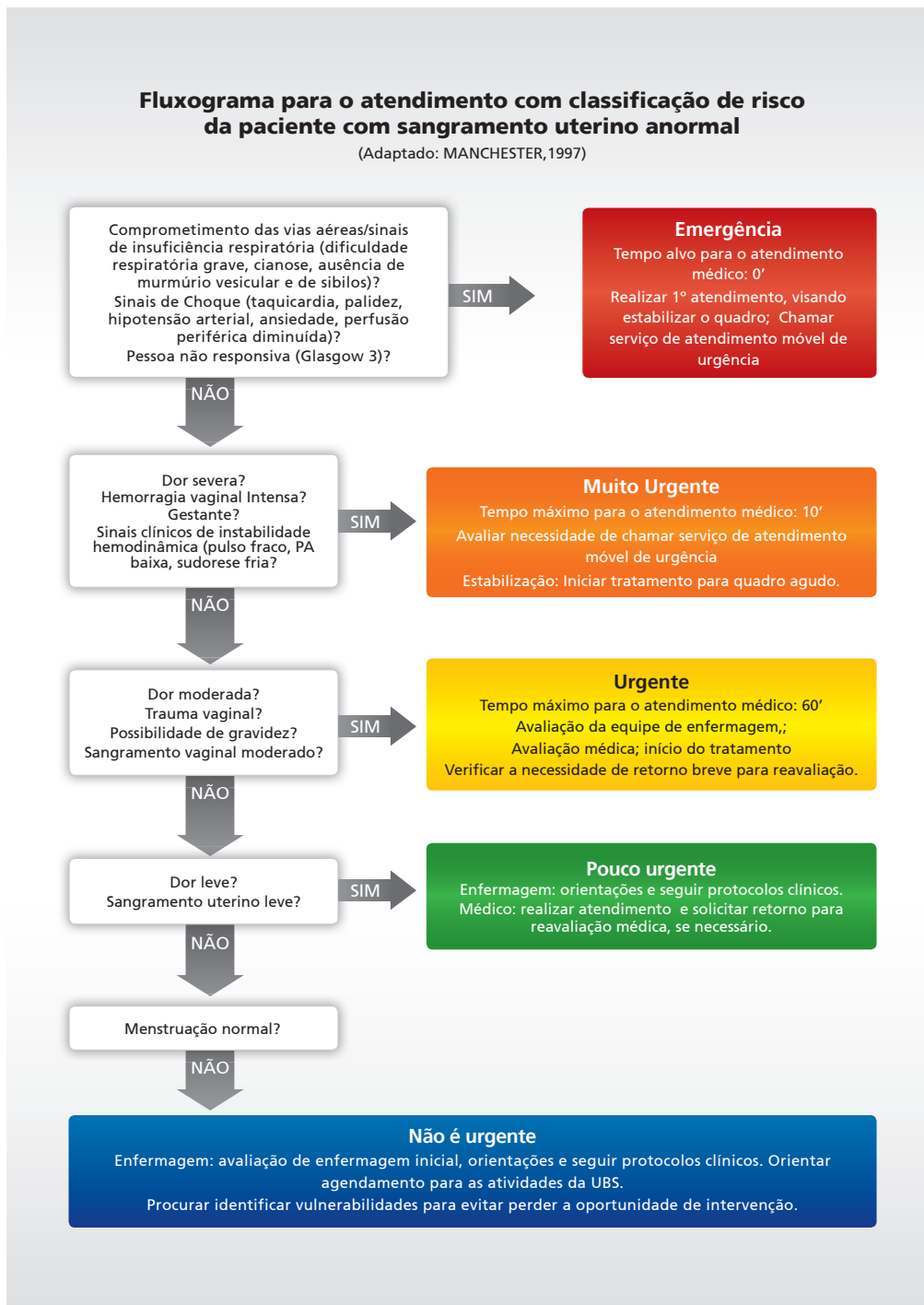




Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes com sangramento genital.

212



Fluxograma 4.19 – Atendimento com classificação de risco da paciente com sangramento uterino anormal. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997).





4.20 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.

213

4.20.1 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; e
- 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. Destes, 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.

4.20.2 Diagnósticos diferenciais de tontura

4.20.2.1 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, hipno-sedativos, anti-hipertensivos, diuréticos de alça (furosemida) ou drogas (álcool ou cocaína).

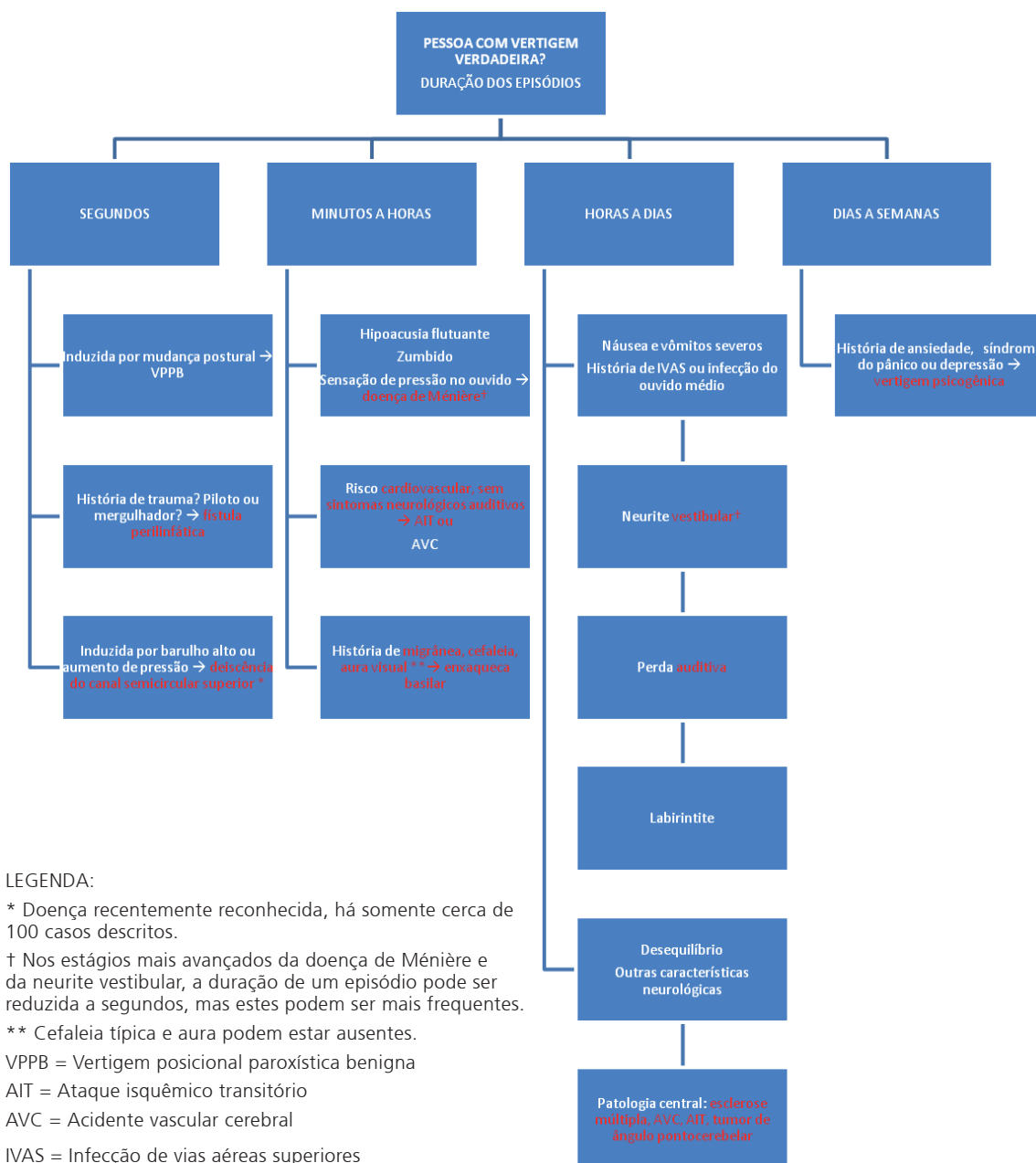


Figura 4.17 – Algoritmo para guiar a história inicial da pessoa com tontura. Fonte: (KUO; PANG; CHANG, 2008).



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 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.

É importante avaliar o nistagmo, a fim de diferenciar a causa da vertigem, entre periférica e central (Quadro 4.59). 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 4.59 – 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
Hipoacusia, zumbido	Comuns	Raros
Achados na manobra de Dix-Hallpike		
a) Latência dos sintomas e do nistagmo	a) 2 a 40 segundos	a) Curta ou ausente
b) Gravidade da vertigem	b) Severa	b) Moderada
c) Duração do nistagmo	c) Geralmente menor que um minuto	c) Geralmente mais de um minuto
d) Fatigabilidade*	d) Sim	d) Não
e) Habituação†	e) Sim	e) 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.



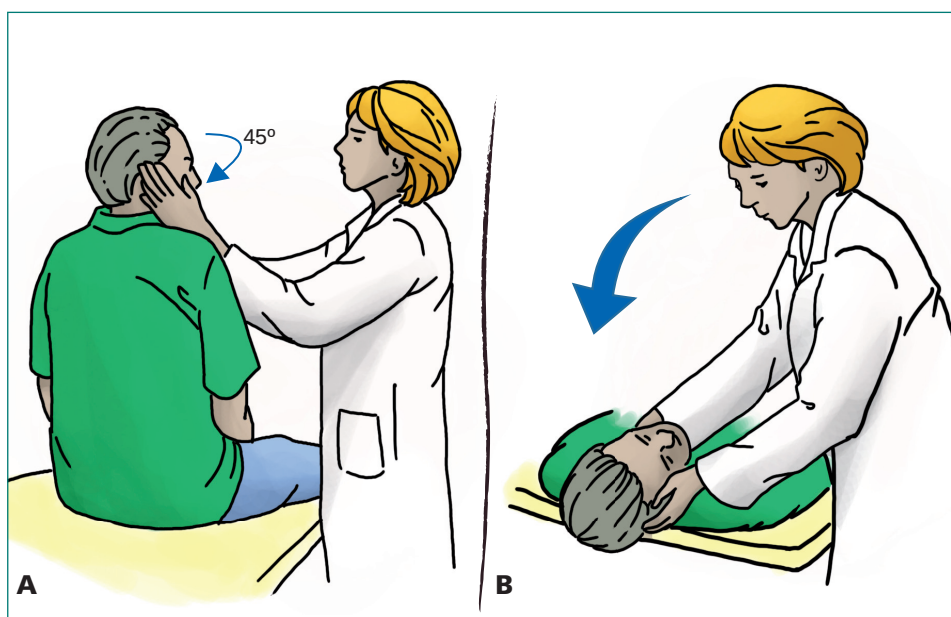


Figura 4.18 – Manobra de Dix-Hallpike.
Fonte: (GOOGLE, [2010])

Figura 4.18: 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 fadigabilidade. Após, a manobra deve ser repetida com a cabeça do paciente para o lado oposto. A positividade do teste se dá pela ocorrência de vertigem e nistagmo após qualquer uma dessas manobras.

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 teste normal) de neurite vestibular aguda. Um sistema vestibular funcionando 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 como um breve olhar fixo em direção ao lado afetado, seguido de um movimento ocular corretivo de volta para o centro.

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 20 mmHg ou mais) e no pulso (aumento de 10 batimentos por minuto) à mudança ortostática para identificar disfunções autonômicas e também o ritmo cardíaco.

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 4.60 – Tratamento farmacológico para o alívio sintomático agudo das vertigens

Classe do fármaco	Medicação	Dosagem
Anti-histamínicos	Prometazina	12,5-25 mg VO, IM ou VR, cada 4-12h
Benzodiazepínicos	Diazepam	2-10 mg VO ou IV, cada 4-8h
	Clonazepam	2-6 mg/dia VO
Antieméticos	Dimenidrato	50 mg, 2-4 x/dia VO, IM ou IV
	Metoclopramida	10-20 mg VO, cada 6h ou 10-20 mg IV lento, cada 6-8h
	Clorpromazina	10-25 mg, 4-6 x/dia VO ou 25 mg 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 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.

218

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.

4.20.2.2 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 epiléticas, antecedente pessoal de doença psiquiátrica, antecedente familiar de síncope 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 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.

219

4.20.2.3 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 pontocerebelar. 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 e 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.

4.20.2.4 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 deste sintoma.





4.21 Urgências odontológicas

220

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 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. Após o primeiro atendimento, o usuário deverá ser orientado a dar continuidade ao tratamento.

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 imediatas para avaliar os sintomas dolorosos agudos e restabelecer a função mastigatória do usuário. Em muitos casos os profissionais não dispõem de recursos diagnósticos auxiliares (a exemplo do raio X), reforçando-se a necessidade de uma anamnese acurada, que auxilie na tomada de decisão. A anamnese direciona o exame clínico e permite a escolha da melhor terapêutica para cada caso.

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 a 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.

4.21.1 Dores dentinopulpaes

4.21.1.1 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).





4.21.1.2 Pulpite reversível (hiperemia)

Dor provocada que permanece ainda por um tempo após a suspensão da irritação.

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 analgésica, poderá ser recomendada, caso o diagnóstico exclua foco infeccioso bucodental subjacente). Marcar o retorno do usuário para continuidade do tratamento.

4.21.1.3 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.

4.21.1.4 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 cariada 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. Dores periapicais:

4.21.1.5 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 desinfetante, 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.

4.21.1.6 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.





4.21.1.7 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.

4.21.1.8 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 pericementite apical aguda, granuloma dental ou abscesso apical crônico. Dor referida como pulsátil, sensação de pressão na área, *sensação de dente crescendo*, 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.

4.21.1.9 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.

4.21.2 Dores periodontais

4.21.2.1 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).





4.21.2.2 Doença periodontal necrosante: Gun e Pun

A anamnese 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 10 volumes ou clorexidina (solução a 0,12%), complementada por uma prescrição antimicrobiana de amplo espectro, analgésicos e bochechos com clorexidina.

4.21.2.3 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, miorelaxantes (quando necessário em função do trismo) e, igualmente, bochechos com solução de clorexidina a 0,12%.

4.21.2.4 Mobilidade grau IV

São os casos de dentes comprometidos periodontalmente, com deslocamento vertical e função alterada. Muitas vezes, apresentam 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.

4.21.3 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, grau 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.

4.21.3.1 Concussão

Traumatismo moderado, sem grande repercussão no periodonto; **NÃO HÁ MOBILIDADE E DESLOCAMENTO**; relato de sensibilidade à percussão ou à mastigação;

Tratamento: indica-se preservação 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.

4.21.3.2 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.

4.21.3.3 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.

4.21.3.4 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.

4.21.3.5 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.

4.21.3.6 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.

4.21.3.7 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,





gingivoplastia 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

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.

4.21.4 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 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.

4.21.5 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 encaminhado para o manejo de um profissional especializado.

4.21.5.1 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.

227

4.21.5.2 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.

4.21.5.3 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.

4.21.6 Urgências da mucosa

4.21.6.1 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, 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.





4.21.6.2 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.

228

4.21.6.3 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 para diagnóstico. Prescrição de gel anestésico local e analgésico em caso de muita dor.

4.21.6.4 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 5 cm 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 60-80 mg/dia, por exemplo) ou combinação destes 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 de gel de lidocaína), em alguns casos, pode trazer alívio momentâneo da dor.

4.21.6.5 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.

- Gengivoestomatite herpética secundária: a forma recidivante mais comum é o herpes labial. 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.

229

4.21.6.6 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 **pseudomembranosa**, há uma fase eritematosa com pápulas esbranquiçadas (aspecto de 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.

4.21.7 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.

4.21.7.1 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.

4.21.7.2 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 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 pino intrarradicular 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.

4.21.7.3 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.

4.21.8 Urgências pós-operatórias – alveolite

4.21.8.1 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).

4.21.8.2 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 estabelecendo uso de antibiótico sistêmico.

4.21.9 Encaminhamento após atendimento de urgência

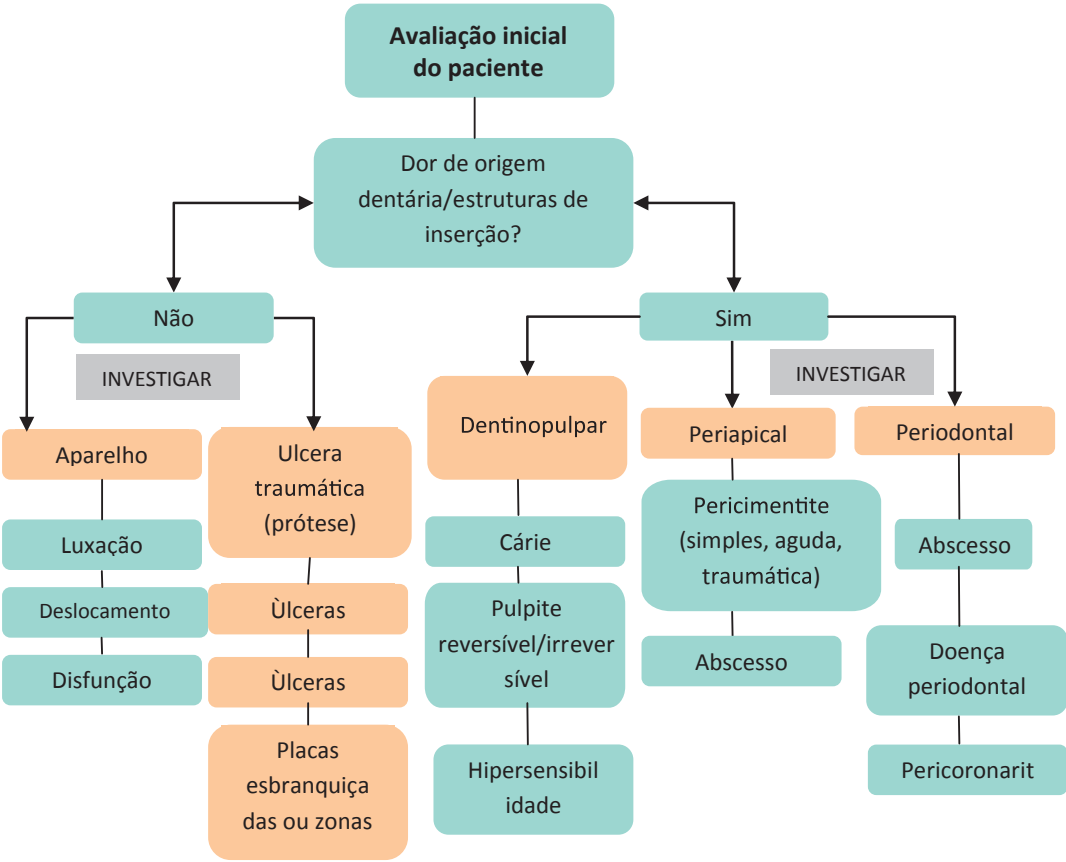
Após o atendimento de urgência, o usuário deverá ter sua consulta de retorno agendada na Unidade Básica de Saúde ou, caso necessite, deverá ser encaminhado a um serviço de referência do município ou Estado, recebendo todas as informações a respeito do seu agravo e do tratamento que deverá ser realizado para esse caso.



Quadro 4.61 – Fármacos utilizados para o tratamento de enfermidades odontológicas

Fármaco	Dosagem/Adulto	Dosagem/Criança < 12 anos
Analgésico		
Paracetamol	3 a 4 g/dia, em três ou quatro doses. Dose máxima diária 4 g	1 gota (= 5 ou 10 mg) 10-15 mg/kg, intervalo 4-6 horas
Codeína + paracetamol	1-2cp, a cada 4-6 horas (máximo oito comp./dia)	5 mg/kg/dia a 6 doses 1 comp./15 kg
Antibióticos		
Amoxicilina	250-500 mg, a cada oito horas	20-50 mg/kg Máximo de 2,4g/dia
Estolato eritromicina	1-2 g, intervalo 6/12 horas	20-30 mg/kg, 6/12horas
Anti-inflamatório		
Ibuprofeno	200-400 mg, a cada 4-6 horas Dose máxima diária 3.200 mg	30-50 mg/kg Máximo de 2,4 g/dia
Antifúngico		
Nistatina	Suspensão 1.000.000 UI/mL, três a quatro aplicações diárias	400.000-600.000 UI aplicação sobre lesão

Fonte: Autoria própria





4.22 Urgências Oftalmológicas: “Olho Vermelho”

232

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”.

4.22.1 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 4.19 e 4.20.

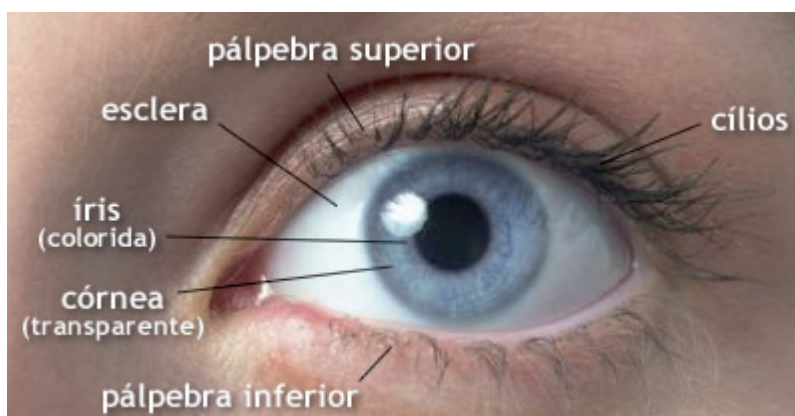


Figura 4.19 – Olho com identificação de estruturas observáveis à ectoscopia. Fonte: (CMDV, [2010])

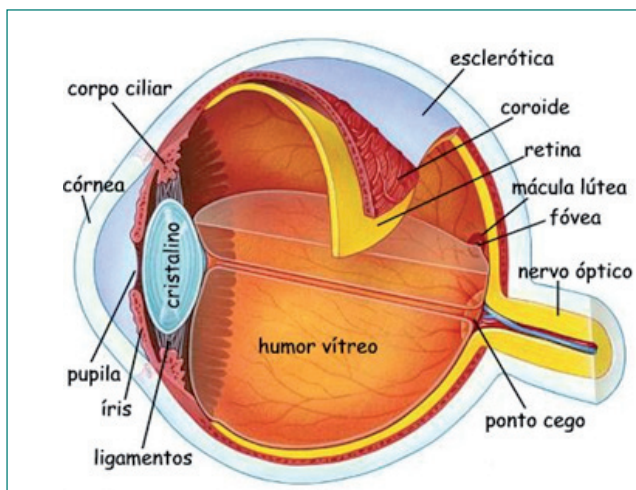


Figura 4.20 – Desenho esquemático do olho-corte longitudinal. Fonte: (FÍSICA NA VIDA, [2009])





4.22.2 Diagnóstico

O exame do olho vermelho deve-se 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 4.21 e 4.22).

233

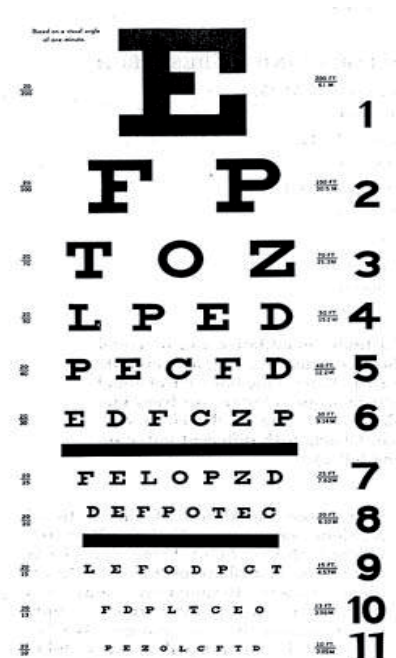


Figura 4.21 – Tabela de Snellen para alfabetizados
Fonte: (GOOGLE, [2010]).

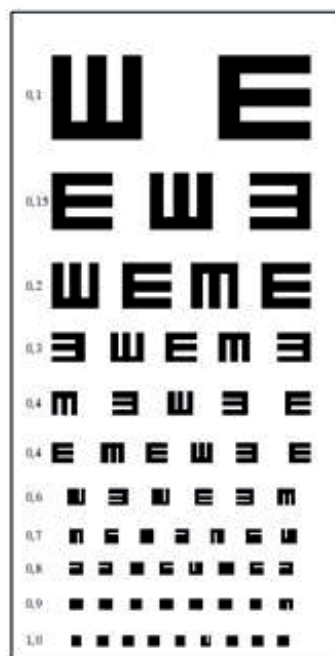


Figura 4.22 – Tabela de Snellen para não alfabetizados
Fonte: (GOOGLE, [2010]).

Posiciona-se o paciente a 5 m 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. 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.

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. E 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 desenhavam uma meia-lua no polo inferior da íris (Figuras 4.23 e 4.24).



Figura 4.23 – Hipópio visível no 1/3 inferior da câmara anterior.
Fonte: (FISIOWEB, [2010])

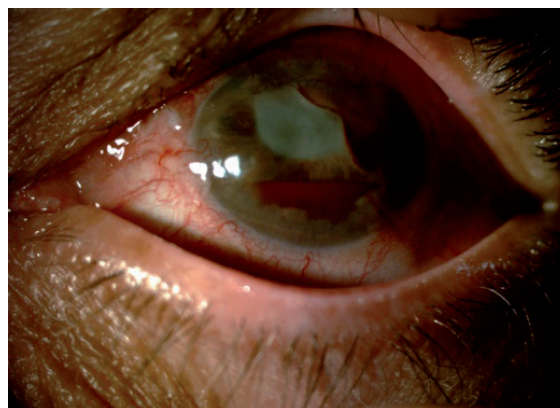


Figura 4.24 – Hifema visível no 1/3 inferior da câmara anterior.
Fonte: (GOOGLE, [2010])

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.

4.22.3 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; e
- 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 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 a palpação. A dor se origina do espasmo do músculo ciliar e, por isso, melhora com 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 aumento

da 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 4.25).

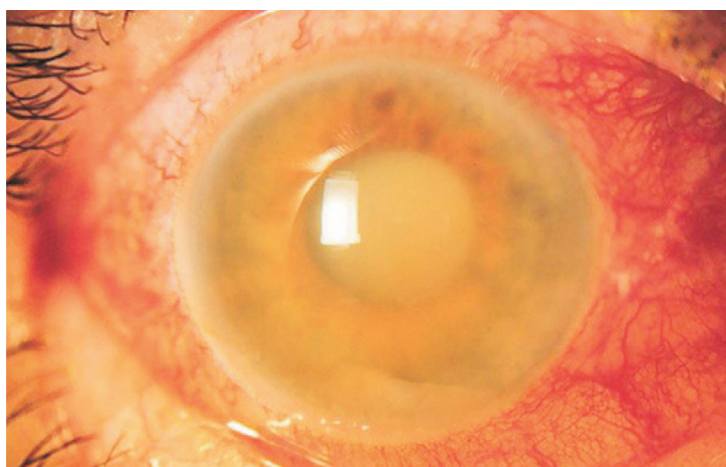


Figura 4.25 – Glaucoma agudo: hiperemia conjuntival, injeção ciliar, midríase, edema corneano.

Fonte: (SPALTON, et al. 1992)

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 4.26).

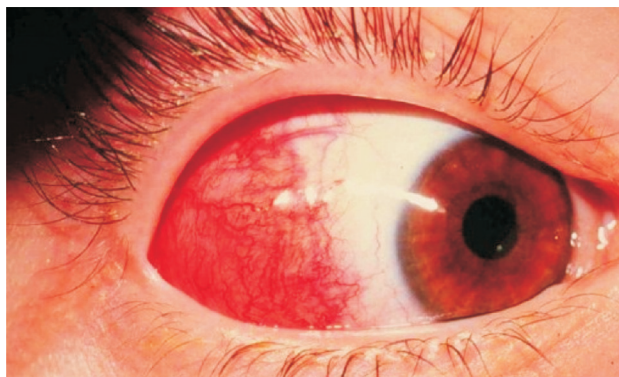


Figura 4.26 – Episclerite – hiperemia localizada na conjuntiva bulbar temporal. Fonte: (GOOGLE, [2010])





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 filamentosos – conjuntivite alérgica.

O tempo de evolução da conjuntivite bacteriana é em torno de três a cinco dias, já nas virais pode chegar a 15 dias, sendo que a conjuntiva poderá permanecer vermelha por mais tempo se houver hemorragia subconjuntival (Figuras 4.27 a 4.28).

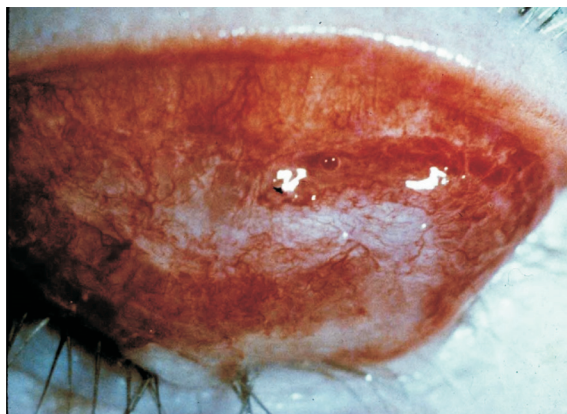


Figura 4.27
Fonte: (GOOGLE, [2010])

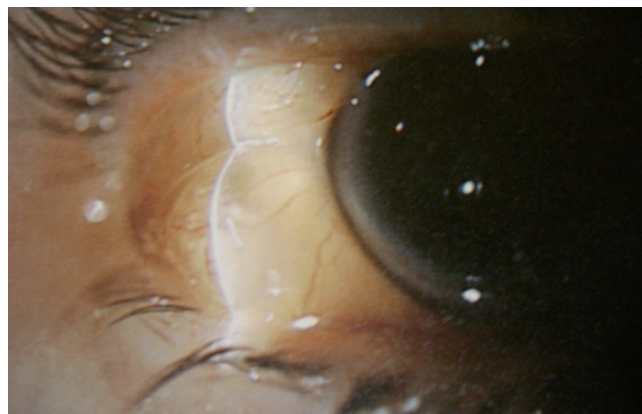


Figura 4.28
Fonte: (KANSKI, 1990)



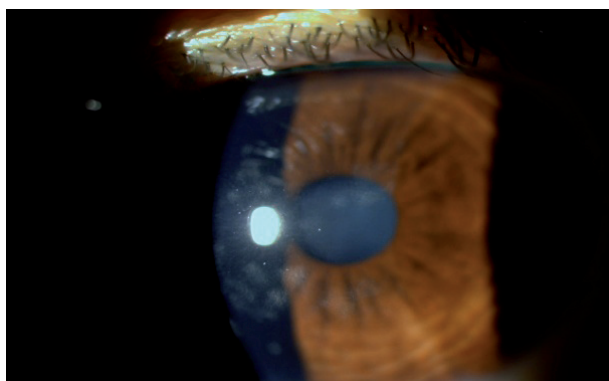


Figura 4.29

Fonte: (HUCAM-UFES, [2010])

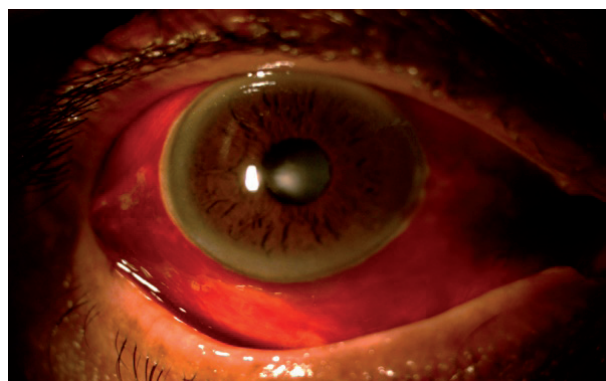


Figura 4.30

Fonte: (GOOGLE, [2010])

Figura 4.27 - Pseudomembrana em conjuntiva tarsal, observável após eversão da pálpebra superior; 4.28 - Edema da conjuntiva bulbar (quemose); 4.29 - Infiltrados corneanos subepiteliais observáveis na biomicroscopia com lâmpada de fenda; 4.30 - Hemorragia subconjuntival.

No quadro abaixo, estão as principais manifestações clínicas da conjuntivite de acordo com a etiologia e a conduta em cada caso.

Quadro 4.62 – 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 três 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: (Adaptado: DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2004; PAVAN; VARON, 1991)

* 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 4.31).





Os agentes etiológicos mais frequentes são a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*.

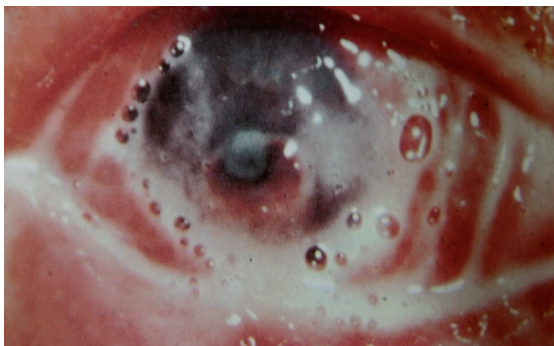
238



Na conjuntivite por *Chlamydia trachomatis*, os sintomas aparecem de cinco a 14 dias após o nascimento, com eritema e edema palpebral e conjuntival, e a secreção quando presente é mucopurulenta. Para maiores informações sobre TRACOMA, leia o capítulo correspondente ao assunto no Caderno de Atenção Básica nº 21: Vigilância em Saúde.

Figura 4.31 – Conjuntivite por *C.trachomatis*

Fonte: (KANSKI, 1990)



Nas conjuntivites por *Neisseria gonorrhoeae*, os sintomas surgem após dois a cinco dias de vida com eritema e edema palpebral e conjuntival, e a secreção quando presente é purulenta e abundante (Figura 4.32).

Figura 4.32 – Conjuntivite por *N.gonorrhoeae*

Fonte: (KANSKI, 1990)

4.22.4 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 o 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 sete dias de vida) ou de 6/6 horas (em crianças com mais de sete dias de vida), EV, por sete dias.
- Se houver resistência ou alergia à penicilina, pode-se utilizar:
- Ceftriaxona 25 a 50 mg/kg/dia, EV ou IM, uma vez ao dia, por sete dias; ou





- Cefotaxima 25-50 mg/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.

239

4.22.5 Tratamento da oftalmia neonatal não gonocócica

Não há evidência de que a terapia tópica ofereça benefício adicional, nesse caso, deve-se utilizar:

- Eritromicina (estearato), 50 mg/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.

4.22.6 Profilaxia da oftalmia neonatal

A profilaxia ocular, no período neonatal, deve ser feita rotineiramente com:

- 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.

4.22.7 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 estranho, 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 25 mg, metionina 5 mg, cloranfenicol 5 mg). 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.

ODESCOLAMENTO 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 câmara anterior. Em casos mais graves, pode-se observar o humor aquoso saindo pela ferida perfurante.

4.22.8 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.





4.23 Urgências psiquiátricas

O objetivo deste capítulo é orientar as equipes de atenção primária quanto ao manejo das emergências psiquiátricas mais comuns.

241

4.23.1 Transtornos agudos relacionados ao uso abusivo de álcool

Neste item serão abordadas a “intoxicação alcoólica aguda” e a “síndrome de abstinência do álcool (SAA)”.

A responsabilização, o vínculo com uma população adstrita e a continuidade do cuidado permitem que o atendimento em uma situação de urgência de um usuário nocivo ou dependente de álcool se transforme em uma nova agenda de consulta, com médico(a), ou enfermeiro(a) ou visita domiciliar com a finalidade de iniciar o acompanhamento do caso, além de permitir ao médico da APS escolher o melhor momento de encaminhar este paciente para outros níveis de atenção. 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.

4.23.1.1 Conceitos importantes

Segundo a CID-10, estamos diante do uso nocivo (abuso) de uma substância, quando:

Um padrão de uso de substância que 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 criticados por outras pessoas e estão com frequência associados a consequências sociais diversas de vários tipos. O fato de 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, a CID-10 a define como:

242

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 claros 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).

Essa classificação diagnóstica pode ser realizada por meio de vários instrumentos de triagem que identificam o nível de uso de álcool e ajudam os profissionais de saúde a definirem a estratégia de intervenção mais adequada. Porém ressaltamos que não será durante a assistência dos casos de intoxicação aguda por álcool ou SAA que esses instrumentos serão utilizados. Essa avaliação fará parte do seguimento do paciente, que deve ser agendado o mais breve possível após o episódio agudo. Também enfatizamos que não será o foco deste Caderno aprofundar-se no acompanhamento, pois esse tema será mais bem abordado em outro material.





4.23.1.2 Intoxicação alcoólica aguda

O local onde mais encontramos pessoas com intoxicações alcoólicas agudas são em festas, em bares, na rua, no entanto, 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 crônico de álcool. Dessa forma, torna-se imprescindível que a equipe saiba reconhecer esse momento como uma oportunidade de dar início ao acompanhamento desses pacientes a fim de alterar a história natural da doença alcoólica.

243

A intoxicação alcoólica aguda acontece quando qualquer indivíduo ingere uma quantidade de álcool superior à sua tolerância, passando a apresentar comportamento diferenciado de seu estado na ausência de consumo.

Entre os fatores que ocasionam variabilidade na absorção, no metabolismo e na eliminação do etanol, podemos citar:

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 quantidades de 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.

Os principais sinais e sintomas de intoxicação por álcool são: rubor facial, euforia, alterações na 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 4.63.

Quadro 4.63 – Efeitos da alcoolemia (CAS) sobre o corpo humano

CAS (g/100ml)	Efeitos sobre o corpo
0.01 – 0.05	Aumento do ritmo cardíaco e respiratório
	Diminuição das funções de vários centros nervosos
	Comportamento incoerente ao executar tarefas
	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 consideravelmente 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, até mesmo uma internação para desintoxicação.



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 a 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).

4.23.1.3 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 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, A. C. P. R; RIBEIRO, M. 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 4.64).



Quadro 4.64 – 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	4	Alucinações moderadas
1	Muito leve	5	Alucinações graves
2	Leve	6	Extremamente graves
3	Moderado	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	4	Moderado/grave
1	Muito leve	5	Grave
2	Leve	6	Muito grave
3	Moderado	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 dois dias
3	Desorientado com a data, com mais de dois 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.

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, hipersensibilidade 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.

4.23.2 Tratamento dos transtornos agudos relacionados ao uso abusivo de álcool

Inicialmente deve-se acolher o paciente com empatia e respeito, evitando a exposição dele nas dependências da UBS e, conseqüentemente, de comentários ou maus-tratos por parte de outros pacientes ou mesmo da equipe técnica. Em seguida, a equipe deve realizar a avaliação clínica global do caso, o que vai definir as condutas a serem tomadas.

4.23.2.1 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 de modo 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, a 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 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 estiver presente 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 com bastante cuidado e afincado.

4.23.2.2 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.

As principais medicações utilizadas nos casos de **SAA leve e moderada** são:

- Diazepan: 20 a 40 mg/dia, é importante orientar que a dose de benzodiazepínico 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 ingestão de álcool;
- Em caso de hepatopatia: lorazepan 4 a 8 mg/dia;
- Tiamina: 300 mg 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 300 mg IM e receberá sedação com benzodiazepínicos – oral ou EV, conforme o nível de consciência e 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.

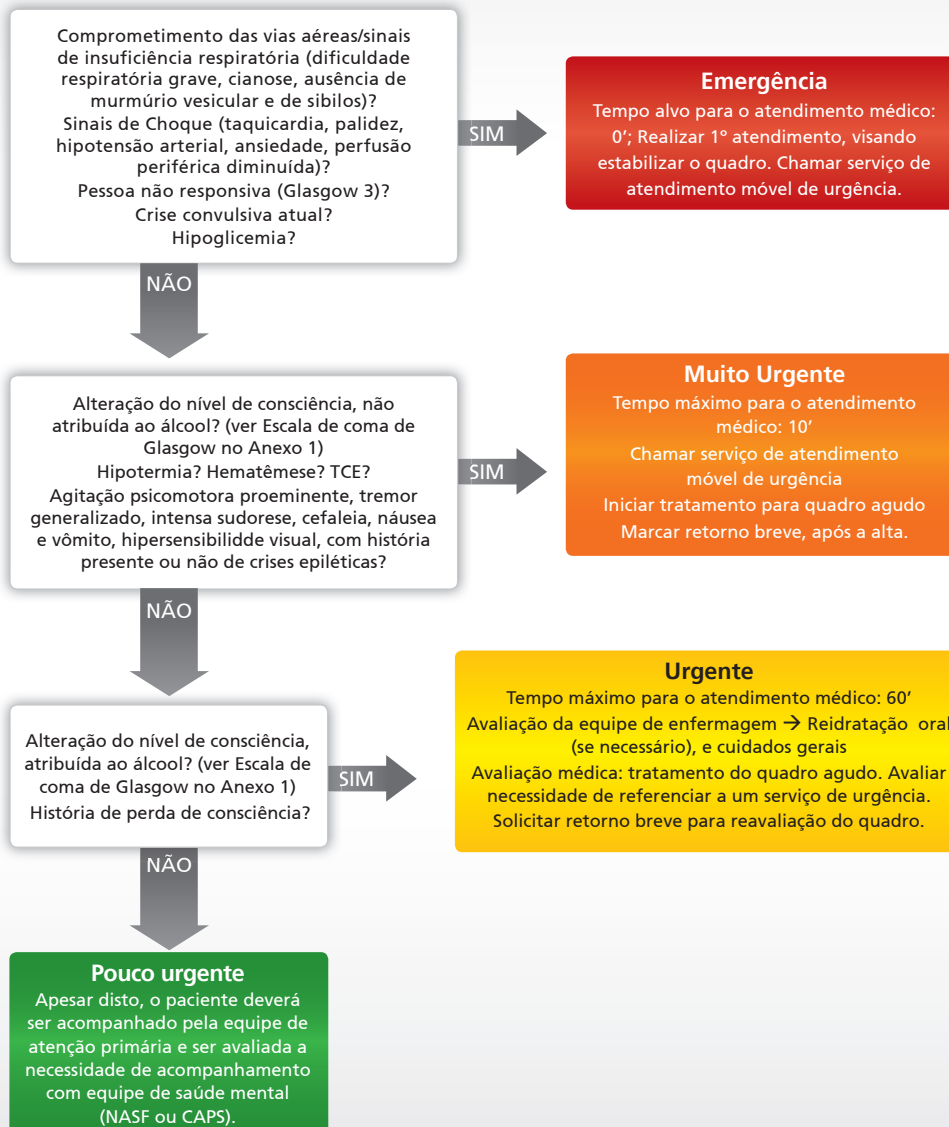
4.23.3 Classificação de risco

A seguir segue fluxograma para atendimento com classificação de risco dos pacientes com quadro de **transtornos agudos relacionados ao uso abusivo de álcool** que procuram atendimento na APS.



Fluxograma para o atendimento com classificação de risco do paciente com transtornos agudos relacionados ao uso abusivo de álcool assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde

(Adaptado: MANCHESTER, 1997)



Fluxograma 4.20 – Atendimento com classificação de risco do paciente com transtornos agudos relacionados ao uso abusivo de álcool assistido pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. Fonte: (Adaptado: MANCHESTER, 1997)



4.23.4 Crise psicótica aguda

4.23.4.1 Definição

Segundo a CID-10, são considerados **“transtornos psicóticos agudos e transitórios”** (F 23) 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”.

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 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.

4.23.4.2 Fatores etiológicos

Elencamos abaixo os fatores causais 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;

continua





continuação

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.

251

4.23.4.3 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;
- 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 de comportamento 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.

4.23.4.4 Manejo clínico

252

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 responsabilizar-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 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 deve 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 em 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.**

4.23.4.5 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 5 mg/1 ml IM (intramuscular), numa dose máxima de 30 mg/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: a distonia aguda. Para evitá-la, podem-se administrar *antiparkinsonianos*, como o biperideno, na dose inicial de 1 mg (via oral) ao dia, até atingir a dose máxima de 12 mg, 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 (5 mg/ml), podendo-se repetir a dose a cada 30 minutos, até alívio da sintomatologia, não devendo ultrapassar quatro ampolas em 24h.

4.23.4.6 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 desenvolve trabalho consistente de saúde mental, costuma conhecer boa parte dos pacientes que apresentam quadros psicóticos crônicos, que, por sua vez, representam a 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 (NASF) e de identificar a necessidade de encaminhamento para serviços de saúde mental de referência. Nesse segundo encontro, a equipe deve estar atenta na 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.





4.24 Reanimação Cardiopulmonar (rcp): Atendimento aos Casos de Parada Cardiorrespiratória na Atenção Primária

4.24.1 Introdução

255

A parada cardiorrespiratória (PCR) é diferente do óbito. Saber reconhecer a diferença, entretanto, nem sempre é fácil, porém muito importante. Morte, óbito, falecimento ou passamento são termos que podem se referir tanto ao término da vida de um organismo como ao estado dele. A PCR é a interrupção 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.

Não é comum o atendimento a casos de PCR em Unidades Básicas de Saúde, mas pode acontecer. Caso a unidade disponha do material de emergência necessário para uma reanimação cardiopulmonar (RCP), siga o protocolo abaixo. Caso não disponha de qualquer material para reanimação, ainda assim pode-se ajudar a vítima chamando uma ambulância ou pedindo ajuda e realizando compressões torácicas (massagem cardíaca) alternadas com ventilação. Pode parecer pouco, mas pode salvar uma vida.

Um paciente perde a consciência. É uma parada cardiorrespiratória? O que fazer? O que não fazer?

- Chame o paciente (se necessário sacuda o paciente para ver se há resposta).
- Chame ajuda, se estiver sozinho (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).
- Peça um desfibrilador, se houver disponibilidade.
- Inicie a abordagem inicial (ABCD da reanimação).

4.24.2 ABCD Primário

Abordagem inicial (ABCD primário)

- *Airway* (hiperextensão das vias aéreas).
- *Breathing* (duas ventilações de resgate).
- *Circulation* (cheçar o pulso).
- *Defibrillation* (colocar as pás do desfibrilador e verificar se o ritmo é de choque).





Primeiro contato

Se o usuário estiver inconsciente no primeiro contato, sempre supor que eles está em PCR. Avalie o estado de inconsciência. Lembrar dos diagnósticos diferenciais: drogadição, intoxicação aguda, simulação, sono etc.

256

Chame e sacuda (de modo suave) o paciente. Cuidado para não mexer na posição da cabeça (não sabemos se ele tem ou não uma lesão na coluna cervical). Se não houver resposta...

1. Peça ajuda, caso esteja sozinho (SAMU).
2. Peça um desfibrilador.
3. Coloque o paciente em uma superfície firme e estável. Se for preciso mobilizar o paciente, alguém deverá ficar responsável por segurar a cabeça (na dúvida de lesão cervical, não podemos permitir qualquer movimentação da cabeça).
4. Inicie o ABCD primário.

Lembre-se de que uma parada cardíaca é uma corrida contra o tempo. Após 5 min de PCR, as chances de se reanimar uma vítima são muito pequenas (salvo raras exceções).

A – Primário → SE O PACIENTE NÃO RESPONDE, ABRA VIA AÉREA

Desobstrua as vias aéreas

Tem respiração espontânea? Talvez haja queda da base da língua obstruindo a passagem aérea.

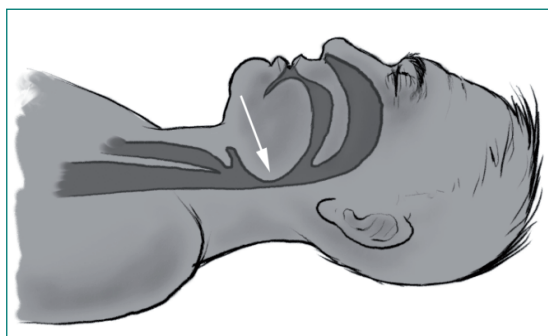


Figura 4.33 – Queda da língua provocando obstrução.

Fonte: (FORTES, 2007)

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 4.34).

Manobra de tração da mandíbula: muito útil nos casos em que suspeitamos de lesão de coluna cervical. Nessa manobra devemos nos 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 4.35).



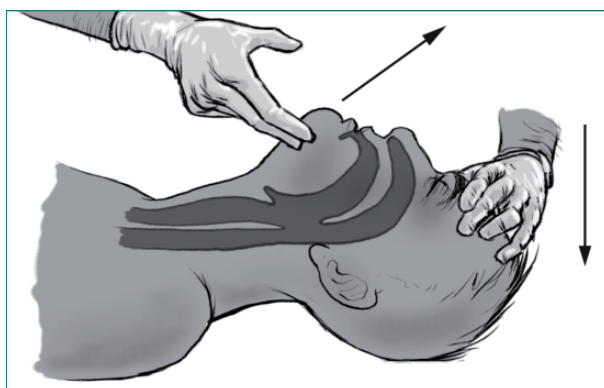


Figura 4.34

Fonte: (FORTES, 2007)

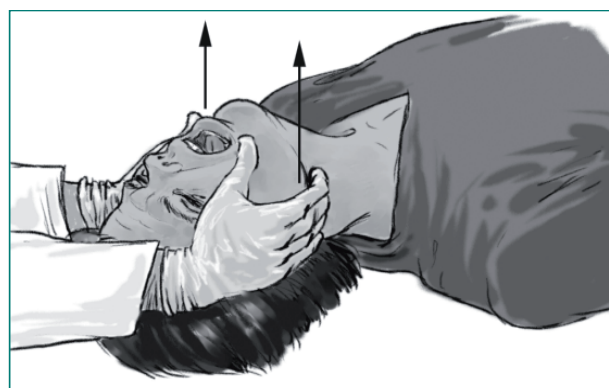


Figura 4.35

Fonte: (FORTES, 2007)

Figura 4.34: Inclinação da cabeça – elevação do queixo.

Figura 4.35: 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).

Após desobstrução das vias aéreas, veja, sinta e ouça a respiração. Aproxime seu ouvido da boca do paciente olhando para o tórax. Dessa forma você será capaz de VER os movimentos ventilatórios, OUVIR e SENTIR a respiração do paciente.



Figura 4.36 – Hiperextensão das vias aéreas. Veja, sinta e ouça

Fonte: (FORTES, 2007)

B – Primário → SE O PACIENTE NÃO RESPIRA, VENTILE

Promover duas ventilações de resgate (lentas) com AMBU (airway manual breathing unit) acoplado à máscara. Servem para garantir que o ar chega aos pulmões. Manter a hiperextensão das vias aéreas. Uma ventilação só está correta se o tórax expandir (caso contrário verificar se não 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 comprima o AMBU de maneira intempestiva. Pode nesse momento ser aplicada a manobra de Selik (compressão da



cartilagem cricoide no sentido ventrodorsal com o objetivo de se colabar o esôfago para assim prevenir refluxo). Observar se há expansão do tórax bilateralmente.

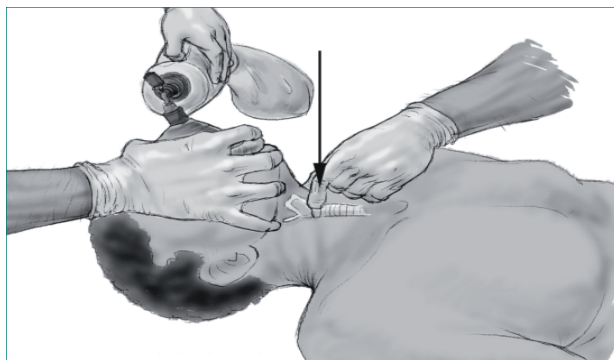


Figura 4.37

Fonte: (FORTES, 2007)

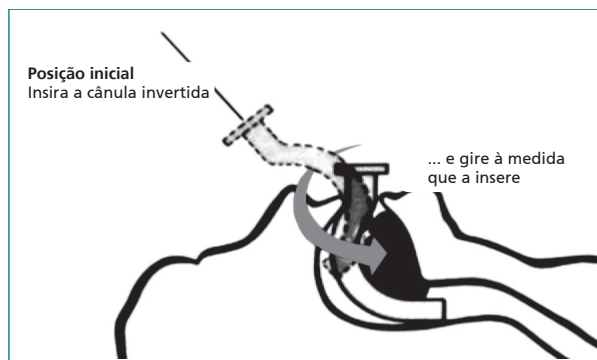


Figura 4.38

Fonte: (FORTES, 2007)

Figura 4.37: Duas ventilações de resgate para verificar se há obstrução das vias aéreas. A manobra de Selik serve para evitar regurgitação.

Figura 4.38: Forma correta do posicionamento da cânula de Guedel.

Manter a abertura das vias aéreas para garantir um livre fluxo de ar (podemos colocar uma cânula de Guedel). A cânula também pode ser usada para evitar que o paciente morda e corte o tubo. Serve, por exemplo, para pacientes inconscientes com queda da base da língua.

O AMBU deve estar conectado a uma fonte externa de O₂ com 15 L/min e nele fixada uma bolsa de ar. O AMBU sozinho é capaz de ofertar até 21% de O₂, em ar ambiente. Se estiver acoplado numa fonte externa de O₂ até 60%. E se, além disso, estiver conectada a bolsa reservatório de ar, pode oferecer até 100% de O₂. O volume de ar recomendado para a maioria dos adultos é de 10 a 15 ml/kg. Um homem pesando 80 kg necessitaria, portanto, de 800 a 1.200 ml, de ar, a cada ventilação. A maioria dos AMBUs possui um volume de 1.600 ml. Logo, se nós aplicarmos aproximadamente metade do volume do AMBU, estaremos dentro do esperado. Ou seja, ao usar o AMBU, comprima-o apenas com uma mão, (800 ml) para garantir que não estamos esvaziando-o completamente (1.600 ml – quando usamos ambas as mãos).

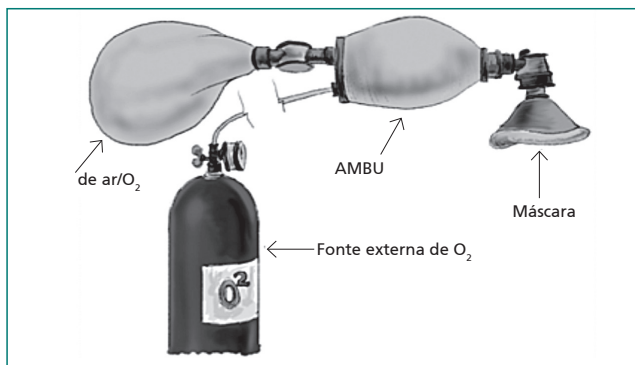


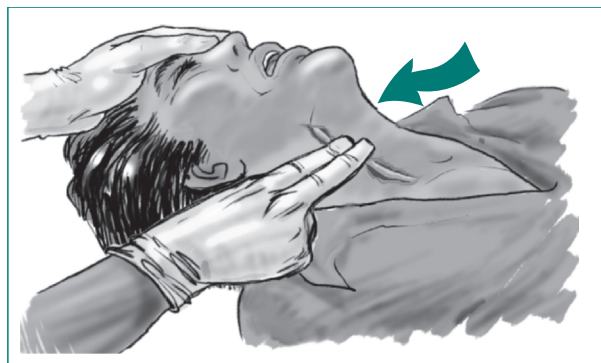
Figura 4.39 – AMBU com máscara, bolsa reservatório de O₂ e cilindro de O₂.

Fonte: (FORTES, 2007)



C – Primário → SE O PACIENTE NÃO TEM PULSO, INICIE COMPRESSÕES TORÁCICAS

Cheque o pulso (carotídeo) durante 5-10 segundos porque ele pode estar lento ou de difícil palpação, fino, irregular ou rápido. Coloque as pontas dos dedos indicador e médio no meio do pescoço e escorregue-os lateralmente, como indicado na Figura 4.40, para encontrar a artéria carótida.



259

Figura 4.40 – Escorregar os dedos no sentido da seta. Palpação do pulso carotídeo

Fonte: (FORTES, 2007).

Se não houver pulso está confirmada a parada cardíaca. O próximo passo é identificar o ritmo cardíaco com as pás do desfibrilador (D – Primário). Entretanto, quando não dispormos deste, é mandatório o início das compressões torácicas e ventilação artificial, seja com AMBU, ou qualquer outro método disponível.

As compressões devem respeitar o intervalo para ventilação na proporção de 30:2, ou seja, a cada 30 compressões torácicas, realizam-se duas ventilações.

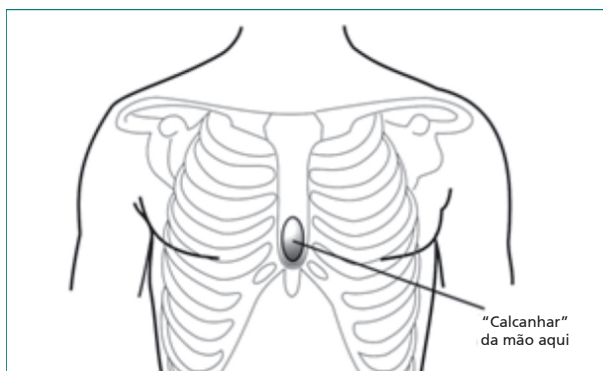


Figura 4.41

Fonte: (FORTES, 2007)

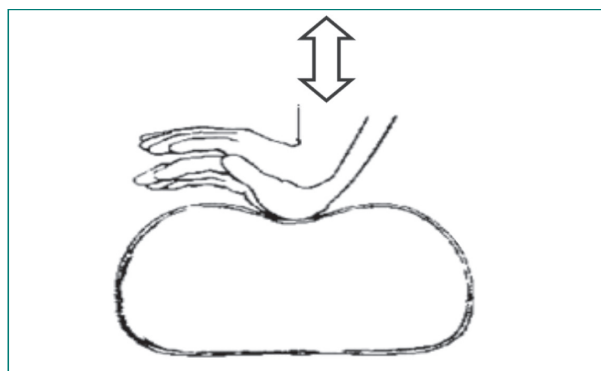


Figura 4.42

Fonte: (FORTES, 2007)

Figura 4.41: Posicionar o “calcanhar” da mão dois dedos acima do apêndice xifoide.

Figura 4.42: Comprimir 4 a 5 cm do tórax.





Figura 4.43

Fonte: (FORTES, 2007)



Figura 4.44

Fonte: (FORTES, 2007)

Figura 4.43: Alternar 30 massagens com duas ventilações.

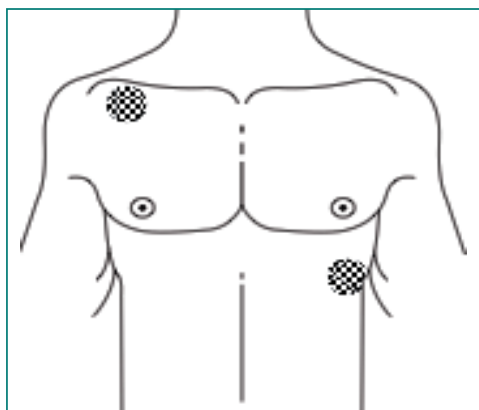
Figura 4.44: Ombros sobre o esterno. Cotovelos esticados.

O atendimento pode ser feito por uma equipe ou por um único socorrista. Continue a massagem e a ventilação até a chegada do desfibrilador; o que justifica a solicitação prévia desse equipamento.

D – Primário

Com a chegada do desfibrilador, rapidamente aplique gel nas pás e coloque-as sobre o peito nu do paciente (Figura 4.45). Procure por fibrilação ventricular (Figura 4.46) ou taquicardia ventricular (Figura 4.47).

- Caso seja um desses ritmos, preparar para desfibrilar.
- Certifique-se de que você não está em contato com o paciente ou a maca.
- Certifique-se de que os demais a sua volta também não estão em contato e avise:
“Todos afastados? Eu estou aplicando o choque!”
- Aplique 13 kg de pressão com as pás sobre o peito nu do paciente.
- Aplique o choque (360J) olhando para o paciente para ter a certeza de que ninguém acidentalmente possa estar se encostando nele ou na maca.



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.

Figura 4.45 – Posição das pás.

Fonte: (FORTES, 2007)



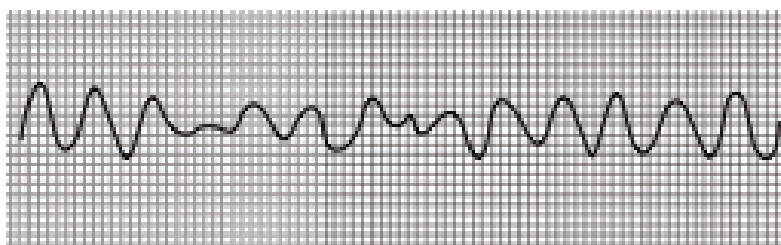


Figura 4.46 – Fibrilação ventricular (FV).

Fonte: (FORTES, 2007)

261

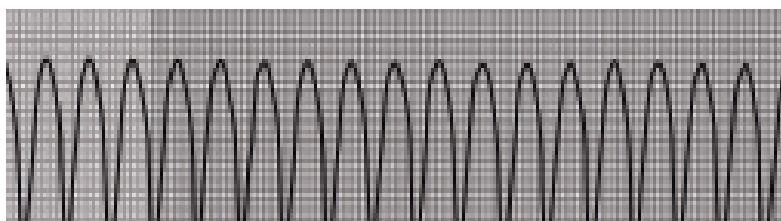


Figura 4.47 – Taquicardia ventricular (TV).

Fonte: (FORTES, 2007)

Obs.: se você testemunhou a PCR ou se ela aconteceu há menos de cinco minutos, não perca tempo. Verifique o ritmo cardíaco imediatamente com o desfibrilador (caso haja disponibilidade). FV ou TV sem pulso significam desfibrilação imediata! Caso a PCR tenha ocorrido há mais de cinco minutos ou você não sabe há quanto tempo, primeiro faça cinco ciclos de 30:2 para depois verificar o ritmo.

Obs.2: 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 pela equipe de Saúde da Família no contexto da atenção primária será manter as massagens e a ventilação efetivas até a chegada de suporte.

Apêndice

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.

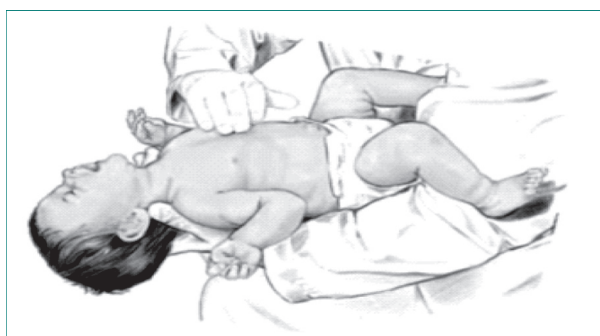


Figura 4.48

Fonte: (FORTES, 2007)



Figura 4.49

Fonte: (FORTES, 2007)

Figura 4.48: Atendimento realizado por um socorrista.

Figura 4.49: Atendimento realizado por dois socorristas.





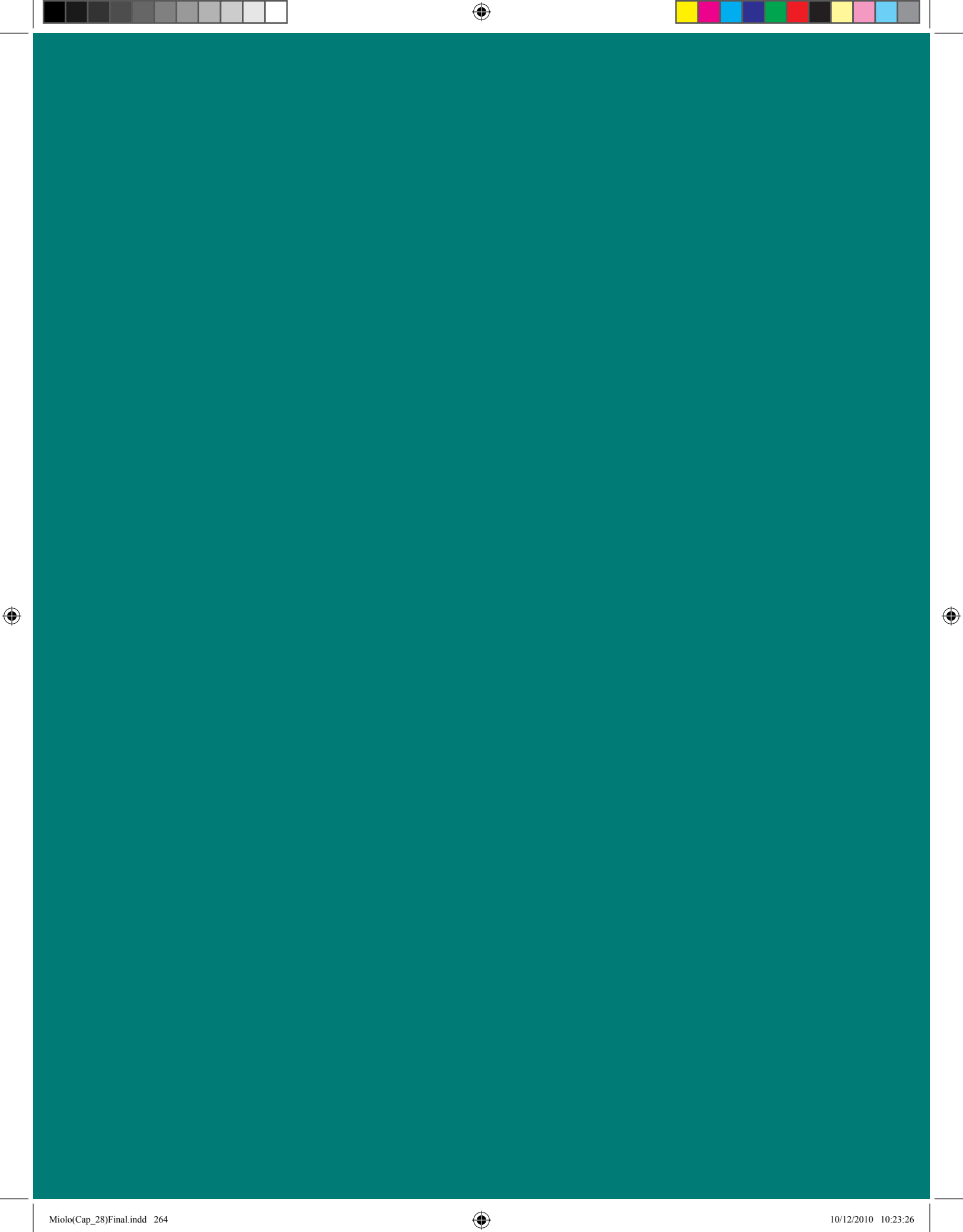


Estrutura Física, Materiais, Insumos e Medicamentos

Parte

V







Para que as Unidades Básicas de Saúde possam realizar o acolhimento e os atendimentos às demandas espontâneas, bem como os procedimentos necessários para atender às necessidades da população e garantir a resolubilidade dos serviços, é imprescindível que esses serviços tenham uma estrutura física adequada e sejam equipados com materiais e insumos que estejam disponíveis durante o atendimento.

Para tanto, o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde recomenda aos profissionais e gestores municipais que haja planejamento, programação e elaboração do ambiente físico das unidades de saúde. No projeto de estruturação das UBS, recomenda-se que haja ambientes para o atendimento médico, de enfermagem e de dentistas, inclusive para os casos de urgências básicas, além de prever mobiliários, equipamentos e instrumentos imprescindíveis para quaisquer atendimentos.

A área física da UBS deve prever uma sala de consulta que ofereça privacidade para entrevista e exame físico, além de ter disponibilidade de macas, caso seja necessário manter o paciente em repouso, e cadeiras de rodas, para pacientes que não possam se locomover.

As UBS e USF deverão contar com profissionais da equipe de saúde presentes durante todo o período de funcionamento da unidade. Dessa maneira, é preciso garantir o cumprimento da carga horária estabelecida tanto para os profissionais como para a abertura e fechamento da UBS, de forma que os usuários não deixem de ser acolhidos ou ter acesso aos serviços por esse motivo.

É importante ressaltar que o atendimento aos casos de urgência deve ser organizado e realizado por toda equipe de Saúde da Família, de acordo com cada especificidade de ação e competência profissional, para que assim não se torne sobrecarregada a função de nenhum dos membros da equipe.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a educação permanente dos profissionais da APS é de responsabilidade conjunta das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES/SMS) e cabe ao Ministério da Saúde apoiar a articulação de instituições, em parceria com SES e SMS, para capacitação de educação permanente desses profissionais.

Desse modo, este Caderno pode servir tanto como consulta individual como material de apoio para cursos e capacitações para as equipes de Saúde da Família promovidos pelas gestões dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal.

5.1 Medicamentos e materiais utilizados no atendimento às urgências/emergências

A seguir, apresentamos uma lista de materiais e medicamentos sugeridos que devem estar disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família para que se garanta um atendimento de qualidade aos casos de urgência.





5.1.1 Materiais para atendimento às “emergências”

266

- 1 torpedo de oxigênio de 1 m³, com válvula, fluxômetro, umidificador de 250 ml e 2 m de tubo de intermediário de silicone;
- 1 maleta tipo de “ferramentas” de 16” com alça para carregar;
- 1 caixa organizadora com pelo menos oito divisórias;
- 10 pacotes de gazes estéreis;
- 10 ampolas de água destilada de 10 ml;
- 5 seringas de 5 ml sem agulha;
- 5 seringas de 10 ml sem agulha;
- 10 agulhas 40 x 12;
- 2 cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14 g;
- 2 cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 16 g;
- 2 cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 18 g;
- 2 cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20 g;
- 2 cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22 g;
- 2 cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 24 g;
- 1 rolo de esparadrapo comum;
- 1 garrote;
- 3 equipos para soro simples;
- 3 conexões de duas vias;
- 3 frascos de soro fisiológico 0,9% de 500 ml;
- 1 sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU);
- 1 sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU);
- 1 sistema bolsa-máscara autoinflável neonatal com máscara transparente (AMBU);
- 2 máscaras de nebulização adulto;
- 2 máscaras de nebulização pediátrico;
- 3 cateteres para oxigênio tipo óculos;
- 1 aparelho para nebulização;





- 2 medidores de pico de fluxo (*Peak Flow*) reutilizáveis;
- 1 colar cervical adulto e 1 colar infantil.

5.1.2 Medicamentos que devem estar à disposição nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família/postos de saúde utilizados para o atendimento às urgências/ emergências clínicas

267

- 10 ampolas de adrenalina;
- 10 ampolas de atropina;
- 1 frasco de hidrocortisona de 100 mg;
- 1 frasco de hidrocortisona de 500 mg;
- 5 ampolas de glicose 50%;
- 5 ampolas de soro fisiológico 0,9%;
- Frascos de soro fisiológico 0,9% e soro glicosado 5%;
- 3 ampolas de terbutalina;
- 3 frascos de prometazina;
- 2 ampolas de diazepam;
- 1 ampola de haloperidol;
- 1 frasco de ipratrópio;
- 1 frasco de fenoterol;
- 1 cartela de dinitrato de isossorbida 5mg, via sublingual
- 1 cartela de Ácido Acetil Salicílico
- 5 ampolas de Tiamina;
- Medicamentos antihipertensivos,
- antibióticos (para administrar primeira dose na própria UBS nos casos de pneumonia em crianças),
- analgésicos (enteral e parenteral),
- antitérmicos (enteral e parenteral).

5.1.3 Equipamento de proteção individual:

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







Referências







IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA. **J Brás Pneumologia**, Brasília, v. 32, p. 447-474, 2006. Suplemento 7.

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 Epiglottitis. **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, mai. 2006.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS AND 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, mai. 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. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care, 2005. **Circulation**, United States, v. 112, n. 24, Dec. 2005. Supplement.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. 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 UF. 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 with epilepsy. **Epilepsia**, United States, v. 20, n. 6, p. 729-739, 1979.

ARROL, B.; KENEALY, T. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Centros de Informação de Assistência Toxicológica e Toxicologistas Clínicos. Disponível em: <<http://www.abracit.org.br/>>.

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.

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.

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.

BENSEÑOR, I. M. et al. **Semiologia Clínica**. São Paulo: Sarvier, 2002.

BEUMAN JG. Genital herpes: a review. **Am Fam Physician**, United States, v. 72, n. 8, p. 1527-34, 2005.

BHATTACHARYYA, N.; BAUGH, R. F.; ORVIDAS, L. et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo. **Otolaryngology Head and Neck Surg**, 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 Otorrinolaringol**, 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. Ministério Público Federal. **Episclerite – hiperemia localizada na conjuntiva bulbar temporal**. [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://aplicativos.pgr.mpf.gov.br/saude/ocular/imagens/episcleritis.200.jpg>>.

_____. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. **Exantema é maculopapular**. [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/sarampo%20tronco.JPG>>.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: política nacional de humanização- documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. **Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n. 22:** vigilância em saúde – zoonoses. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. **Emergência de saúde pública de importância internacional – ESPII:** ocorrências de casos humanos na América do Norte. Brasília: Ministério da Saúde, 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: Ministério da Saúde, 2005.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo para o enfrentamento à pandemia de influenza pandêmica (H1N1) 2009:** ações da atenção primária à saúde - Versão II. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências,** 2. ed., amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. 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, Brasília, DF, 20 jan. 2006.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2009.





_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Protocolo de manejo clínico e vigilância epidemiológica da influenza - versão IV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Protocolo de vigilância epidemiológica da influenza pandêmica (H1N1) 2009**: Notificação, investigação e monitoramento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 126p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/areacfm?id_area=456>. Acesso em: 21 fev. 2009.

BRASIL ESCOLA. **Impetigo bolhoso e não bolhoso**. [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://www.brasile scola.com/upload/e/impetigo%281%29.jpg>>.

BREMNER, 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, 2007

BROOK, I. Current issues in the management of acute bacterial sinusitis in children. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, Ireland, v. 71, n. 11, p. 1653-1661, 2007.

BTS. Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults. **Thorax**, England, v. 56, 1iv. 64, 2001. Supplement 4.

CDMV. **Portal do deficiente visual**. [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <http://www.cmdv.com.br/lermais_materias.php?cd_materias=448>.

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). In: **The Cochrane Library**, Issue 4. Oxford: Update Software, 2008.

COMMISSION ON THE CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF THE INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. **Epilepsia**, United States, v. 22, n. 4, p. 489-501, 1981.

COMMISSION ON THE CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF THE INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. **Epilepsia**, United States, v. 30, n. 4, p. 389-399, 1989.

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.





CRUMP, Vincent. Management of anaphylaxis. **New Zeland Family Phisisyen**, New Zealand, v. 33, n. 2, Apr. 2006.

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. **Revista 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 EM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE EM PEDIATRIA. **J Bras Pneumol**, Brasília, v. 33, 2007. Suplemento 1.

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: 01 abr. 2009.

DUNCAN, B.; SCHIMIDT, M.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 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 human poisoning. 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.

FALLACE, D. A. et al., **Emergência em odontologia diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998. 418 p.

FERNANDES, J. G.; PAGLIOLI, P. Vertigens e tonturas. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. ; GIULIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 1174-80.





FERNANDES, J. G.; KOWACS, F. Cefaléia. In: DUNCAN, Bruce. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FIGUEIREDO, C.; PIGNATARI, S. S. N. Infecções das Vias Respiratórias Superiores. In: TARANTINO, A. B. **Doenças Pulmonares**. 6. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 156-166

FÍSICA NA VIDA. **Desenho esquemático do olho-corte longitudinal**. [S.l.: s.n., 2009]. Disponível em: <<http://fisicanavida.files.wordpress.com/2009/11/olho.jpg>>.

FISIOWEB WGate. **Hipópio visível no 1/3 inferior da anterior**. [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <www.fisioweb.com.br>.

FISHER, R.S. et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against 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.

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 caso de 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: DUNCAN, Bruce. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FUCHS, F. D. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GARCIA, Kollin M. Doenças da próstata. In: **Promef Ciclo 2, modulo 4**. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora, 2006.

GERBER, M. A. et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the american heart association rheumatic fever, endocarditis, and kawasaki disease committee of the council on cardiovascular disease in young, the interdisciplinary council on functional genomics and translational biology, an the interdisciplinary council on quality of 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 e usuários**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. (Coleção Antropologia e Saúde).





GIUSTINA D; Back pain: red flags and green lights. In: **American College of Emergency Physicians.** Scientific Assembly, 2008.

GLOBAL ROAD SAFETY PARTNERSHIP. **Beber e dirigir:** manual de segurança viária para profissionais de trânsito e saúde. Genebra, 2007. Disponível em: <http://www.grsroadsafety.org/themes/default/pdfs/good_practice/drinking/Beber%20e%20Dirigir_Portuguese.pdf>.

GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION. **Global initiative for asthma,** 2007. Disponível em: <<http://www.ginasthma.org>>.

GOIATO, M. C. et al. Lesões orais provocadas pelo uso de prótese removíveis. **Pesq Bras Odontoped Clin 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. 2170 p.

GOODIN, D. S.; AMINOFF, M. J. Does the interictal EEG have a role in the diagnosis o f epilepsy? **Lancet**, England, v. 1, p. 837-839, 1984.

GOODMAN, A. Evaluation of postmenopausal bleeding. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 178, n. 4, Abr. 1998.

GOOGLE. **Exantema é maculopapular róse.** [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://images.google.com.br/images>>.

GOOGLE. **Exantema difuso, papular.** [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://images.google.com.br/images>>.

GOOGLE. **Erisipela.** [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://images.google.com.br/images>>.

GOOGLE. **Herpes simples labial.** [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://images.google.com.br/images>>.

GOOGLE. **Herpes genital.** [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://images.google.com.br/images>>.

GOOGLE. **Herpez zoster em tronco.** [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://knol.google.com/k/-/-/zjuphyxN/BwnSJQ/Zoster%20Trunk%202.jpg>>.

GOOGLE. **Lesões polimorfas da varicela.** [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://images.google.com.br/images>>.

GOOGLE. **Língua em framboesa.** [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://images.google.com.br/images>>.

GOOGLE. **Linhas marcadas nas dobras flexoras (sinal de Pastia) e eritema papular difuso.** [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://images.google.com.br/images>>.

GOOGLE. **Manobra de Dix-Hallpike.** [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://images.google.com.br/images>>.





GOOGLE. **Tabela de Snellen para alfabetizados**. [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://images.google.com.br/images>>.

GOOGLE. **Tabela de Snellen para não alfabetizados**. [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://images.google.com.br/images>>.

GORDON, E.; DEVINSKY, O. Alcohol and marijuana: effects on epilepsy and use by patients with epilepsy. **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 adults and 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.

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.; HICKEY, R. W.; BECKER, L. B. 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**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HEMILÄ, H. et al. Vitamin C for preventing and treating the common cold (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 4. Oxford: Update Software, 2008.

HIGA, E. M. S.; ATALLAH, A.N. Convulsões. In: **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: guia de medicina 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.

KANSKI, J. J. **Clinical ophthalmology**. 2. ed. Oxford: Butterworth-Heinemann , 1989.

KHOT, A.; POLMEAR, A. **Practical General Practice**. 5. ed. Inglaterra: Elsevier, 2006. p. 428-431.





KLEINMAN, A. **Patientes and healers in the context of culture**. USA: University of California Press, 1980.

KLOETZEL, K. O diagnóstico clínico: estratégias e táticas. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **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/Panamericana Editora, 2006.

KOZYRSKYJ, A. et al. Short course antibiotics for acute otitis media (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 4. Oxford: Update Software, 2008.

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. 1 v.

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.

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: cohort study. **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 seu tratamento. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 22, n. 2, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/img/fbpe/rbp/v22n2/a06anx01.gif>>.

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: Editora ArtMed, 2006.

LHATOO, S. D.; SANDER, J. W. A. S. The epidemiology of epilepsy and learning disability. **Epilepsia**, United States, v. 42, suppl.1, p. 6-9, 2001.

LIBBY, Peter; ZIPES, Douglas P.; BONOW, Robert O. **Braunwald – Tratado de doenças cardiovasculares**. 7. ed. São Paulo: Ed. Elsevier, 2006. 2 v.

LIMA JUNIOR, Edmar Maciel. et al. **Tratamento ambulatorial de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2009.

LOPES, H. F.; DRAGER, L. F. Hipertensão Arterial. In: LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica**. 1 ed. Roca: São Paulo, 2006. 1 v.





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 na comunidade 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: MACHADO, L. V. **Endocrinologia ginecológica**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

MACHADO, L. V. Sangramento Uterino Disfuncional. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 45, n. 4, aug. 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.

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**. Associação Médica Brasileira, 2003.

MARTINS, H. S.; DAMASCENO, M. C.; AWADA, S. B. **Pronto socorro**: condutas do hospital das clínicas da 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: **Portal da CAPES - Periódicos - Bases de dados textos completos**. Disponível em: <http://www.bu.ufsc.br>.

MIDIO, A. F.; MARTINS, D. I. **Toxicologia de alimentos**. São Paulo: Livraria Varela, 2000.

MORGAN, Eric; BLEDSOE, Scott; BARKER, Jane. Ambulatory management of burns. **Am 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 respiratory infection: 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, R. B.; GODOY, S. A. P.; COSTA, F. B. **Plantas tóxicas: conhecimento e prevenção de acidentes.** Ribeirão Preto: Ed. Holos, 2003. 64 p.

OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de.; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Ginecologia.** Belo Horizonte: Febrasgo, 2001.

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. **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, 1993.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Recomendaciones generales para abordar el manejo clínico de casos por infección 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. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

OWEN. Epstein. **Exame clínico.** 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

P. AUDIÊNCIA DA TV. **Lesões polimorfas de varicela.** [S.l.: s.n., 2009]. Disponível em: <<http://grupoaudienciadatv.files.wordpress.com/2009/05/catapora1.jpeg>>.

P.A. 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: Elsevier Saunders, 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.; SCHOFIELD, T.; TATE, P.; HAVELOCK, P. **The new consultation: developing doctor-patient communication.** England: The Oxford University Press, 2003.

PERRIN, D. et al. **Urgência em odontologia.** Porto Alegre: Artmed, 2008. 152 p.





PESSINI, A. S. **Lesões precursoras do câncer de endométrio**. Tratado de Ginecologia da FEBRASGO. 2000.

PINA, H. Hiperplasia endometrial: tratamento e diagnóstico. **Boletim sociedade brasileira de reprodução humana**, 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.

PINHEIRO, Roseni. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2003. 228p.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ – ABRASCO, 2006.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

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.

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. **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.

PSIQUIATRIA, Associação Brasileira. Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos – Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina. 2008.

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.

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.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600044&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 20 mar. 2009.

ROSSANA Sette Micologia Médica. **Lesões de escabiose em abdome**. [S.l.: s.n., 2010]. Disponível em: <<http://www.micologia.com.br/imagens/sarcoptes2.jpg>>.





SAKANO, E.; WECKX L. L. M.; BERNANDO, W. M.; SAFFER, M. Tratamento da otite média aguda na infância. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 52, n. 2, p 72-73, 2006 .

_____. **Dor: guias de medicina ambulatorial e hospitalar da escola paulista de medicina**. São Paulo: Ed. Manole, 2004.

SAKATA, R. K; ISSY, A. M. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: DOR**. 2. ed. São Paulo: Ed. 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**. 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. **Tópicos em clínica médica: diagnóstico e terapêutica**. 1. ed. 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.

SÃO PAULO. 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.

SÃO PAULO. 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>.

SÃO PAULO. 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 diarreicas agudas- MDDA**. 2008. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/hidrica/doc/mdda08_manual.pdf>.

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**, 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**, 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 the treatment of anaphylaxis with and without shock. **The Cochrane Library**, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software.

SILVEIRA, C. M.; ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C. **Álcool e suas conseqüências: uma abordagem multiconceitual**. São Paulo: Minha Editora. 2009. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdCategoria=5064d439c28ec1aad1a23e7ac887cb93>>





SIMÕES, C. M. O. et al. (Orgs.) **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 5. ed. rev. ampl. Porto Alegre / Florianópolis: Editora da Universidade UFRGS / Editora da UFSC, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Recomendação da sociedade brasileira de pediatria para antibioticoterapia de crianças e adolescentes com pneumonia comunitária**, 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.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretriz para pneumonias adquiridas na comunidade (PAC) em adultos imuno competentes. **J Bras Pneumol**, Brasília, v. 30, p. 1-24, 2004.

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. 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/II Diretrizes.pdf>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Diretrizes/V_Diretrizes_Brasileiras_de_Hipertensao_Arterial.pdf>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia. Recomendações para o tratamento da crise migranosa. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 58, n. 2A, p. 371-389, 2000.

_____. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia. Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 159-169, 2002.

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. **Atlas de clínica oftalmológica**. São Paulo: Manole, 1992.

STARFIELD, Bárbara. **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-tissue infections. **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, [s.l.]. Supplement 7.





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.

SUBCOMITÊ de classificação das cefaléias da sociedade internacional de cefaléia. classificação internacional das cefaléia. 2. ed. Trad. Sociedade Brasileira de Cefaléia. São Paulo: Alaúde Editorial Ltda, 2006.

SUCUPIRA, A. C. et al. **Pediatria em consultório.** 4 ed. São Paulo: Sarvier, 1995.

SUTTER, A. I. M.; LEMIENGRE, M.; CAMPBELL, H. Antihistamines for the common cold (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software.

SWARTZ, R.; LONGWELL, P. Treatment of vertigo. **Am Fam Physician**, United States, v. 71, n. 6, p. 1115-22, 2005.

TATTERSALL, R. B.; GALE, E. A. M. **Diabetes clinical management.** 1. ed. New York: Churchill Livingstone, 1990.

TAVERNER, D.; LATTE, G. J. Nasal decongestants for the common cold (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software.

TRAEBERT, J. et al. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na 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. In: 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: 01 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. 226 p.

VAN DEN BRINK-MUINEN A. et al. Communication in general practice: differences between European countries. **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. **OPAS/OMS**, v. 3, n. 12, p. 1-6, 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.

286 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for management of common diseases in young children in emergencies**. Disponível em: <http://www.searo.who.int/LinkFiles/List_of_Guidelines_for_Health_Emergency_draftdocument.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2009.

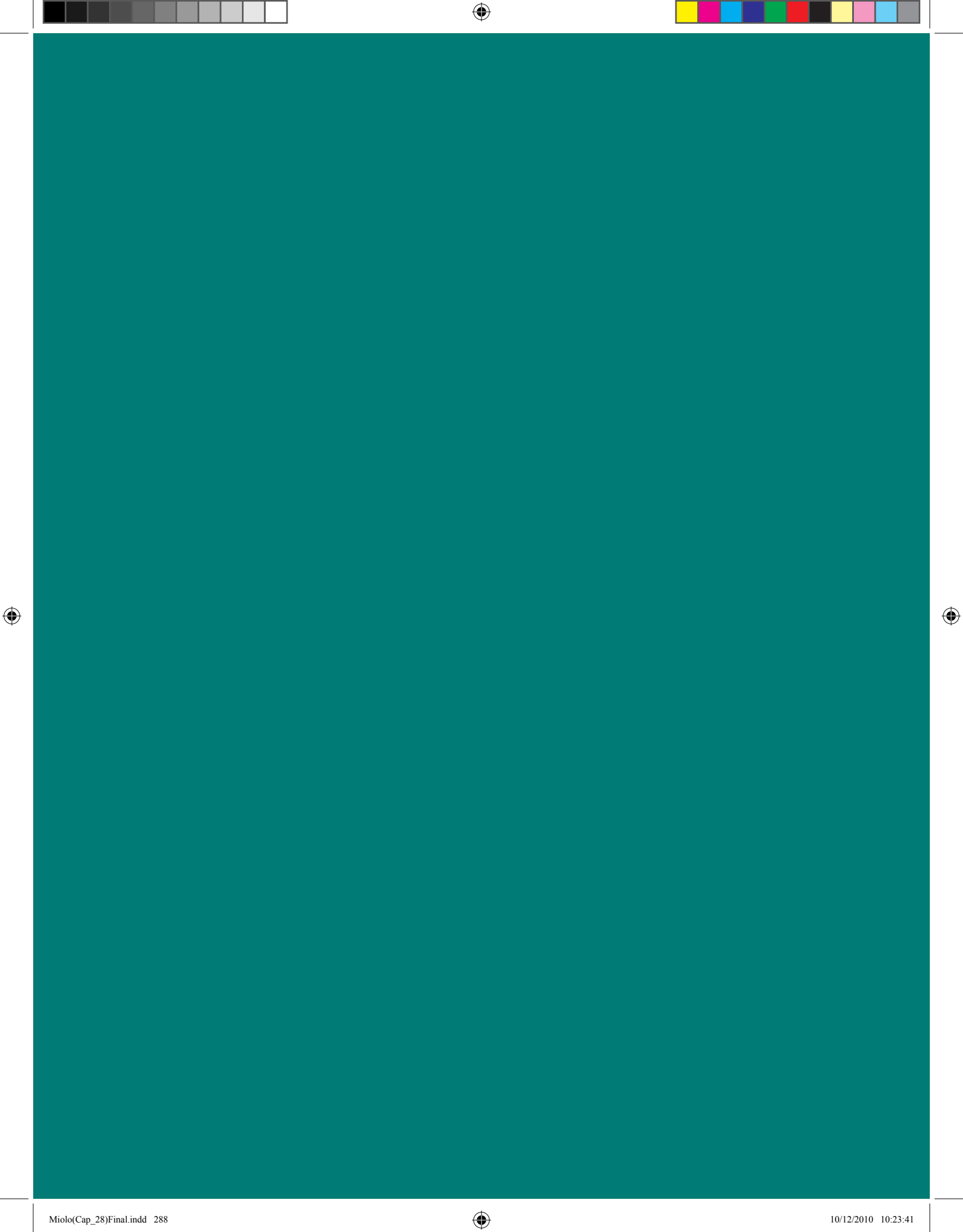
YAMANE, R. Como eu trato. Tratamento do glaucoma primário de ângulo fechado. **Arq. Bras. Oftalmol**, São Paulo, jul. 1997.

ZUKERMAN, E. Cefaléia do tipo tensional. In: SPECIALI, J. G.; SILVA, W. F. **Cefaléias**. 1. ed., São Paulo: Lemos editorial. 2002. p. 109-119.



Anexos





Anexo A

Rotina de exame neurológico

Documento elaborado e gentilmente cedido para este Caderno de Atenção Primária 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

Observar orientação, memória e fala

Adaptação do Folstein Mini Mental Status Examination	TOTAL
Orientação Data (que dia é hoje? registre os itens omitidos)	
dia (), mês (), ano (), dia da semana (), manhã / tarde ()	
Orientação Local (onde você está? pergunte os itens omitidos)	
país (), estado (), cidade (), local (), andar ()	
Registro de objetos (nomeie clara e lentamente três objetos e peça ao paciente para repetir)	
janela (), casaco (), relógio ()	
Sete Seriado (diminuir 7 de 100 sucessivamente ou soletrar MUNDO ao contrário)	
93 (), 86 (), 79 (), 72 (), 65 () ou O (), D (), N (), U (), M ()	
Recordar Objetos (relembrar os três objetos citados anteriormente)	
janela (), casaco (), relógio ()	
Denominação (aponte para o relógio e pergunte “O que é isto?”. Repita com um lápis)	
relógio (), lápis ()	
Repetição (repetir a frase “casa de ferreiro, espeto de pau” ou “nem aqui, nem ali, nem lá”)	
repetição correta na 1ª tentativa ()	
Comando Verbal (pegue o pedaço de papel, dobre-o ao meio e coloque-o sobre a mesa)	
pegar o papel (), dobrar ao meio (), colocar sobre a mesa ()	
Comando Escrito (mostrar um pedaço de papel com a frase “Feche os olhos”)	
fechou os olhos ()	
Escrita (escrever uma frase)	
Sentença com sujeito + verbo e que faça sentido ()	
Desenho (copiar o desenho da interseção de dois pentágonos)	
figura com 10 cantos e duas 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.



2. Nervos cranianos

I Olfatório

- Pedir para o paciente fechar os olhos.
- Tapar uma narina e colocar alguma substância de odor característico.
- Pedir para que ele diga do que se trata.

II Óptico

- Fundoscopia
 - Verificar a retina, papila óptica e vasos retinianos.
- Acuidade visual
 - Permitir o uso de óculos para longe ou lente de contato.
 - Posicionar o paciente a 6 metros da Tabela de Snellen ou a 35 cm da Tabela de Rosenbaum.
 - Cobrir um dos olhos e ler a Tabela.
 - Registrar a menor linha que o paciente consegue ler.
- Campimetria por confrontação
 - Posicionar-se à distância de 1 braço à frente do paciente.
 - Paciente e examinador olhando “um dentro dos olhos do outro”.
 - Abrir os braços e movimentar um dos dedos de uma mão.
 - Solicitar que indique qual lado está movendo, sem desviar o olhar dos olhos do examinador.
 - Testar os quatro quadrantes.
 - Se suspeitar de anormalidade, testar cada olho separadamente.

III, IV e VI Oculomotor, troclear e abducente

- Verificar simetria das fendas palpebrais e protusão ocular.
- Movimentação extraocular
 - Manter fixa a cabeça do paciente, solicitar que siga apenas com o olhar o dedo do examinador, e informar quando não estiver vendo nítido.
 - Movimentar o dedo nas seis direções, em forma de H.
 - Observar nistagmo, assimetria da movimentação e queixa de diplopia.
 - Checar convergência movendo o dedo na direção da ponta do nariz.





- Reação pupilar à luz
 - Em ambiente escuro, pedir que olhe para a frente e longe.
 - Alternadamente, iluminar com um foco de lanterna colocado obliquamente (90°) cada pupila.
 - Observar a reação pupilar do lado iluminado (fotomotor direto) e da outra pupila (fotomotor consensual).
 - Registrar o diâmetro pupilar e qualquer assimetria ou irregularidade.

V Trigêmio

- Sensibilidade de face
 - Explicar ao paciente o teste.
 - Com um objeto ponteagudo, tocar as regiões frontal, malar e mandibular, comparando a sensação dolorosa à direita e à esquerda e entre cada uma das regiões estimuladas.
- Reflexo corneano
 - Explicar ao paciente o teste (retirar lente de contato).
 - Solicitar que olhe para o lado e para cima.
 - Tocar a borda externa inferior da córnea do lado oposto com um pedaço de algodão.
 - Observar a reação de piscamento normal em ambos os olhos.
 - Repetir no outro lado.

VII Facial

- Mobilidade de face
 - Solicitar que enrugue a testa ou olhe para cima.
 - Solicitar que feche os olhos com força. Tente abri-los e teste a força do músculo orbicular dos olhos.
 - Peça para mostrar os dentes ou dar um sorriso.
 - Observar presença de assimetrias e ausências de pregas faciais.

VIII Acústico

- Audição
 - Em um ambiente silencioso, provoque um ruído esfregando as pontas dos dedos colocados ao lado de um dos ouvidos do paciente.
 - Gradualmente distancie a mão do ouvido do paciente.
 - Peça para informá-lo quando deixar de ouvir o ruído.





- Repita no lado oposto e compare os resultados.

IX e X Glossofaríngeo e vago

- Voz e deglutição
 - Indague se apresenta dificuldade de deglutição ou alteração de voz.
 - Solicite ao paciente que mantenha a boca aberta e diga EHHHHHHHHHHH!
 - Observe a simetria da elevação do palato e a ausência de desvio lateral da rafe mediana.

XI Acessório

- Força do músculo trapézio e esternocleidomastóideo
 - Solicitar para manter os ombros elevados.
 - Tentar abaixar os ombros.
 - Solicitar que mantenha a cabeça virada para um dos lados.
 - Tentar virar a cabeça para o lado oposto, fazendo resistência no queixo, enquanto palpa o esternocleidomastóideo oposto.
 - Observe assimetrias e atrofia dos músculos pesquisados.

XII Hipoglosso

- Motilidade da língua
 - Observar a língua dentro e fora da boca.
 - 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

- Solicitar que fique relaxado e sem opor resistência à mobilização dos membros.
- Com uma das mãos, apoiar o braço e, com a outra, 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 simultaneamente movimentos de flexão/extensão e rotação dos membros superiores.
- Com o paciente deitado, colocar uma das mãos na panturrilha e com a outra mão, segurar o pé, efetuando movimentos de flexão, extensão e rotação dos membros inferiores.
- Observar a simetria do tônus muscular e a presença de redução (hipotonia) ou de aumento (hipertonía plástica ou espástica).





Força muscular

- Testar a força fazendo o paciente manter uma posição, enquanto o examinador tenta vencer a resistência.
- Sempre comparar a força de um músculo com o seu oposto.
- 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.
 - Examinador executa breves movimentos forçando os braços para baixo.
 - 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.

Testar os seguintes músculos/grupos musculares:

Movimento	Músculo
Membros superiores	
Abdução braço após 45°	Deltoide
Flexão cotovelo	Bíceps
Extensão cotovelo	Tríceps
Apertar dois 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

- Profundos
 - Solicitar que fique relaxado e corretamente posicionado antes do exame.
 - Percutir o ponto tendinoso firmemente.
 - 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).
 - 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 enconstrado, 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 obtido resposta

Principal raiz envolvida	Reflexo
Membros superiores	
C5	Bicipital
C6	Estiloradial
C7	Tricipital
Membros inferiores	
L4	Patelar
S1	Aquileu

- Superficiais
 - Cutaneoplantar – 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.
- Cutaneoabdominal
- Esfregar com um objeto rombo as regiões laterais do abdome (superior, média e inferior), em direção à linha média;
- 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.
- Palmomentoniano
- 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).
- Nasolabial
- 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.
- Glabellar
- Percutir com a ponta do indicador a glabella;
- 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

- Movimentos rápidos alternados (diadococinesia)
 - Em posição sentada, alternadamente, bater o dorso e a palma das mãos nas coxas.





- Bater a ponta do indicador na ponta do polegar o mais rápido possível em ambas as mãos.
- Observar o ritmo e a simetria dos movimentos.
- Movimentos de ponto a ponto
 - Tocar a ponta do dedo do paciente na ponta do dedo do examinador, que o moverá pelos vários quadrantes. Repetir com o outro lado.
 - 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.
 - Colocar o calcanhar sobre a crista da tíbia da perna oposta e deslizar até o hálux. Repetir com o outro lado.
 - Observar a simetria, precisão e a ausência de tremor.

4. Sistema sensitivo

Dor e tato

- Explicar ao paciente o teste a ser realizado e peça que mantenha os olhos fechados e informe ao examinador quando a sensibilidade for alterada (aumentada, diferente ou reduzida).
- Comparar áreas simétricas em ambos lados do corpo e segmentos proximais e distais.
- Caso exista suspeita de lesão medular, radicular, nervosa, pesquisar a área sensitiva correspondente bilateralmente e registrar detalhadamente os limites da alteração.
- 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

- Segure lateralmente o hálux e mova lentamente para cima e para baixo, informe ao paciente quando está movendo para cima e para baixo.
- Solicitar que feche os olhos e informe a direção que está movendo o dedo.
- Se alterado, realizar o procedimento no polegar.

Sinal de Romberg

- Solicitar que permaneça de pé sem apoio por cinco a 10 segundos. Após isso, fechar os olhos e permanecer na mesma posição por mais cinco a 10 segundos. Será considerado Romberg + quando apresentar instabilidade apenas com os olhos fechados.

5. Marcha e equilíbrio

- 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.
- Pedir para caminhar em linha reta alguns metros e voltar.





- Observar o padrão de marcha. Caso não seja característico (por exemplo hemiplégica ou parkinsoniana), descrever detalhadamente.
- Caminhar na ponta dos pés e nos calcanhares.

6. Conclusão do exame

- Diagnóstico sindrômico
- Diagnóstico topográfico

7. ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8



Favor não inserir o logotipo da Gráfica.

Informações da gráfica
(colofão)

