



PROJETO
TeleNordeste

PROTOSCOLOS PARA APS

Compilação & adaptações

TeleNordeste
Hospital Alemão
Oswaldo Cruz

Sergipe





PROJETO

TeleNordeste

2023 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvmsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1.000

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Executiva
Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
Edifício Sede, 3º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-2600
Site: www.saude.gov.br
E-mail: dgip@saude.gov.br

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Setor Comercial Sul, Quadra 9, torre C,
sala 1.105, Edifício Parque Cidade Corporate
CEP: 70308-200 – Brasília/DF
Site: www.conass.org.br

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Rua Treze de Maio, 1.815, Bela Vista
CEP: 01327-001 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3549-1000
Site: www.haoc.com.br

Médicos Especialistas Organizadores

Eno Dias de Castro Filho
Vinícius de Menezes Araújo

Médicos Especialistas Teleinterconsultores

Adriana Miyauchi
Ana Paula Maróstica Cecato
Beatriz Espinosa Franco
Bianca Medeiros De Abreu
Caroline Corrêa Maranhão
Christiane Andrade de Azevedo
Clariana Nascimento de Oliveira
Cristiane Maciel Zambolim
Daniel Damiani

Daniela Laranja Gomes Rodrigues
Eduardo Souza
Eric Balliari
Felipe Ladeira Caracuel
Fábio Gazelato de Mello Franco
Gabriel Bienes
Grazielle Costa Santos
Isabela Fonseca
Juliana Gentile
Ligia Lopes Balsalobre Trevizan
Lucas Deperon Toldo
Lucas Henrique Feitosa Soares
Luciana Tupy Tavares
Luhanda Leonora Cardoso Monti Sousa
Maísa Vieira da Silva Malta
Marcelo El Khouri
Marcos Da Silveira Cima
Maria Tereza Martins Ferrari
Marina Trombin Marques
Melina Alves Da Frota
Natália Parente Alencar
Pedro Carlos Barreto da Silva
Roger Santana
Sandro Matas
Stella Pellini
Thiago Abrahão de Oliveira

Nutricionista Especialista Teleinterconsultora

Maria Laura Monteiro da Luz Camargo

Equipe HAOC

Ana Paula Neves Marques de Pinho
Andre Felipe Martins de Araujo Silva
Eliana Mara Brunharo Marchini
Fernanda Saks Hahne
Leonardo Piovesan Mendonça
Marcos Aurélio Maeyama
Nidia Cristina de Souza
Ricardo Mendes de Matos
Vanessa dos Santos Gonçalves Senra



PROJETO

TeleNordeste

APRESENTAÇÃO

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) apresenta um conjunto de 24 compilações e elaborações de protocolos clínicos para a Atenção Primária à Saúde (APS).

Essa entrega é fruto da sinergia entre times do HAOC, que atua no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), conhecido como TeleNordeste, voltado para a APS de Sergipe no triênio 2021-2023, a partir de demanda da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, (SAPS/MS) e do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), também do setor de Gestão de Saúde Populacional (GSP) do HAOC, publicamente conhecido como Saúde Integral.

Esta produção é formatada para apoio à tomada de decisões no cuidado integral, continuado, coordenado e contextualizado de pessoas afetadas por condições clínicas relevantes. Foi construída tendo em vista as necessidades clínicas cotidianas de equipes de APS, especialmente de seus médicos. No caso de municípios que desejem validá-la e assumi-la localmente, também pode ser apoio para enfermeiros, farmacêuticos e demais profissionais autorizados a atuar conforme protocolos.

Esta produção é formatada para apoio à tomada de decisões no cuidado integral, continuado, coordenado e contextualizado de pessoas afetadas por condições clínicas relevantes.

As guias aqui apresentadas, em sua maioria, não são elaborações inéditas, à exceção de algumas com foco mais delimitado. Grande parte do nosso esforço foi de seleção e compilação de materiais de alguma forma financiados ou chancelados pelo Ministério da Saúde do Brasil para uso na APS, inclusive alguns já parcialmente implementados e publicados por Secretarias de Saúde, dos quais aproveitamos essencialmente fluxogramas e quadros. A preocupação básica é que as equipes de APS tenham facilidade para encontrar informação direta para apoio à tomada de decisão. Também realizamos neles algumas atualizações e edições.

A busca pela disponibilização de um material de alta utilidade para a APS tem alguns pressupostos, abordados a seguir.

Muitas diretrizes clínicas, guidelines, protocolos e consensos enfatizam um conteúdo pensado para os consultórios e ambulatorios das especialidades focais, onde muitas vezes os pacientes já chegam filtrados pela APS. São moldados à prevalência de risco mais elevado das pessoas que chegam ao nível secundário de cuidado. Na APS, tratando-se da população geral, as pessoas com moderado e alto riscos são a minoria¹. A aplicação irrefletida ou não contextualizada de diretrizes de especialidade focais à APS pode levar a cascatas desnecessárias de procedimentos invasivos, cujos danos são conhecidos².

¹ Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 10 ago. 2023.

² Disponível em: <https://arxiv.org/pdf/2206.08463.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2023.



PROJETO

TeleNordeste

Além disso, todos somos cientes do problema dos conflitos de interesse presentes em muitas produções patrocinadas para especialidades focais³. De outro modo, um balanço entre probabilidade de benefício e dano de uma recomendação oriunda da especialidade focal pode ser favorável em seu ambiente, mas desfavorável na APS⁴.

Nessa busca por conteúdo apropriado, útil e de fácil consulta, identificou-se um núcleo de produções especificamente construídas para APS, encomendadas ou chanceladas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Trata-se do PACK Brasil Adulto, dos Protocolos da Atenção Básica (PAB/MS), publicados ou no prelo, e de Materiais do TelessaúdeRS, projeto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A estes foram somados conteúdos internacionais selecionados, aos quais se acrescentou um juízo próprio sobre suas recomendações. Incorporou-se a orientação de compartilhamento de muitas das decisões clínicas entre os profissionais e as pessoas sob seu cuidado, especialmente à luz de valores do Número Necessário para Tratar (NNT) das intervenções. Buscou-se enxergar as necessidades de saúde de modo integral e ter em vista desfechos de tempo de vida, qualidade de vida e funcionalidade do interesse das pessoas, superando enfoques apenas orientados à doença.

A elaboração, em sinergia com os setores referidos acima, teve seu início entre os médicos de família e comunidade (MFC). Foi revisada e recebeu contribuições de especialistas em cardiologia, endocrinologia, neurologia, neuropediatria, psiquiatria e fisioterapia, num processo dialogado com os médicos de família e comunidade. Entendemos que esta produção se insere em um processo permanente de construção coletiva. Espera-se que possa ser enriquecida e atualizada de diversos modos. Desejamos que este material seja tão útil para os profissionais de APS quanto foi interessante e desafiador para os autores que o produziram.



³ Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8105509/pdf/main.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2023.

⁴ Disponível em: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/5117/2684>. Acesso em: 9 ago. 2023.



PROJETO

TeleNordeste

Sumário



PROJETO
TeleNordeste



1

Risco Cardiovascular

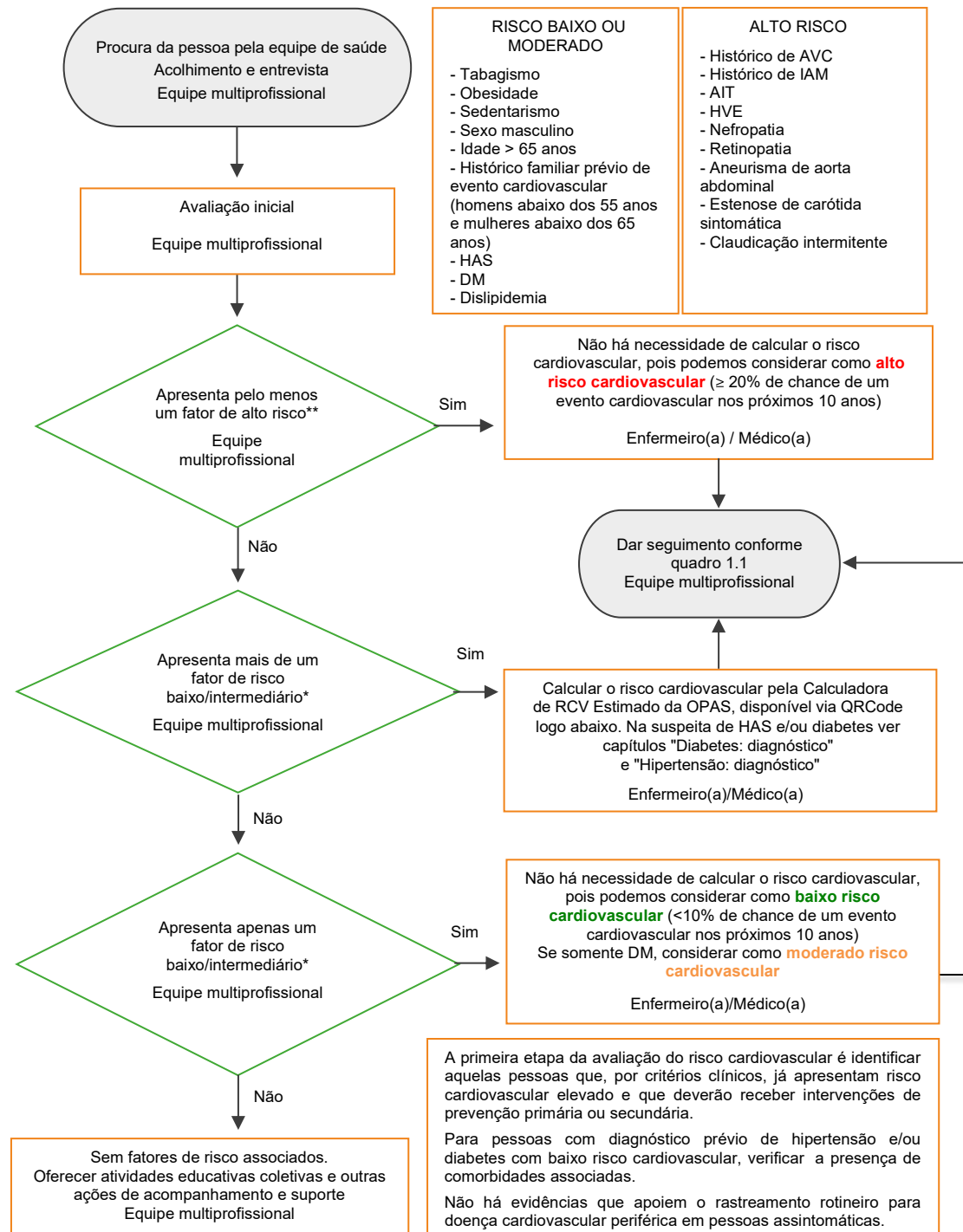


PROJETO

TeleNordeste

MANEJO DO RISCO CARDIOVASCULAR

Fluxograma 1.1//Estratificação de risco nas condições crônicas não transmissíveis



Fonte: adaptado de Brasil (2017).



Aponte a câmera do celular e acesse a estimadora de RCV da OPAS. No site, selecione "Brasil" para a calculadora usar bases populacionais do nosso país.

Se houver suspeita clínica de que um caso estratificado como intermediário seja, na realidade, de alto risco, pode-se buscar Escore de Cálculo Coronariano ou outra forma disponível de refinamento.



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 1.1//Readequação do risco cardiovascular nas condições crônicas, conforme capacidade para autocuidado

Risco	Critérios de Framingham e a capacidade para o autocuidado	Quem faz
Baixo	<ul style="list-style-type: none">• Baixo risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado suficiente e• Ausência de lesões em órgãos-alvo identificada*.	
Moderado	<ul style="list-style-type: none">• Baixo risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado insuficiente** ou• Risco Intermediário de evento cardiovascular maior em 10 anos.• Em qualquer uma das opções é obrigatória a ausência de lesões identificadas em órgãos-alvo*.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Alto	<ul style="list-style-type: none">• 20% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos ou• Risco Intermediário de evento cardiovascular maior em 10 anos, capacidade de autocuidado insuficiente** ou• Presença de lesões em órgãos-alvo identificada*.	

*Entende-se por lesões de órgãos-alvo (LOA): hipertrofia de ventrículo esquerdo identificada no eletrocardiograma de rotina, doença cerebrovascular (acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório); doença cardiovascular (angina, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca); doença arterial periférica; retinopatia avançada (papiledema, hemorragias e exsudatos) e doença renal crônica (taxa de filtração glomerular < 30).

**Entende-se como capacidade de autocuidado insuficiente a limitação em níveis relevantes da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: dificuldade de compreensão de sua condição crônica; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; recolher-se em sua condição crônica; estar sem ação para melhoria de sua condição; abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas; e depressão grave com prejuízo nas atividades diárias.

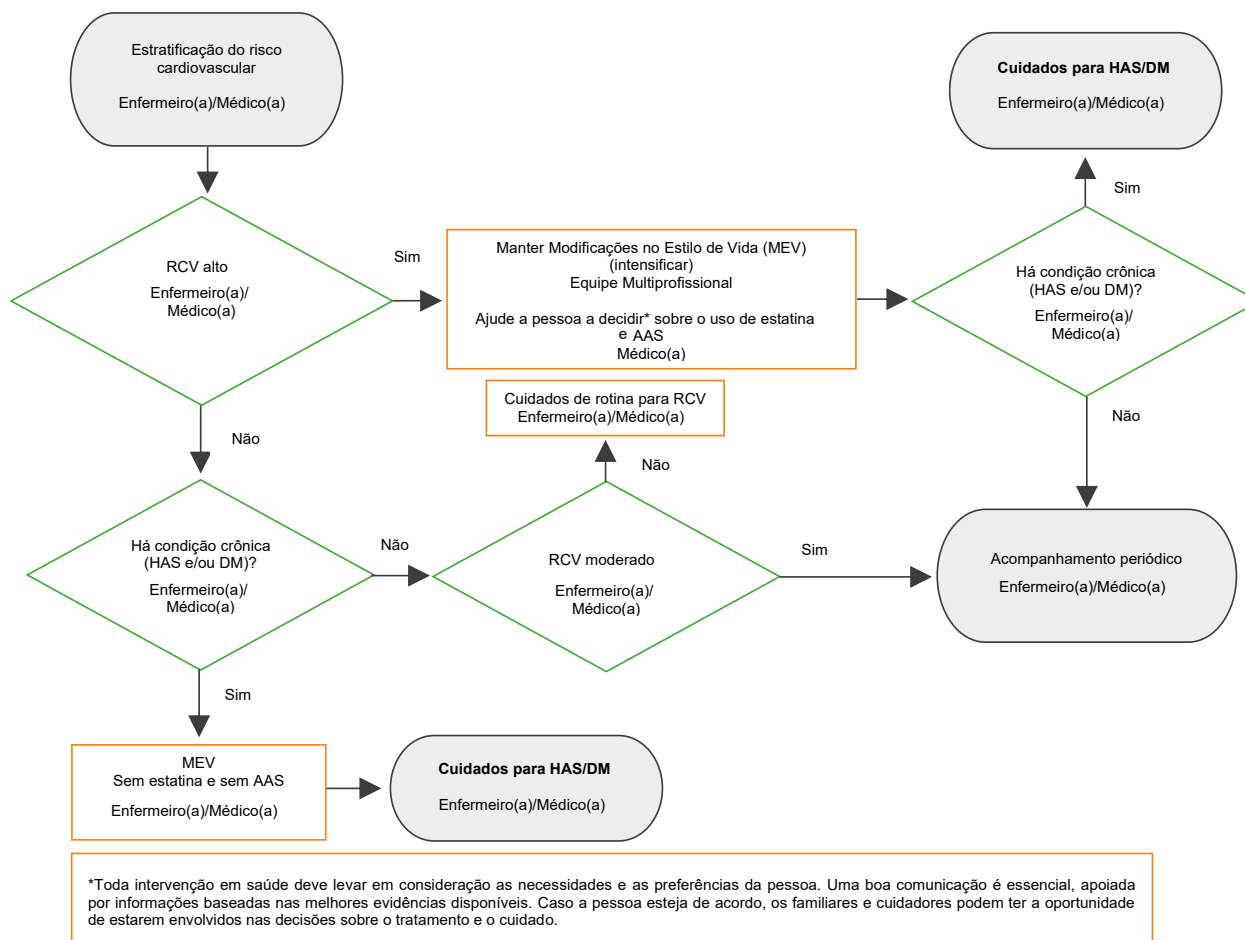
Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Fluxograma 1.2// Organização do cuidado a partir do risco cardiovascular (RCV)



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Avalie o paciente com fatores de RCV ou RCV ≥ 10% ou DCV confirmada

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Investigue dor no peito, falta de ar, dor na perna, ou início súbito de fraqueza/dormência assimétrica da face (com mínimo/nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual. Se usa estatinas e início recente de dor muscular, fraqueza.
Fatores modificáveis	Toda consulta	Pergunte sobre tabagismo, dieta e atividade física. Maneje conforme abaixo.
IMC	Toda consulta	IMC é peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m). Almeje IMC < 25.
Circunf. abdominal	Toda consulta	Meça com o paciente em pé, expirando, à meia altura entre o último arco costal e o topo da crista ilíaca. Almeje < 88cm (mulher) e < 102cm (homem).
PA	Toda consulta	Se hipertensão conhecida, clique aqui . Se não, verifique PA: se ≥ 140/90, investigar HAS.
RCV	Se 40-75 anos	Se < 10% com fator de RCV ou 10-20%, reavalie após 1 ano. Se > 20%, reavalie após 6 meses.
Glicose	Se necessário	Verifique necessidade de rastrear diabetes.
Colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TGC)	• Ao calcular o RCV • 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada ¹	• Se CT > 300mg/dL, repita/ confirme . Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta . Se TGC ≥ 500mg/dL, repita/ confirme , avalie fatores modificáveis e discuta . • Se usa sinvastatina para DCV confirmada ¹ , almeje reduzir não-HDLc ² > 40%. Se ≤ 40%, repita/ confirme , avalie adesão, fatores modificáveis e discuta .

Aconselhe o paciente com fatores de risco para DCV ou RCV ≥ 10% ou DCV confirmada

- Converse sobre RCV: explore compreensão sobre RCV e necessidade de mudar estilo de vida. Pergunte: o que sabe sobre RCV, quais suas preocupações e como acha que pode ser ajudado.
- Aborde 1 fator de RCV por vez: ajude paciente escolher e planejar como adotar as mudanças; explore dificuldades e potencialidades; pactue metas razoáveis para próxima consulta.



Atividade física

- Almeje pelo menos 30 minutos de exercício moderado (ex. caminhada acelerada) na maioria dos dias da semana.
- Aumente as atividades de rotina: jardinagem, arrumação da casa, caminhar em vez de usar automóveis, usar escadas em vez de elevadores.
- Exercite os braços se não puder usar as pernas.



Tabagismo

Cessar uso de tabaco.



Peso

- Almeje IMC < 25, e circ. abdominal < 88cm (mulheres) e < 102cm (homens).
- Qualquer perda de peso é benéfica, mesmo abaixo da meta.



Dieta

- Coma diferentes alimentos com moderação. Reduza o tamanho das porções.
- Aumente o consumo de frutas e vegetais.
- Reduza alimentos gordurosos: prefira alimentos com baixo teor de gordura, corte a gordura animal.
- Reduza alimentos salgados pré-processados (caldos e molhos, sopa de pacote). Evite adicionar sal ao alimento.
- Evite ou use menos açúcar.



Maneje o estresse
Avalie e maneje o estresse.



Investigue uso arriscado de álcool/drogas

- Limite consumo de álcool em ≤ 2 doses³/dia e evite beber pelos menos 2 dias/semana.
- No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses³/vez; 2) usou drogas ilegais; ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer um [clique aqui](#).

- Identifique apoio para mudança de estilo de vida: amigos, parceria ou familiares para acompanhar em consultas e grupos, ou considere encaminhar para equipe multiprofissional de apoio.
- Seja motivador, encorajador e parabeneze por cada conquista. Evite julgar, criticar ou culpar. É direito do paciente tomar decisões acerca da própria saúde. Comunique-se efetivamente.

Trate o paciente com RCV

- Se DCV confirmada¹:
 - Prescreva **sinvastatina**⁴ 40mg (se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e **discuta**) à noite, uso contínuo, independente dos valores de colesterol.
 - Prescreva **AAS**⁵ 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva **clopidogrel** 75mg a/dia.
- Se RCV > 20% ou idade ≥ 40 anos com diabetes e sem DCV confirmada¹: **ajude** paciente a decidir sobre uso de sinvastatina/estatinas; discuta preferências, sucesso com fatores modificáveis, benefícios (menor benefício se mulher ou > 65 anos) e possíveis efeitos adversos (dor/fraqueza muscular). Se ele(a) decidir usar, prescreva **sinvastatina**⁴ 40mg (se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e **discuta**) à noite. Não há necessidade de monitorar valores de colesterol se usa sinvastatina/estatinas para prevenção primária.

¹História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ²Colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL. ³Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ⁴Não prescreva sinvastatina se usa atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: considere, ao invés, **atorvastatina** ou **pravastatina**. ⁵Não prescreva se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos ou uso de AINEs, corticoide, varfarina.



PROJETO

TeleNordeste

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DAS CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES (Complementa cuidados de rotina para RCV)

Quadro 1.2//Intervenções não dietéticas

Tratamento	Considerações	O que fazer
Redução do Tabagismo	<p>Estar atento(a) para as indicações do tratamento farmacológico.</p> <p>Revisões sistemáticas demonstram que a associação de intervenções em grupo associadas ao tratamento farmacológico é mais efetiva que qualquer um dos dois isoladamente, podendo até triplicar as chances de abstinência.</p>	Seguir recomendações do capítulo “Saúde Mental”.
Práticas corporais e atividades físicas	<p>Evidências demonstram redução média de 4-6mmHg na PAS e de 3mmHg na PAD.</p> <p>É a única modificação do estilo de vida com evidência de redução de mortalidade (tanto por causas cardiovasculares como geral) em hipertensos.</p> <p>Avaliar atividades específicas** para equilíbrio e prevenção de quedas em pessoas de alto risco (exemplo: idosos).</p>	<p>Recomendar realização de atividades cotidianas que envolvam as práticas corporais e atividades físicas: evitar destinar muitas horas à TV, fazer percursos curtos a pé, sair para passear com familiares, amigos e/ou cachorro, brincar com crianças, ajudar nas atividades domésticas e, sempre que possível, caminhar diariamente.</p> <p>Incentivar a realização das práticas corporais e atividades físicas com predominância aeróbia* de intensidade moderada ao menos por 30 minutos todos os dias.</p>

*Maioria dos estudos é com atividade aeróbica. Há também alguns com atividade física de resistência (força), parecendo também ter efetividade.

**Solicitar matriciamento com educador físico ou fisioterapeuta, se necessário/disponível.



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 1.3//Intervenções dietéticas

Tratamento	Considerações	O que fazer
Redução do peso corporal e alimentação saudável: há evidência de redução da pressão arterial em pessoas com HAS	<p>Analisar: cultura local; disponibilidade dos alimentos e custos envolvidos na aquisição; e motivação para a mudança.</p> <p>Problematizar as dificuldades de maneira personalizada utilizando tecnologias leves, como a entrevista motivacional e o método clínico centrado na pessoa.</p> <p>A redução da PA independe da prática concomitante de atividade física ou de restrição do consumo de sal, embora reduções mais significativas possam ser observadas em caso de adesão a mais de uma mudança no estilo de vida.</p>	<p>Recomendar perda de peso (5% a 10% do peso inicial) em pessoas com sobrepeso ou obesidade.</p> <p>Avaliar índice de massa corporal e circunferência abdominal.</p> <p>Desejável IMC < 25kg/m². para menores de 60 anos e < 27kg/m² para maiores de 60 anos.</p> <p>Utilizar <i>Guia alimentar para a População brasileira, Dez Passos para uma alimentação e Estratégia global para alimentação saudável e atividade física.</i></p>
Redução da ingestão de sal: evidências demonstram redução de PA em pessoas com HAS	<p>Recomendada pela maioria dos <i>guidelines</i> nacionais e internacionais por ter baixo risco e potenciais benefícios que extrapolam os desfechos cardiovasculares.</p> <p>Revisões sistemáticas de Ensaios Clínicos Randomizados demonstram redução de PA de 5/3mmHg quando restrição de ingestão de NaCl para um máximo de 75meq/dia por no mínimo quatro semanas em pessoas com hipertensão. Eficácia menor observada em não hipertensos.</p>	<p>Estimular uso de temperos naturais e frescos como alho, cebola, cebolinha, alecrim, louro, salsa, coentro, manjerição, cominho, orégano e outros disponíveis.</p> <p>A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma redução de < 5g/dia de sal (equivalente a menos de uma colher de chá — rasa — de sal ao dia) em adultos (recomendação forte).</p>
Redução do consumo de álcool	<p>Em uma série de estudos prospectivos observacionais (incluindo dois grandes RS), o consumo moderado (até 2 doses/dia em homens e 1 dose/dia em mulheres*) diminuiu mortalidade por eventos coronarianos. O benefício foi observado em diferentes subgrupos, incluindo os com doença arterial coronariana (DAC) estabelecida para as pessoas acima de 65 anos.</p> <p>É importante, por outro lado, salientar que o consumo acima do considerado moderado está associado com aumento da mortalidade em pessoas com DAC, além das demais potenciais complicações já classicamente associadas com o uso prejudicial de álcool e o alcoolismo.</p>	<p>Estimular redução em homens para menos de duas doses ao dia, e mulheres menos de uma dose ao dia, sobretudo naqueles que consomem mais de 5-6 doses/dia.</p> <p>Ficar pelo menos dois dias da semana sem beber, comer sempre antes de beber e tomar água entre um copo e outro pode apoiar a redução do consumo.</p> <p>Seguir as recomendações do capítulo “Saúde mental”.</p>

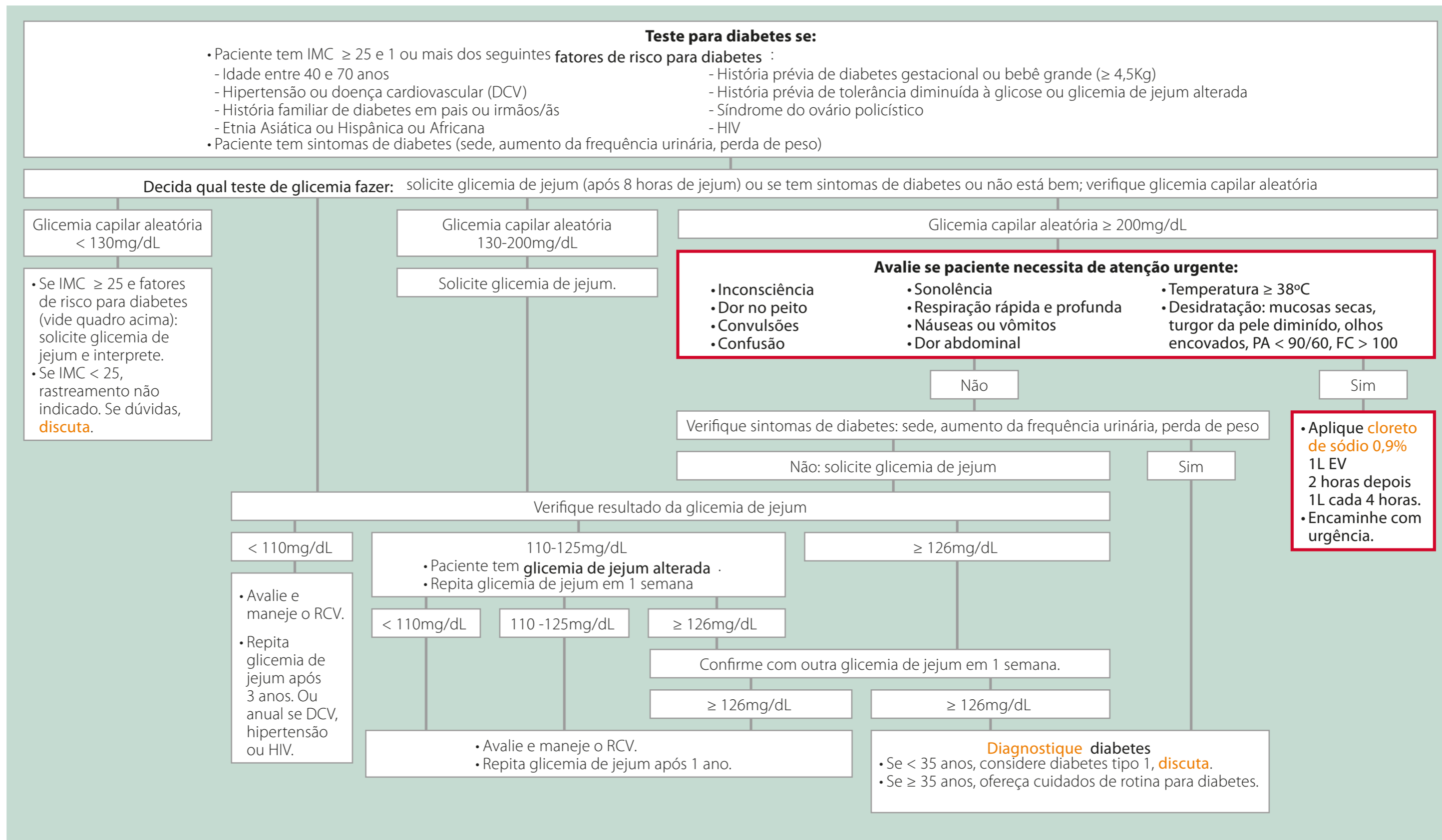
*1 dose equivale a 1 lata de cerveja, ou meio copo de vinho, ou 40ml de destilados (tipo cachaça, vodka, uísque, conhaque, licor, rum etc).

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



DIABETES

Diabetes: diagnóstico



Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).



Diabetes: cuidados de rotina

Atenda com urgência o paciente diabético com qualquer um dos seguintes:

- Dor no peito
- Convulsões
- Diminuição da consciência, sonolência
- Confusão ou comportamento atípico
- Tremores
- Sudorese
- Palpitações
- Fraqueza ou tontura
- Respiração rápida e profunda
- Náusea ou vômitos
- Dor abdominal
- Sede ou fome
- Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Desidratação: mucosas secas, turgor da pele diminuído, olhos encovados, PA $< 90/60$, FC > 100

Se qualquer um dos acima, verifique glicemia capilar aleatória:

Glicose $< 70\text{mg/dL}$

- Dê água com açúcar via oral/esfregue açúcar dentro da boca. Se diminuição da consciência ou glicemia $\leq 50\text{mg/dL}$, aplique **glicose 50%** 25mL EV em 1-3min.
- **Repita** se glicemia $< 70\text{mg/dL}$ depois de 15 minutos.
- Dê comida assim que ele(a) possa comer com segurança.
- Identifique a causa e oriente sobre refeições e doses. Se usa glibenclamida ou insulina, **revise o tratamento**.
- Encaminhe no mesmo dia se recuperação incompleta. Continue **glicose 5%** 1L EV cada 6 horas.

Glicose $\geq 200\text{mg/dL}$

- Aplique **cloreto de sódio 0,9%** 1L EV em 2 horas depois 1L cada 4 horas.
- Encaminhe com urgência.

Avalie o paciente com diabetes

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Maneje sintomas conforme página do sintoma. Pergunte sobre dor no peito e dor na perna.
Planejamento familiar	Toda consulta	Avalie necessidades de contracepção. Se gestante ou planejando engravidar, discuta .
RCV	No diagnóstico e anual	Avalie RCV.
PA	Toda consulta	Se hipertensão conhecida, clique aqui . Se não, verifique PA: se $\geq 140/90$.
Olhos para retinopatia	No diagnóstico, anual e se problemas visuais	Encaminhe se diagnóstico recente de diabetes, problemas visuais, catarata ou retinopatia.
Pés	<ul style="list-style-type: none"> • Visual: toda consulta • Abrangente: no diagnóstico e anual, mais frequente se houver problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Visual: procure úlcera, rachadura, calo, vermelhidão, calor, deformidade. • Abrangente: pulsos, pés, reflexos, sensações nos dedos e pés • Se úlcera(s). Se infecção grave ou outras anormalidades, discuta.
Glicemia capilar aleatória	<ul style="list-style-type: none"> • Se sintomas • Se ajuste tratamento oral: cada 2 semanas • Se ajuste insulina: cada 3 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Se aleatória ou em jejum $< 70\text{mg/dL}$ ou $\geq 200\text{mg/dL}$ dê atenção urgente como acima. • Se usa insulina, faça/oriente fazer pela manhã em jejum e interprete. • Se aleatória $\geq 180\text{mg/dL}$ ou em jejum $\geq 140\text{mg/dL}$, aumente dose. • Se aleatória 70-179mg/dL ou em jejum 70-149mg/dL, mantenha dose e pare de medir.
HbA _{1c} : meta de $< 7\%$ (considere intervalo 7-7.9% ¹)	<ul style="list-style-type: none"> • Cada 6 meses se HbA_{1c} na meta • Cada 3 meses se HbA_{1c} acima da meta ou depois de mudanças no tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Se HbA_{1c} na meta: continue o mesmo tratamento para diabetes e repita HbA_{1c} em 6 meses. • Se HbA_{1c} acima da meta e boa adesão: intensifique o tratamento e repita HbA_{1c} após 3 meses. • Se HbA_{1c} acima da meta e má adesão: eduque sobre importância da adesão e repita HbA_{1c} após 3 meses.
RAC ²	No diagnóstico e anual se não usa enalapril	Se RAC elevado, exclua infecção urinária e repita duas vezes (em 3 e 6 meses) para confirmar nefropatia diabética. Se confirmada, inicie enalapril.
Creatinina (TFGe)	<ul style="list-style-type: none"> • No diagnóstico e anual • Se > 75 anos: 2 semanas após iniciar/aumentar enalapril/losartan 	<ul style="list-style-type: none"> • Se TFGe $< 60\text{mL/min}$, discuta. • Se TFGe $< 30\text{mL/min}$, encaminhe com prioridade. • Se diminuição de $> 25\%$ após iniciar ou aumentar enalapril ou losartan, repita/confirme em 2 semanas e discuta.
Potássio sérico	Se usa enalapril/losartan: 2 semanas após iniciar/aumentar e anual	Se potássio sérico $\geq 5,0\text{mEq/L}$: repita/ confirme imediatamente, discuta e considere reduzir dose de enalapril/losartan.
Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TGC)	<ul style="list-style-type: none"> • No diagnóstico e anual • 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada 	<ul style="list-style-type: none"> • Se CT $> 300\text{mg/dL}$, repita/confirme. Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta. Se TGC $\geq 500\text{mg/dL}$, repita/confirme, avalie fatores modificáveis e discuta. • Se usa sinvastatina para DCV confirmada³, almeje reduzir não-HDLc⁴ $> 40\%$. Se $\leq 40\%$, repita/confirme, avalie adesão, fatores modificáveis e discuta.

¹Almeje uma meta maior de HbA_{1c} se > 65 anos, expectativa de vida limitada, DCV confirmada (história atual/passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica), episódios de hipoglicemia, controle glicêmico difícil. ²Relação albumina/creatinina urinárias. ³História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ⁴Colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL.



PROJETO


TeleNordeste

Nas metas de HbA1c para idosos com DM, função cognitiva e status funcional preservados e/ou comorbidades não limitantes, considerar alvos de HbA1c entre 7,0 e 7,5%.

Em idosos com DM, com objetivo de evitar hipoglicemia, uma meta de HbA1c < 8,5% **deve ser considerada** quando houver status funcional comprometido, síndrome de fragilidade, presença de comorbidades que limitem a expectativa de vida e/ou alteração da função cognitiva.

Rastreamento de doença arterial obstrutiva periférica (DAP) através da medida do índice tornozelo-braquial no diagnóstico e após 10 anos de DM. Se positivo, rastrear doença cardíaca coronariana (paciente assintomático). Considerar solicitar ecocardiograma de estresse ou angiotomografia coronariana com escore de cálcio (recomendação I, evidência C).

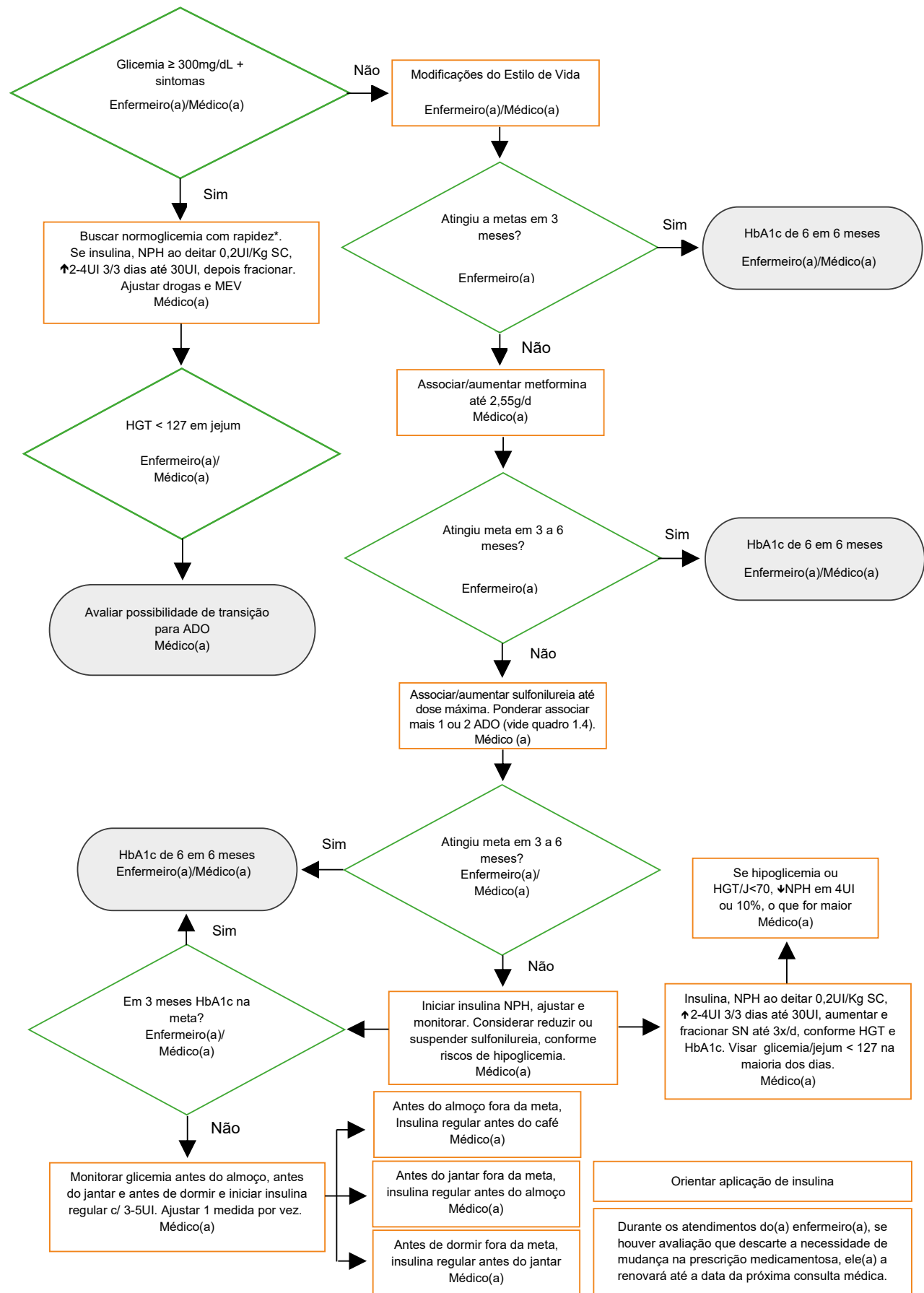
Aconselhe o paciente com diabetes

- **Ajude** o paciente a manejar seu RCV. Se fuma,  [clique aqui](#). Eduque sobre a importância da adesão e de uma alimentação saudável (muitos vegetais e menos comidas doces). Apoie a mudança.
- **Se diagnóstico recente**, má adesão ou absenteísmo, encaminhe para acompanhamento com o ACS e/ou equipe multiprofissional de apoio.
- **Assegure-se** de que o paciente consegue reconhecer e manejar hipoglicemia (glicose < 70mg/dL, tremores, sudorese, palpitações, fraqueza, fome).
- **Oriente** beber água com açúcar ou comer um doce/sanduíche. Carregar sempre algum doce. Evitar dirigir. Se convulsões/coma, colocar açúcar dentro da boca.
- **Identifique** e maneje a causa: aumento de exercícios, esquecimento de refeições, uso inadequado de medicamentos hipoglicemiantes/insulina, uso de álcool, infecções.
- **Eduque** o paciente a cuidar de seus pés para prevenir úlceras e amputações. Evitar andar descalço ou sem meias, lavar os pés em água morna e secar bem (principalmente entre os dedos), aplicar hidratante, não cortar calos, ter cuidado ao cortar as unhas. Observar os pés todos os dias e procurar atendimento se houver algum problema ou lesão.
- Se paciente estiver **usando insulina**, ofereça e eduque sobre automonitoramento da glicemia.

Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020) e Cosentino et al. (2019).



Fluxograma 1.3//Tratamento farmacológico DM2



*ADO: antidiabético oral.
Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 1.4//Outros antidiabéticos orais

Pacientes diabéticos com alto risco cardiovascular poderão se beneficiar da adição de alguma das drogas abaixo, conforme singularização da avaliação, mas o NNT alto (doi: 10.1159/000503919) sugere que tenham baixo impacto em desfechos medidos na população. Nesse sentido, recomendamos decisão compartilhada a partir de informação compreensível pelos pacientes a esse respeito.

Inibidores de SGLT2		
Empagliflozina, canagliflozina ou dapagliflozina podem ser usadas com pacientes com DM2 e DCV ou com risco CV alto/muito alto para reduzir eventos CV, independente da Hb1Ac basal ou da meta.	I	A
Empagliflozina ou dapagliflozina são recomendados para pacientes com DM2 e IC com FE de > 40% para reduzir risco de hospitalização por IC ou morte por DCV.	I	A
Inibidores de SGLT2 (canagliflozina, empagliflozina ou dapagliflozina) são recomendados para pacientes com DM2 e DRC com TFG _e ≥ 20mL/min/1.73m ² para reduzir risco de DCV e falência renal.	I	A
GLP1-RAs		
Liraglutido, semaglutide ou dulaglutide podem ser usadas com pacientes com DM2 e DCV ou com risco CV alto/muito alto para reduzir eventos CV, independente da Hb1Ac basal ou da meta.	I	A
Análogos do receptor de GLP-1 são recomendados para pacientes com TFG _e > 15mL/min/1.73m ² para atingir níveis adequados de controle glicêmico devido baixo risco de hipoglicemia, efeitos benéficos no peso, RCV e albuminúria.	I	A
Tiazolidinedionas		
Tiazolidinedionas não são recomendadas em pacientes com IC.	III	A
INIBIDORES DA DPP4		
A saxagliptina não é recomendada em doentes com DM2 e um risco elevado de IC.	III	B

Fonte: adaptado de Guideline and Scientific Documents of European Society of Cardiology. Disponível em: <https://academic.oup.com/view-large/427093917>. Acesso em: 3 dez. 2023.



HIPERTENSÃO

Hipertensão: diagnóstico

Verifique a Pressão Arterial (PA)

- Deixe o paciente sentado recostado na cadeira com o braço apoiado ao nível do coração por 5 minutos.
- Use um manguito maior se a circunferência medial do braço for > 34cm.
- Primeiro verifique a PA em ambos os braços. Se diferença > 20mmHg entre os braços, repita em ambos. Se diferença continua > 20mmHg, use o braço com maior valor para as aferições seguintes.
- Depois verifique a PA no braço escolhido por duas vezes com 5 minutos de diferença entre as aferições. Use a medida com menor valor para determinar a PA do paciente.
- Considere fatores que influenciam no valor da PA: se tomou bebida com cafeína, fumou tabaco, fez atividade física intensa nos últimos 30 minutos ou está estressado ou com dor, verifique PA após pelo menos 30 minutos. Oriente paciente evitar falar enquanto mede PA.
- Se gestante, interprete resultados.

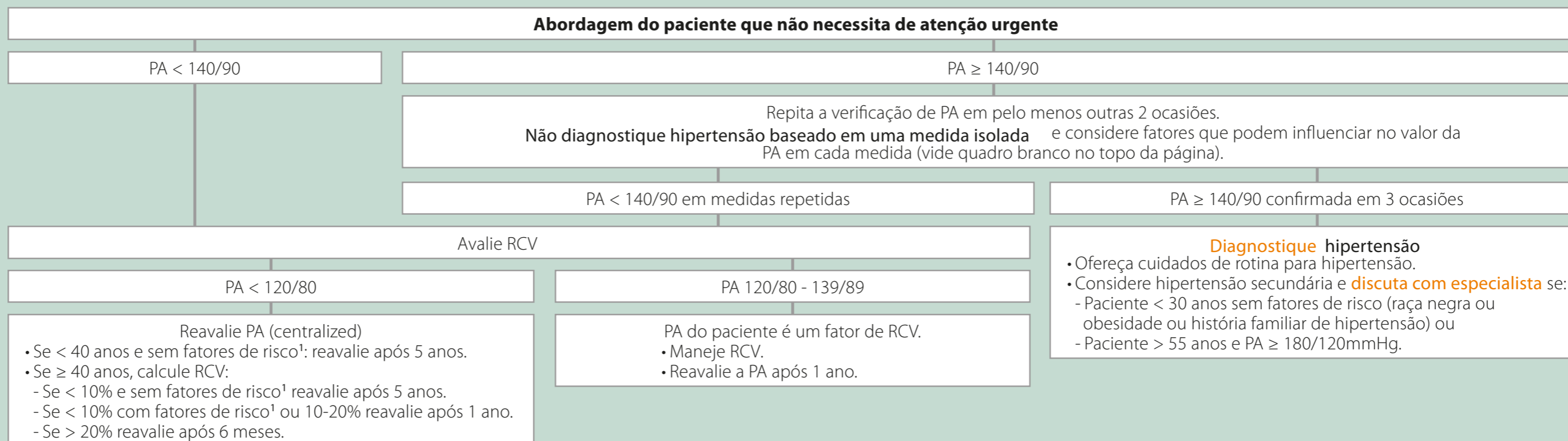
Atenda com urgência o paciente com PA ≥ 180/110 e um ou mais dos seguintes:

- Alterações visuais
- Dor no peito.
- Tontura
- Falta de ar que piora ao deitar ou com edema de MMII.
- Fraqueza ou dormência
- PA > 210/130
- Confusão
- Início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere derrame ou AIT.
- Dor de cabeça

Maneje:

- Evite dar anti-hipertensivos pois podem causar uma queda intensa na PA e AVC. Discuta com especialista sobre prescrever medicamentos hipotensores antes de encaminhar.
- Encaminhe com urgência.

Abordagem do paciente que não necessita de atenção urgente



¹Diabetes, tabagismo, IMC > 25, circunferência abdominal > 88cm (mulher) ou > 102cm (homem) ou pais/irmãos com DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos).



Hipertensão: cuidados de rotina

Avalie o paciente com hipertensão		
Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Maneje sintomas conforme a página do sintoma. Pergunte sobre sintomas de insuficiência cardíaca, doença cardíaca isquêmica ou derrame/AIT.
Uso de álcool/drogas	No diagnóstico, se PA não controlada	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ¹ /vez; 2) usou drogas ilegais; ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer um, clique aqui .
Medicamentos	No diagnóstico, se PA não controlada	AINEs, contraceptivos combinados, antidepressivos, descongestionantes (como pseudoefedrina), medicamentos fitoterápicos e para emagrecer podem aumentar a PA ou interagir com anti-hipertensivos. Considere parar ou trocar .
PA	<ul style="list-style-type: none">Verifique 2 medidas cada consulta.Para o método correto	<ul style="list-style-type: none">Se PA < 140/90 (< 150/90 se ≥ 60 anos e sem diabetes), PA está controlada: continue tratamento e reavalie a cada 6 meses.Se PA $\geq 140/90$ ($\geq 150/90$ se ≥ 60 anos e sem diabetes), PA não está controlada: decida tratamento.Se $\geq 180/110$: verifique necessidade de atenção urgente.
RCV	No diagnóstico e anual	Avalie RCV
Pulso	No diagnóstico e anual	Se irregular, solicite ECG e discuta/interprete .
Ausulta cardíaca	Toda consulta	Se sopro diastólico/sistólico acentuado/holossistólico ou frêmito sistólico, solicite ecocardiograma . Se dúvidas, discuta .
Abdome	No diagnóstico	Se massa pulsátil, solicite USG e discuta para considerar avaliações adicionais.
Olhos para retinopatia	No diagnóstico e cada 1-2 anos se PA não controlada	Faça fundoscopia . Se estreitamento arteriolar, compressão arteriovenosa, hemorragias ou exsudados da retina, papilema: provável retinopatia . Se provável retinopatia, problemas visuais, catarata ou profissional não treinado para fundoscopia, encaminhe.
Glicose	No diagnóstico e anual	Verifique glicose. Se diabetes conhecida, clique aqui .
Creatinina (TFGe) e potássio	<ul style="list-style-type: none">No diagnóstico, e anualSe > 75 anos: 2 semanas após iniciar/aumentar enalapril/losartan	<ul style="list-style-type: none">Se TFGe < 60mL/min, discuta. Se diminuição de > 25 % repita em 2 semanas e discuta. Se TFGe < 30mL/min, encaminhe com prioridade.Se potássio sérico $\geq 5,0$ mEq/L: repita/confirme imediatamente, discuta e considere reduzir a dose de enalapril ou losartan.
Exame de urina (PU)	No diagnóstico e anual	Se proteinúria, verifique a relação albumina/creatinina urinárias (RAC). Se RAC aumentada ou hematúria, exclua infecção urinária, repita/ confirme e discuta . Na presença de glicose, rastreie para diabetes.
Colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TGC)	<ul style="list-style-type: none">No diagnóstico e anual3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada²	<ul style="list-style-type: none">Se CT > 300mg/dL, repita/confirme. Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta. Se TGC ≥ 500mg/dL, repita/confirme, avalie fatores modificáveis e discuta.Se usa sinvastatina para DCV confirmada², almeje reduzir não-HDLc³ > 40%. Se $\leq 40\%$, repita/confirme, avalie adesão, fatores modificáveis e discuta.
ECG	No diagnóstico, então anual se PA não está controlada	Interprete e se sinais de hipertrofia ventricular esquerda, considere insuficiência cardíaca. Se outras alterações ou pulso irregular com ECG normal, discuta .

Aconselhe o paciente com hipertensão

- Ajude o paciente a manejar seu RCV. Enfatize para paciente: restringir sal (≤ 1 colher de chá ao dia), perder peso e parar de fumar. Se fuma, [clique aqui](#).
- Se diagnóstico recente, má adesão ou absenteísmo, encaminhe para acompanhamento com o ACS e/ou equipe multiprofissional de apoio.
- Oriente o paciente a evitar AINEs (como o ibuprofeno), contraceptivos orais que contenham estrogênio. Se gestante ou planejando engravidar, **discuta**.
- Explique a importância da adesão e que o tratamento da hipertensão é por toda a vida para prevenir derrame (AVC), doença cardíaca e renal.

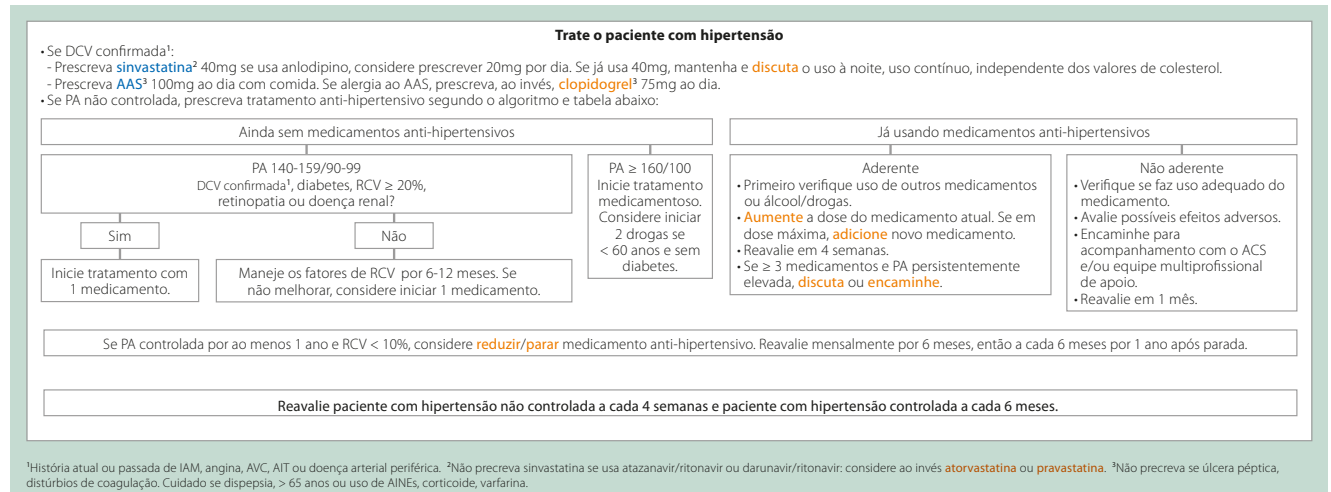
¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. ²História atual ou passada de IAM, angina, AVC, AIT ou doença arterial periférica. ³Colesterol não-HDL (não-HDLc) = colesterol total menos HDL.



PROJETO

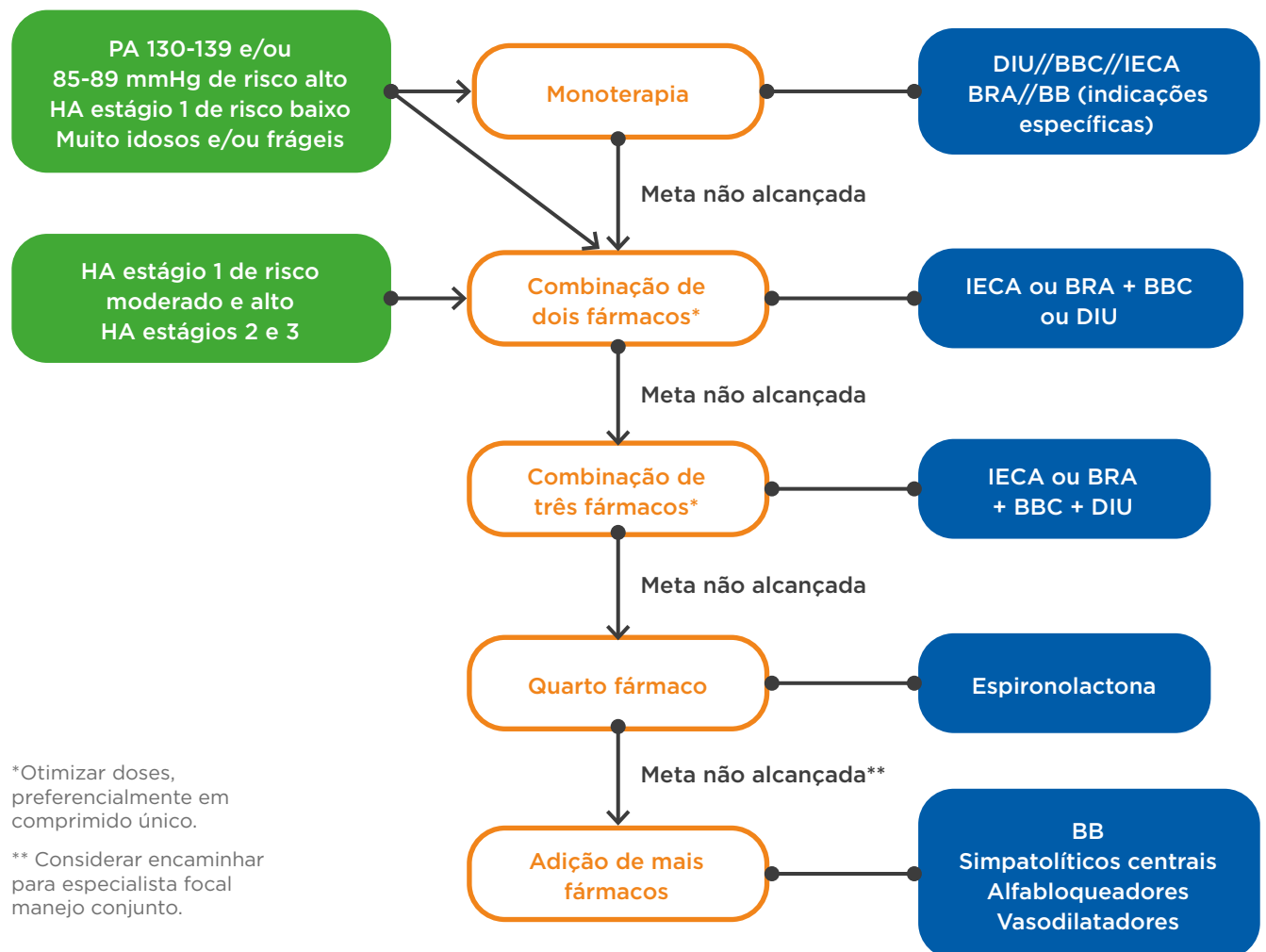
TeleNordeste

Hipertensão: tratamento farmacológico



Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).

Fluxograma 1.4//Tratamento medicamentoso em HAS



Betabloqueadores devem ser indicados em condições específicas, tais como: IC, pós-IAM, angina, controle da FC, mulheres jovens com potencial para engravidar, em geral em combinação com outros fármacos.

Fonte: Adaptado Diretriz Brasileira de HAS 2020 e Cornick e Fairall (2020).



PROJETO

TeleNordeste

QUANDO ENCAMINHAR HAS/DM, DAC E ICC

Diabetes Mellitus

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- paciente com suspeita de cetoacidose diabética (CAD) ou síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não - cetótica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- paciente suspeita ou diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1;
- paciente sem controle glicêmico adequado em uso de insulina em dose igual ou maior que 1 unidade/kg/dia e com boa adesão terapêutica;
- doença renal crônica (taxa de filtração glomerular (TFG) < 30ml/min/1,73m² (estágios 4 e 5).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Resultado de exame de hemoglobina glicada, com data;
3. Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. Insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia;
5. Outras medicações em uso, com dose e posologia;
6. Peso do paciente em quilogramas (kg).

Hipertensão Arterial Sistêmica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia, Cardiologia ou Endocrinologia (conforme a principal suspeita clínica de hipertensão secundária):

- suspeita de hipertensão arterial secundária (quadro 1.5).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cardiologia:

- hipertensão mal controlada (fora do alvo terapêutico) com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena (preferencialmente diurético tiazídico, inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor de angiotensina e bloqueador do canal de cálcio), após otimizar adesão ao tratamento.



PROJETO

TeleNordeste

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Medicações em uso, com posologia, com avaliação clínica da adesão ao tratamento;
3. Duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;
4. Alterações em exames laboratoriais, com data (se realizados);
5. Anexar laudo de exames cardiológicos, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados).

Quadro 1.5//Características que sugerem hipertensão arterial secundária

Suspeita clínica (prevalência)	Sinais e sintomas	Exames complementares iniciais
VASCULARES		
Doença renovascular (5–34%)	Sopro abdominal; HAS resistente com início após 50 anos; piora da função renal com uso de IECA ou BRA; assimetria renal não explicável por outra etiologia; edema pulmonar súbito.	Creatinina, potássio; ecodoppler de artérias renais; e/ou angiogramografia de artérias renais.
Coarctação de aorta (< 1%)	Assimetria pressórica e de pulsos (menor nos membros inferiores).	Ecocardiograma; e/ou angiogramografia de aorta torácica e abdominal.
ENDOCRINOLÓGICAS		
Hiperaldosteronismo primário (8–20%)	Hipocalemia, sintomas neuromusculares (fraqueza, câimbras).	Potássio sérico, atividade da renina plasmática, aldosterona plasmática; ecografia de abdome superior; e/ou tomografia de abdome superior com contraste.
Feocromocitoma (< 1%)	Elevações paroxísticas da PA associadas a cefaleia, palpitações/taquicardia e sudorese.	Metanefrinas fracionadas e totais em urina de 24h.
Hipertireoidismo (< 1%)	Aumento predominante da pressão sistólica, taquicardia/arritmias, oftalmopatia, sudorese, calor, diarreia, emagrecimento.	TSH, T4 livre.
Hipotireoidismo (< 1%)	Aumento predominante da pressão diastólica, bradicardia, xerodermia, frio, constipação, ganho de peso, edema, bradipsiquismo/depressão.	TSH, T4 livre.



PROJETO

TeleNordeste

Suspeita clínica (prevalência)	Sinais e sintomas	Exames complementares iniciais
Hiperparatireoidismo (< 1%)	Hipercalcemia, constipação, fadiga, fraqueza muscular, alterações no sensorio.	Cálcio sérico, PTH.
Síndrome de Cushing (< 0,1%)	Fácies cushingóide, obesidade central, fraqueza muscular proximal, hirsutismo, equimoses.	Cortisol em urina de 24h; cortisol sérico às 8 horas da manhã após dexametasona 1mg via oral às 23 horas da noite anterior.
OUTRAS		
Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (25-50%)	Roncos e apneias noturnas, sonolência diurna, obesidade.	Questionário de Berlim; questionário de Epworth; polissonografia.
Exógena (2-4%)	Medicações: contraceptivos, corticoides, anti-inflamatórios não esteroidais, imunossupressores, simpaticomiméticos, anorexígenos, inibidores da MAO, antipsicóticos atípicos (clozapina, olanzapina), antineoplásicos antiangiogênicos. Hábitos: tabagismo, etilismo, drogadição, cafeína ou xantinas.	
Doença renal crônica (1-2%)	Noctúria, hematuria; edema, história familiar de doença renal policística, infecções urinárias de repetição, uropatia obstrutiva.	Creatinina, exame qualitativo de urina, creatininúria e proteinúria em amostra; ecografia de vias urinárias.

Fonte: Martins et al. (2022).



PROJETO

TeleNordeste

MANEJO DA CARDIOPATIA ISQUÊMICA NA APS

Quadro 1.6//Classificação clínica da dor torácica

Angina (típica)

- Desconforto ou dor retroesternal;
- Provocada por exercício ou estresse emocional; e
- Aliviada rapidamente, em 1 minuto, após repouso ou uso de nitratos.

Dor torácica atípica (angina atípica)

- Presença de dois dos fatores acima.

Dor torácica não anginosa

- Presença de um ou nenhum dos fatores acima.

Quadro 1.7//Probabilidade pré-teste de Doença Arterial Coronariana em pacientes sintomáticos de acordo com idade e sexo

Idade (anos)	Dor não anginosa		Angina atípica		Angina típica	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
30 a 39	4	2	34	12	76	26
40 a 49	13	3	51	22	87	55
50 a 59	20	7	65	31	93	73
60 a 69	27	14	72	51	94	86

A presença de fatores de risco para doença arterial coronariana (diabetes, tabagismo, hipertensão e dislipidemia) aumenta 2 a 3 vezes a estimativa acima.

Não está indicado realizar ergometria em pacientes com probabilidade pré-teste baixa (dor não anginosa e sem fatores de risco para doença arterial coronariana) na investigação de cardiopatia isquêmica.

Classifica-se a probabilidade pré-teste para cardiopatia isquêmica em baixa, intermediária e alta, respectivamente, para valores < 10%, 10-90%, > 90%.



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 1.8//Classificação de angina estável conforme Sociedade Canadense Cardiovascular

Classe I	Atividades comuns como caminhar e subir escadas não causam angina. O sintoma ocorre com esforços extenuantes e/ou prolongados no trabalho ou lazer.
Classe II	Limitação leve nas atividades comuns. Angina para caminhar mais que duas quadras no plano ou subir mais que um lance de escadas.
Classe III	Limitação marcada às atividades comuns. Angina para caminhar 1 a 2 quadras e/ou subir um lance de escada.
Classe IV	Angina com qualquer atividade física, podendo estar presente mesmo em repouso.

Angina instável

Esses pacientes têm alta probabilidade de evento agudo em curto prazo.

Principais apresentações são:



Angina em repouso:
geralmente com duração inferior a 20 minutos, iniciada há cerca de uma semana;



Angina de início recente:
Classe III ou IV com início há 2 meses;



Angina em crescimento:
diagnóstico de angina estável prévio que se torna mais frequente, com episódios de maior duração ou com maior intensidade de dor.



PROJETO

TeleNordeste

Exames complementares para investigação de cardiopatia isquêmica

Eletrocardiograma de repouso e o teste ergométrico costumam ser os exames iniciais para avaliação de pacientes com suspeita de cardiopatia isquêmica.

Pacientes que não podem realizar exercício ou apresentam alterações no eletrocardiograma em repouso que prejudicam a interpretação do teste ergométrico (como bloqueio de ramo esquerdo, sobrecarga ventricular esquerda com alterações secundárias da repolarização, marca-passo e síndrome de pré-excitação) devem ser investigados com outro método não invasivo, como o ecocardiograma de estresse, cintilografia miocárdica com estresse ou angiotomografia de coronária.

Eletrocardiograma de repouso e o teste ergométrico costumam ser os exames iniciais para avaliação de pacientes com suspeita de cardiopatia isquêmica.

Os exames não - invasivos para investigação de isquemia miocárdica têm duas indicações básicas em pessoas com probabilidade pré-teste intermediária ou alta:

- a. confirmar ou afastar suspeita diagnóstica em pacientes com quadro clínico duvidoso (pacientes com probabilidade pré-teste intermediária);
- b. estratificação prognóstica (probabilidade pré-teste alta) e identificação de pacientes de maior risco e com potencial benefício de revascularização miocárdica.





Doença cardíaca isquêmica: cuidados de rotina

Avalie o paciente com doença cardíaca isquêmica

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Faça avaliação inicial se não tiver feito. Também pergunte sobre dor na perna e sintomas de derrame/AVC
Depressão	Toda consulta	No último mês, sentiu-se: 1) desanimado, deprimido, sem esperanças; ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um, clique aqui .
PA	Toda consulta	Se hipertensão conhecida ou PA alterada, clique aqui .
Glicose	No diagnóstico e anual	Verifique glicose. Se diabetes conhecida, clique aqui .
Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TGC)	<ul style="list-style-type: none"> No diagnóstico e anual 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Se CT > 300mg/dL, repita/confirme. Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta. Se TGC ≥ 500mg/dL, repita/confirme, avalie fatores modificáveis e discuta. Se usa sinvastatina para DCV confirmada¹, almeje reduzir não-HDLc² > 40%. Se ≤ 40%, repita/confirme, avalie adesão, fatores modificáveis e discuta.

Aconselhe o paciente com doença cardíaca isquêmica

- Ajude paciente a manejar seu RCV. Se fuma, [clique aqui](#).
- Paciente pode retornar atividade sexual 6 semanas após um ataque cardíaco se livre de sintomas. Se disponível, encaminhe paciente para reabilitação cardíaca assim que possível.
- Enfatize a importância da adesão aos medicamentos por toda vida para garantir o sucesso do tratamento. Garanta que paciente sabe como usar o nitrato sublingual como descrito abaixo.
- Oriente o paciente a evitar AINEs (como ibuprofeno, nimesulida, diclofenaco), pois eles podem precipitar dor no peito ou um ataque cardíaco.
- Se o paciente tem < 55 anos (homem) ou < 65 anos (mulher), recomende avaliação do RCV dos parentes de primeiro grau.

Trate o paciente com doença cardíaca isquêmica

- Prescreva **AAS**³ 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva, ao invés, **clopidogrel**³ 75mg ao dia. Se doença valvar ou fibrilação atrial, **encaminhe** para substituir o AAS/clopidogrel por varfarina.
- Após um evento agudo ou intervenção coronariana/carotídea (ex. colocação de stent), continue AAS e prescreva também **clopidogrel**³ 75mg ao dia por 1 ano.
- Prescreva **sinvastatina**⁴ 40mg se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e **discuta** o uso contínuo à noite independente dos valores de colesterol.
- Prescreva **propranolol** 40mg cada 12 horas mesmo se sem angina. Almeje FC = 50-60. Se necessário, **aumente** lentamente até 240mg dividido em 2-3 doses. Consulte tabela abaixo sobre propranolol.
- Se o paciente também tem hipertensão, diabetes ou doença renal crônica, prescreva **enalapril** 5mg a cada 12 horas e **aumente** lentamente até 10mg cada 12 horas. Se enalapril não for tolerado, prescreva **losartan** 50mg/dia. Não precreva ambos se angioedema prévio.
- Prescreva **vacina pneumocócica 23-v** (2 doses em zero e 5 anos)
- Se o paciente tem angina, trate usando medicamentos de forma gradual como tabela abaixo. Se angina persistir por 4 semanas após iniciar/mudar o medicamento, aumente para dose máxima, e então adicione o próximo passo. Confirme a adesão do paciente antes de intensificar o tratamento.

Passo	Medicamento	Dose inicial	Dose máxima	Observações
1	Dinitrato de isossorbida se angina/antes de esforços e Atenolol	5mg sublingual se angina	3 doses de 5mg em 1 episódio de angina	Ao iniciar a angina, pare imediatamente e tome a 1ª dose. Se angina persistir, tome até 2 doses adicionais cada 5min. Se não melhorar 5min após 3ª dose, procurar atendimento urgente. Não precreva se usou sildenafil/vardenafila < 24 horas ou tadalafina < 48 horas.
		50mg ao dia	50 a 100mg divididos em 1 a 2 doses	Não precreva se insuficiência cardíaca descompensada, DPOC/asma grave/descontrolada, FC < 50 antes do tratamento, PA sistólica < 100. Se efeitos adversos (sensação de apreensão torácica, fadiga, bradicardia, dor de cabeça, mãos ou pés frios, impotência) substitua por anlodipino 5-10mg/dia.
2	Anlodipino	5mg pela manhã	10mg ao dia	Não precreva se insuficiência cardíaca descompensada, discuta . Se efeitos adversos (edema em tornozelo, tontura, rubor em face, dor de cabeça, fadiga): oriente que geralmente são autolimitados. Se sintomas não toleráveis, discuta .
3	Mononitrato de isossorbida	20mg a cada 12 horas	40mg a cada 12 horas	Não precreva se glaucoma de ângulo fechado ou uso de: sildenafil, tadalafila ou valdegrafila.

Discuta/encaminhe se angina persiste/interfere nas atividades cotidianas apesar do tratamento

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



PROJETO

TeleNordeste

Controle de fatores de risco



1. Cessar tabagismo (avaliar estágio motivacional para cessar tabagismo, aplicar Fageström e oferecer tratamento para o tabagismo).



2. Dieta saudável e cardioprotetora (dietas do tipo mediterrânea, ricas em frutas, legumes, verduras, cereais, grãos e pobres em carne vermelha) e buscar manutenção do peso ideal.



Para suporte utilize o aplicativo:
Dieta Dash do TelessaúdeRS-UFRGS.



3. Exercício físico regular (adequada para os sintomas, frequência cardíaca e pressão arterial. Em geral o exercício deve ser realizado por pelo menos 30 minutos (150 min/semana), envolvendo atividade aeróbica moderada, como caminhada rápida que não provoque angina).



4. Controlar hipertensão arterial sistêmica (meta pressórica com valor inferior a 140/90).



5. Controle glicêmico em diabéticos (meta para hemoglobina glicada inferior a 7%).

Quando encaminhar cardiopatia isquêmica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita ou diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cardiologia:

- suspeita de cardiopatia isquêmica em pessoa com dor torácica (quadro 1.6) e probabilidade pré-teste para doença arterial coronariana $\geq 15\%$ ou entre 5 e 15% na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (quadro 1.7) na impossibilidade de investigação na APS;
- suspeita de cardiopatia isquêmica crônica por alterações eletrocardiográficas ou equivalente anginoso (dispneia/diaforese que piora com exercício e alivia com repouso) em pessoa com risco cardiovascular alto ou intermediário;
- suspeita de cardiopatia isquêmica em pessoa com dor torácica (quadro 1.6) e baixa probabilidade pré-teste para doença arterial coronariana (quadro 1.7), quando excluídas outras causas não cardiológicas na APS;
- cardiopatia isquêmica estabelecida em paciente ainda sintomático (quadro 1.8), mesmo com tratamento clínico otimizado, ou impossibilidade de uso das medicações por efeito adverso ou contraindicação;
- suspeita ou diagnóstico de cardiopatia isquêmica com potencial indicação de cateterismo cardíaco (quadro 1.9).

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. Sinais e sintomas (tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, consequências hemodinâmicas);
2. Medicamentos em uso, com posologia;
3. Anexar eletrocardiograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. Anexar laudo de outros exames cardiológicos, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
5. História de infarto agudo do miocárdio ou revascularização (sim ou não). Se sim, descreva quando foi o evento e exames realizados.

Fonte: Adaptado de Martins et al. (2022).

Quadro 1.9//Potenciais indicações de angiografia coronariana em pacientes com doença arterial coronariana

1. Angina estável (classe III ou IV - quadro 1.8) apesar de tratamento clínico otimizado.
2. Síndrome coronariana aguda (quando risco não estratificado na emergência).

Achados em testes não invasivos sugestivos de alto risco para eventos, independente de sintomas.

Teste de Esforço:

- baixa capacidade funcional (menor que 4 METs);
 - isquemia que ocorre em baixa intensidade;
 - diminuição da pressão arterial sistólica com aumento de carga;
 - infradesnivelamento do segmento ST, de morfologia descendente de 2mm ou mais;
 - envolvimento de múltiplas derivações eletrocardiográficas;
3. alterações no segmento ST que persistem na recuperação;
 - escore de Duke < -11;
 - supradesnivelamento do segmento ST em derivações sem zona inativa;
 - taquicardia ventricular sustentada.

Método da Imagem:

- disfunção ventricular esquerda (FE o 35%) ou queda de >10% de FE com estresse;
 - múltiplos defeitos de perfusão/contratilidade ou área de isquemia > 10%.
4. Sobreviventes de parada cardíaca e arritmia ventricular, quando não realizado na unidade de emergência.
 5. Angina e sintomas de insuficiência cardíaca.
 6. Diagnósticos incertos após testes não invasivos.
 7. Impossibilidade de se submeter a testes não invasivos por incapacidade física, doença ou obesidade.
 8. Profissões de risco que requerem um diagnóstico preciso.

Fonte: Adaptado de Martins et al. (2022).



AVC AGUDO: DIAGNÓSTICO E CUIDADOS DE ROTINA

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

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

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

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

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

Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).

Manejo Pós-AVC Isquêmico na APS

Avalie o paciente com derrame/AIT

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Pergunte sobre sintomas de outro derrame/AIT, dor no peito ou dor na perna. Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.
Depressão	Toda consulta	No último mês, sentiu-se: 1) desanimado, deprimido, sem esperanças; ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um. Vide protocolo de saúde mental
Necessidades de reabilitação	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhe para a fisioterapia se problemas de mobilidade. • Encaminhe para fonoaudiologia se problemas de deglutição, fala, tosse pós-alimentar, produção excessiva de saliva.
PA	Toda consulta	Se hipertensão conhecida ou PA ≥ 140/90mmHg, clique aqui . Se diagnóstico de HAS recente, evite iniciar tratamento até > 48 horas após AVC.
Pulso	No diagnóstico	Se irregular, solicite ECG (veja abaixo).
Ausculta cardíaca e carotídea	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Se sopro diastólico/sistólico acentuado/holossistólico ou frêmito sistólico, solicite ecocardiograma. Se dúvidas, discuta. • Se sopro carotídeo, solicite USG e discuta.
Glicose	No diagnóstico e anual	Verifique glicose. Se diabetes conhecida, clique aqui .
Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TGC)	<ul style="list-style-type: none"> • No diagnóstico e anual • 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Se CT > 300mg/dL, repita/confirme. Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta. Se TGC ≥ 500mg/dL, repita/confirme, avalie fatores modificáveis e discuta. • Se usa sinvastatina para DCV confirmada¹, almeje reduzir não-HDLc² > 40%. Se ≤ 40%, repita/confirme, avalie adesão, fatores modificáveis e discuta.
HIV	No diagnóstico ou se status desconhecido	Teste para HIV.

Aconselhe o paciente com derrame/AIT

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

Trate o paciente com derrame/AIT

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

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



MANEJO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA APS

Avalie o paciente com insuficiência cardíaca		
Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	Maneje sintomas. Encaminhe no mesmo dia se T ≥ 38° C, febre/calafrios ou desmaio/apagões.
Planejamento familiar	Toda consulta	Avalie necessidades de contracepção. Se gestante ou planejando engravidar, discuta .
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ¹ /vez; 2) usou drogas ilegais; ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer um, clique aqui .
Depressão	Toda consulta	No último mês, sentiu-se: 1) desanimado, deprimido, sem esperanças; ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um, clique aqui .
Peso/Status hídrico	Toda consulta	Sobrecarga hídrica está presente se: peso maior em relação ao peso do paciente assintomático, estertores pulmonares, distensão jugular, pernas inchadas.
PA	Toda consulta	Se hipertensão conhecida, discuta para definir meta. Se não, verifique PA: se PA ≥ 140/90mmHg, clique aqui .
Pulsos	Toda consulta	Se irregular, solicite ECG e discuta . Se nova irregularidade de pulso, discuta e considere encaminhar no mesmo dia.
Creatinina (TFGe) e potássio	• No diagnóstico e semestral • 2 semanas após iniciar/aumentar enalapril/losartan/espironolactona	• Se TFGe < 60mL/min, discuta . Se diminuição de > 25 % repita em 2 semanas e discuta . Se TFGe < 30mL/min, encaminhe com prioridade . • Se potássio sérico ≥ 5,0mEq/L: repita/ confirme imediatamente, pare espironolactona, considere reduzir a dose de enalapril ou losartan e discuta .
Colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TGC)	• No diagnóstico e anual • 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada ²	• Se CT > 300mg/dL, repita/ confirme . Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta . Se TGC ≥ 500mg/dL, repita/ confirme , avalie fatores modificáveis e discuta . • Se usa sinvastatina para DCV confirmada ² , almeje reduzir não-HDLc ³ > 40%. Se ≤ 40%, repita/ confirme , avalie adesão, fatores modificáveis e discuta .
Outros testes	• No diagnóstico • Se necessário	• Solicite ecocardiograma , ECG , rx de tórax . • Solicite: HMG , sódio , TGO , TGP , gama-GT , exame de urina (PU) , TSH , glicose . • Discuta se resultados anormais.

Tratamento de IC

Aconselhe o paciente com insuficiência cardíaca				
<ul style="list-style-type: none"> Eduque sobre a importância da adesão para garantir o sucesso do tratamento mesmo se assintomático. Ajude paciente a manejar seu RCV. Enfatize para paciente: restringir sal (≤ 1 colher de chá ao dia, não substituir por sais ricos em potássio, eduque para verificar quantidade de sal nos alimentos processados), perder peso e parar de fumar. Se fuma, clique aqui. Aconselhe a restringir a ingestão de líquidos para 1,5L/dia (6 copos) e se possível monitorar o peso diariamente. Se diarreia/vômitos e em uso de diurético, aconselhe a não restringir ingestão hídrica e parar o uso dos diuréticos até 2 dias após diarreia/vômitos resolverem. Se houver ganho de ≥ 2kg em 2 dias, aconselhe retornar ao centro de saúde. 				
Trate o paciente com insuficiência cardíaca				
<ul style="list-style-type: none"> Prescreva vacina pneumocócica 23-v (2 doses em zero e 5 anos). Aplique os 3 passos abaixo. Se paciente mantém sintomas apesar de aderir a todos os passos, discuta com especialista para considerar iniciar espironolactona ou encaminhar com prioridade. 				
Passo	Medicamento	Dose inicial	Dose máxima	Observações
1	Prescreva furosemida	40mg ao dia ou em 2 doses divididas pela manhã e no almoço.	240mg ao dia	<ul style="list-style-type: none"> Use se insuficiência cardíaca moderada-grave ou TFGe < 60mL/min. Ajuste a dose conforme o status hídrico: aumente a dose em 40mg/dia de acordo com a resposta. Objetivo perda de peso de 1kg/dia. Continue com a menor dose possível para prevenir sobrecarga hídrica (peso maior em relação ao peso quando assintomático, estertores pulmonares, distensão jugular, pernas inchadas)
	ou hidroclorotiazida	25mg ao dia pela manhã	50mg ao dia	<ul style="list-style-type: none"> Use se insuficiência cardíaca leve e TFGe ≥ 60mL/min. Não prescreva se gota e doença hepática grave. Associar se houver necessidades de altas doses de furosemida.
2	Adicione enalapril	5mg a cada 12 horas	20mg a cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none"> Aumente gradualmente. Continue até a dose máxima tolerada. Não prescreva se angioedema prévio. Se tosse: substitua por losartan 50-100mg ao dia . Se angioedema (edema de língua, lábios, face, falta de ar): pare enalapril /losartan imediatamente.
3	Adicione carvedilol	3,125mg a cada 12 horas	25mg a cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none"> Inicie quando já em uso do enalapril e sem edema. Dobre a dose a cada 2 semanas. Continue com a dose máxima tolerada. Não prescreva se insuficiência cardíaca descompensada, DPOC/asma grave. Cuidado se DPOC/asma leve/moderada, DAP, FC < 60 antes do tratamento: discuta.
4	Espironolactona	25mg 1x/dia	50mg	<ul style="list-style-type: none"> Indicado em pessoas com IC com FEr com classes funcionais III-IV que já estejam em uso de IECA e diuréticos Atenção à desidratação, hipocalcemia, hipercalemia, ginecomastia/mastodínea Age no remodelamento cardíaco e diminui mortalidade

Fonte: Adaptado de Gusso e Lopes (2019).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 1.10//Classe funcional da insuficiência cardíaca (New York Heart Association - NYHA)

Classe Funcional	Definição
Classe I	Sem limitações. A atividade física rotineira não causa fadiga exagerada, dispnéia, palpitações ou angina.
Classe II	Pequena limitação na atividade física; esses pacientes permanecem confortáveis em repouso. A atividade física rotineira resulta em fadiga, palpitações, dispnéia ou angina.
Classe III	Limitação importante na atividade física. Atividades menores do que as rotineiras produzem sintomas; pacientes permanecem confortáveis em repouso.
Classe IV	Incapacidade de desempenhar qualquer atividade física sem desconforto. Sintomas de insuficiência cardíaca ou angina presentes mesmo em repouso. Agravamento do desconforto com qualquer atividade física.

Fonte: Adaptado de Rosa et al. (2017).

Quando encaminhar insuficiência cardíaca



Atenção: não está indicado solicitar ecocardiografia para acompanhamento de paciente com insuficiência cardíaca controlada.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- paciente com insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão, síncope ou com sinais de congestão pulmonar, sem condições de manejo ambulatorial.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cardiologia:

- episódio de internação hospitalar no último ano devido à insuficiência cardíaca descompensada;
- paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca com modificação recente no quadro clínico apesar de tratamento clínico otimizado - piora de classe funcional (quadro 1.10) ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia);
- paciente com fração de ejeção (FE) reduzida (< 40%) e que persiste em classe funcional III ou IV (quadro 1.10) apesar do tratamento clínico otimizado (vide tratamento de IC);
- suspeita clínica de insuficiência cardíaca na impossibilidade de realizar ecocardiograma e/ou investigação etiológica na APS.



PROJETO

TeleNordeste

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, classe funcional, sinais de congestão e hipoperfusão);
2. Medicações em uso, com posologia;
3. Número de descompensações e interações hospitalares nos últimos 12 meses, se presentes;
4. Outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não). Se sim, descreva;
5. Anexar eletrocardiograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
6. Anexar laudo de radiografia de tórax, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
7. Anexar laudo de ecocardiograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
8. Anexar laudo de outros exames cardiológicos, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados).





MANEJO DO PACIENTE COM DAP NA APS

- Doença arterial periférica é caracterizada por claudicação: dor muscular (tipo câimbras) ao caminhar/exercitar-se, a dor é na parte inferior da perna, coxa ou nádega e alivia com repouso.
- Pulso(s) da(s) perna(s) estão reduzidos e pele pode estar fria, brilhante e sem pêlos. Pode ter dor inexplicada no pé em repouso (pior à noite), feridas que não cicatrizam nas pernas.

Atenda com urgência o paciente com doença arterial periférica e um ou mais dos seguintes:

- Início súbito de dor intensa na perna ao repouso com qualquer um dos seguintes na perna: dormência, fraqueza, palidez, ausência de pulso: provável isquemia aguda de membro .
- Dor na perna que ocorre em repouso, úlcera ou gangrena na perna: provável isquemia crítica de membro .
- Massa pulsátil no abdome com dor abdominal/nas costas ou PA < 90/60: provável ruptura de aneurisma de aorta abdominal .

Maneje e encaminhe com urgência:

- Se provável ruptura de aneurisma de aorta abdominal : não aplique fluidos EV mesmo se PA < 90/60 (aumentar a pressão arterial pode piorar a ruptura).

Avalie o paciente com doença arterial periférica

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	• Maneje sintoma conforme página do sintoma. Pergunte sobre dor no peiro e sintomas de derrame/AIT. • Registre a distância de caminhada antes do início da claudicação.
PA	Toda consulta	Se hipertensão conhecida ou PA alterada, clique aqui .
Pernas e pés	Toda consulta	Avalie para dor, pulsos, sensações, deformidades, problemas de pele. Para orientações de rastreamento/cuidado dos pés.
Abdome	Toda consulta	Se palpar massa pulsátil, solicite USG e discuta para avaliações adicionais
Glicose	No diagnóstico e anual	Verifique glicose. Se diabetes conhecida.
Colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TGC)	• No diagnóstico e anual • 3 meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada ¹	• Se CT > 300mg/dL, repita/ confirme . Se confirmado: solicite TSH e, se história familiar (pais/irmãos) de DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos), considere hipercolesterolemia familiar e discuta . Se TGC ≥ 500mg/dL, repita/ confirme , avalie fatores modificáveis e discuta . • Se usa sinvastatina para DCV confirmada ¹ , almeje reduzir não-HDLc ² > 40%. Se ≤ 40%, repita/ confirme , avalie adesão, fatores modificáveis e discuta .

Aconselhe o paciente com doença arterial periférica

- Ajude o paciente a manejar seu RCV.
- Oriente a manter pernas aquecidas e abaixo do nível do coração (especialmente à noite), e evite medicamentos descongestionantes que façam vasoconstrição.
- Se fuma, [clique aqui](#). Apoie a mudança.
- Oriente paciente que a atividade física é uma parte importante do tratamento. Ela aumenta o suprimento de sangue para as pernas e pode significar melhora dos sintomas.
- Se o paciente tem < 55 anos (homem) ou < 65 anos (mulher), recomende avaliação do RCV dos parentes de primeiro grau.

Trate o paciente com doença arterial periférica

- Oriente exercícios (como caminhadas em passos rápidos) por 30 minutos pelo menos 3 vezes na semana (de preferência diariamente). Oriente paciente a parar e descansar quando tiver claudicação.
- Prescreva **AAS**³ 100mg ao dia com comida. Se alergia ao AAS, prescreva, ao invés, **clopidogrel**³ 75mg ao dia. Se doença valvar ou fibrilação atrial, **encaminhe** para substituir o AAS/clopidogrel por varfarina.
- Prescreva **sinvastatina**⁴ 40mg se usa anlodipino, considere prescrever 20mg por dia. Se já usa 40mg, mantenha e **discuta** à noite, uso contínuo, independente dos valores de colesterol.

- Reavalie o paciente com doença arterial periférica a cada 3 meses até ficar estável (suportando atividades cotidianas e com PA, glicemia e dislipidemia controladas), então a cada 6 meses
- **Discuta/encaminhe** se sintomas inaceitáveis apesar de aderente ao tratamento, exercícios e às modificações de estilo de vida, dor ao repouso ou se úlcera/ferida que não cicatriza.

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

Cuidados com os pés

No paciente com diabetes ou doença arterial periférica identifique o pé com risco. Reavalie o paciente mais frequentemente se um ou mais dos seguintes:

- Pele: calos, rachaduras, pele úmida entre os dedos, úlceras.
- Deformidade no pé: verifique joanete (veja acima). Se deformidade no pé, **discuta**.
- Sensibilidade: sensação de dor (picada leve) anormal após 2 tentativas.
- Circulação: ausência ou redução de pulsos nos pés.

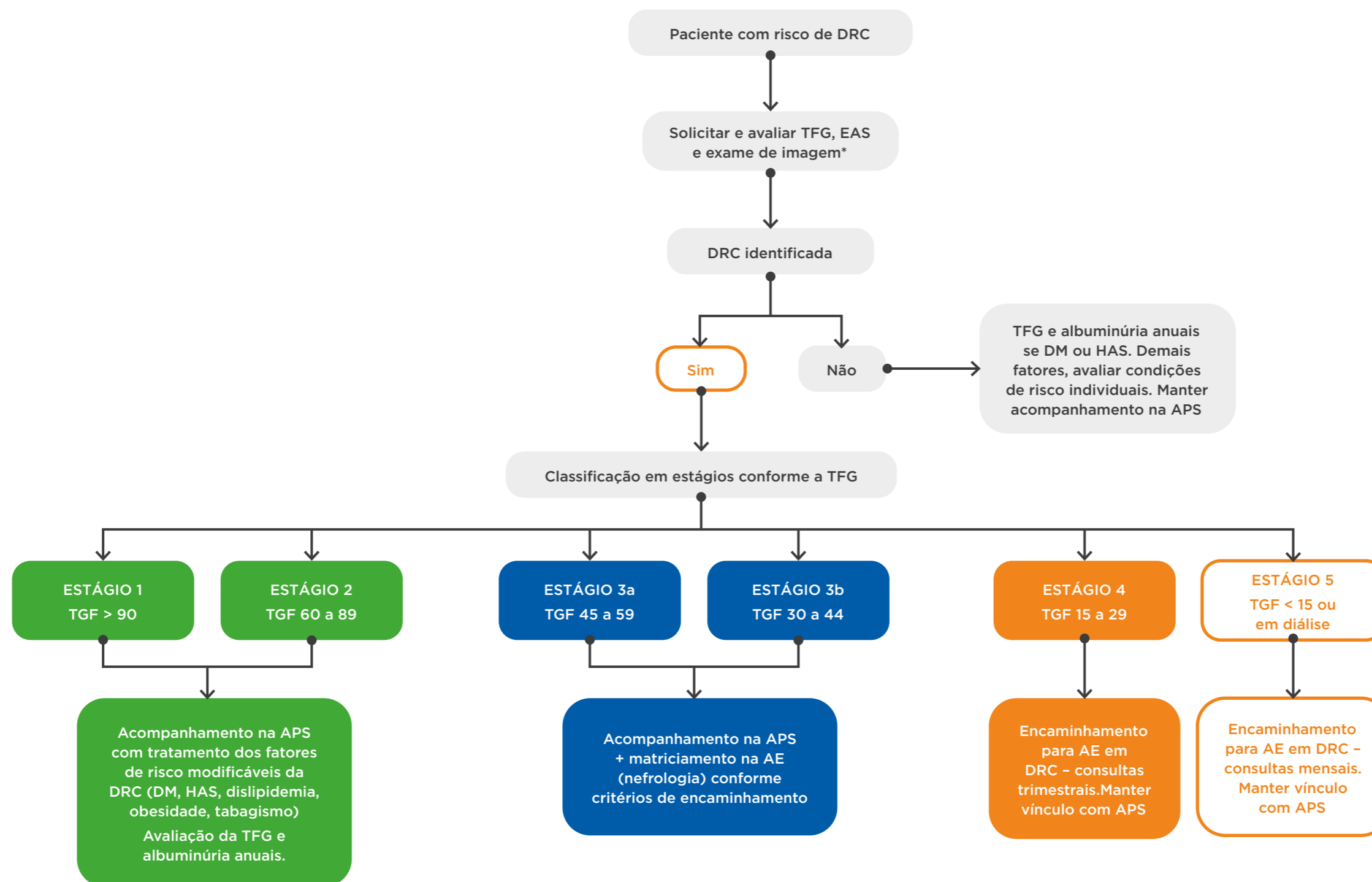
Oriente o paciente com diabetes ou DAP a cuidar dos pés diariamente para prevenir úlceras e amputação

- Inspeção e lave os pés todos os dias, seque cuidadosamente entre os dedos. Não encharque (não faça banhos de imersão) seus pés.
- Hidrate o pé seco e rachado todos os dias, mas não entre os dedos.
- Avise imediatamente se tiver cortes, bolhas ou feridas nos pés.
- Evite caminhar descalço/com sapato sem meia. Mude meias todo dia. Olhe dentro do sapato antes de usar.
- Corte as unhas em linha reta, apare as arestas. Evite cortar calos/colosidades você mesmo ou usar produtos químicos/emplastros para removê-los.
- Evite testar a temperatura da água com os pés ou usar bolsas de água quente ou aquecedores próximos aos pés.



MANEJO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) NA APS

Fluxograma de atenção ao paciente com DR



*Preferencialmente ultrassonografia e vias urinárias.

APS: atenção primária à saúde; AE: atenção especializada; TFG: taxa de filtração glomerular; DRC: doença renal crônica; EAS: elementos anormais de sedimentos (exame de urina); DM: diabetes mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica;

Fonte: Adaptado de Brasil (2022).



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: condições crônicas não transmissíveis – risco cardiovascular. Brasília, DF; 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado: Planejamento terapêutico – doença renal crônica em adultos [Internet]. Brasília, DF; 2022 [citado 16 set 2022]. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-\(DRC\)-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/#pills-fluxograma-atencao-paciente](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-(DRC)-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/#pills-fluxograma-atencao-paciente)

Cornick R, Fairall L. Pack Brasil Adulto: kit de cuidados em atenção primária. Ferramenta de manejo clínico em atenção primária à PACK saúde. Florianópolis: BMJ; 2020.

Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J. 2019;41(2):255-323. doi:10.1093/eurheartj/ehz486

Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre :Artmed; 2019. 2v.

Martins ACM, Rados DRV, Oliveira EB, Basso J, Burigo LM, Medeiros LEB et al. Regula SUS. Protocolos de regulação ambulatorial: cardiologia adulto [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2022 [citado 24 mar. 2022]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_cardiologia_20170911_v019.pdf

Rollo AA, Guimarães AL, Mariano RCZ, Araújo RO, Medorima STK. Manual de recomendação para o cuidado às condições crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. Campinas: Secretaria municipal de saúde de Campinas; 2020.

Rosa PR, Rados DRV, Agostinho MR, Katz N. TeleCondutas: cardiopatia isquêmica [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2017 [citado 16 set. 2022]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Cardio_Isquemica.pdf



PROJETO

TeleNordeste

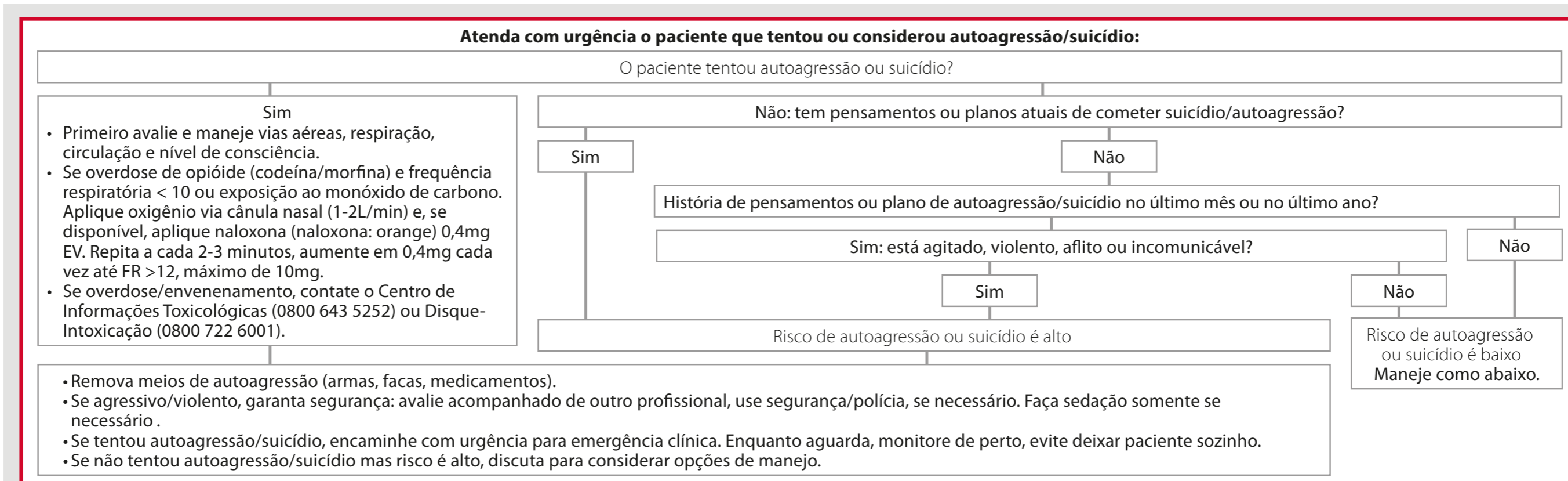


2

Saúde Mental



MANEJO DE CONDIÇÕES COMUNS EM SAÚDE MENTAL



Avalie o paciente cujo risco de autoagressão ou suicídio é baixo:

Avalie	Quando avaliar	Observações
Depressão	Toda consulta	No último mês, sentiu-se: 1) desanimado, deprimido, sem esperanças; ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um, clique aqui .
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ¹ /vez; 2) usou drogas ilegais; ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer um, clique aqui .
Outro transtorno mental	Toda consulta	Se alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, discuta com psiquiatra no mesmo dia.
Estressores	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Avalie e maneje o estresse. • Ajude identificar estressores psicossociais. Pergunte sobre traumas, violência sexual, problemas familiares/relacionamento, dificuldades financeiras, luto, doenças crônicas.
Condições crônicas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Se dor crônica, avalie e maneje dor e condição de base. • Se o paciente tem uma doença terminal, considere oferecer também cuidados paliativos.

Aconselhe o paciente cujo risco de autoagressão ou suicídio é baixo

- Discuta com paciente razões de se manter vivo. Incentive cuidadores a monitorarem o paciente enquanto o risco persistir e retornar se qualquer preocupação.
- Aconselhe restringir acesso a meios de autoagressão (substâncias tóxicas, medicamentos, armas) enquanto risco persistir.
- Sugira procurar apoio de parentes/amigos e ofereça encaminhamento para profissional de saúde mental e recursos de apoio.

- Libere-o sob cuidados de familiares, se possível. Reavalie o paciente pelo menos semanalmente por 2 meses. Se o risco de autoagressão/suicídio é baixo, então reavalie mensalmente.
- Se tentativas de suicídio ou pensamentos de autoagressão/suicídio recorrentes, reavalie o risco de suicídio conforme acima e considere **encaminhamento** para o profissional de saúde mental.

¹ Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).

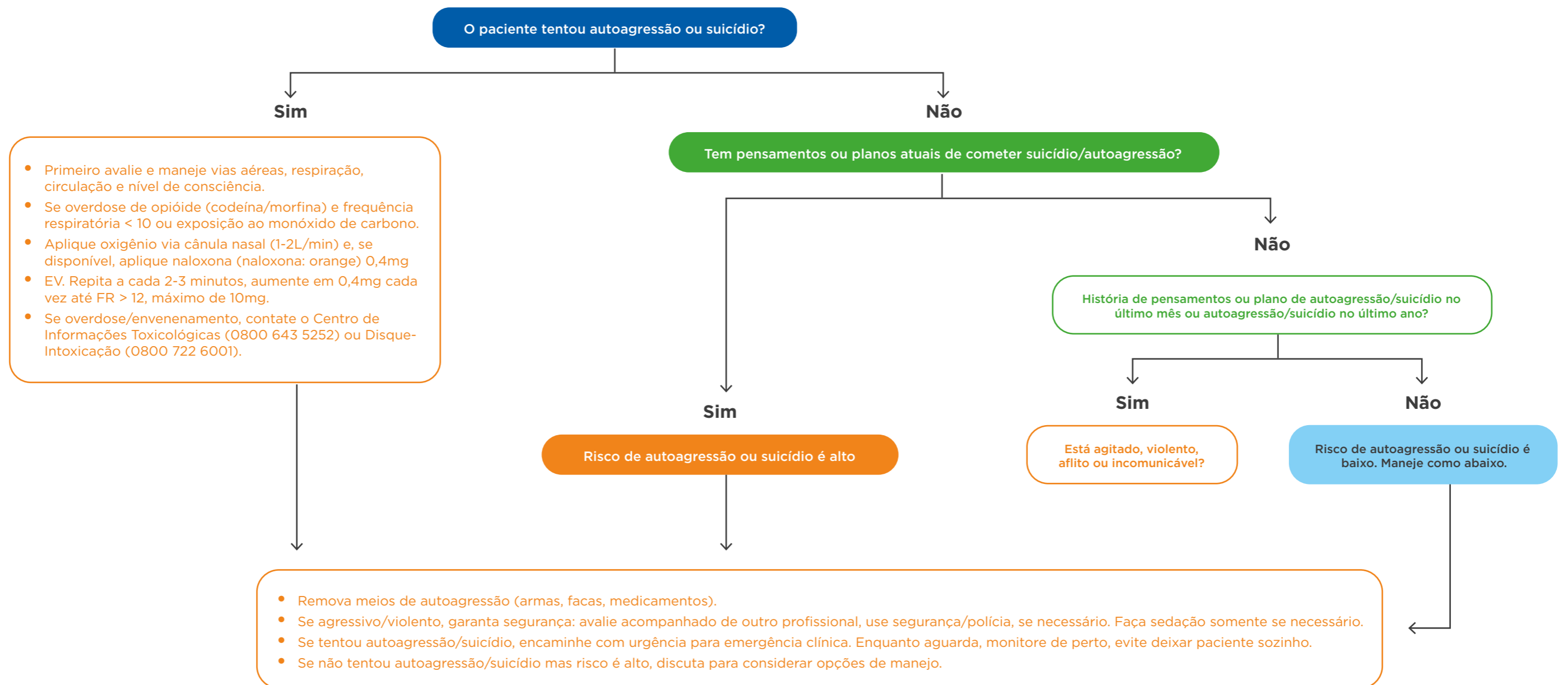


MANEJO DE CONDIÇÕES COMUNS EM SAÚDE MENTAL

2.1 - Autoagressão ou suicídio



Atenda com urgência o paciente que tentou ou considerou autoagressão/suicídio.





PROJETO

TeleNordeste

Avalie o paciente cujo risco de autoagressão ou suicídio é baixo:

Classe Funcional	Definição	Observações
Depressão	Toda consulta	No último mês, sentiu -se: 1) desanimado, deprimido, sem esperanças; ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um, ver seção sobre depressão.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ¹ /vez; 2) usou drogas ilegais; ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer um, ver seção sobre uso de álcool e drogas.
Outro transtorno mental	Toda consulta	Se alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, discuta com psiquiatra no mesmo dia.
Estressores	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">• Avalie e maneje o estresse.• Ajude a identificar estressores psicossociais. Pergunte sobre traumas, violência sexual, problemas familiares/relacionamento, dificuldades financeiras, luto, doenças crônicas.
Condições crônicas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">• Se dor crônica, avalie e maneje dor e condição de base.• Se paciente tem uma doença terminal, considere oferecer também cuidados paliativos.

Aconselhe o paciente cujo risco de autoagressão ou suicídio é baixo:

- Discuta com o paciente razões de se manter vivo. Incentive cuidadores a monitorarem paciente enquanto risco persistir e retornar se qualquer preocupação.
- Aconselhe restringir acesso a meios de autoagressão (substâncias tóxicas, medicamentos, armas) enquanto o risco persistir.
- Sugira procurar apoio de parentes/amigos e ofereça encaminhamento para profissional de saúde mental e recursos de apoio.
- Libere-o sob cuidados de familiares, se possível. Reavalie o paciente pelo menos semanalmente por 2 meses. Se o risco de autoagressão/suicídio é baixo, então reavalie mensalmente.
- Se tentativas de suicídio ou pensamentos de autoagressão/suicídio recorrentes, reavalie o risco de suicídio conforme acima e considere encaminhamento para o profissional de saúde mental.

¹ Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).



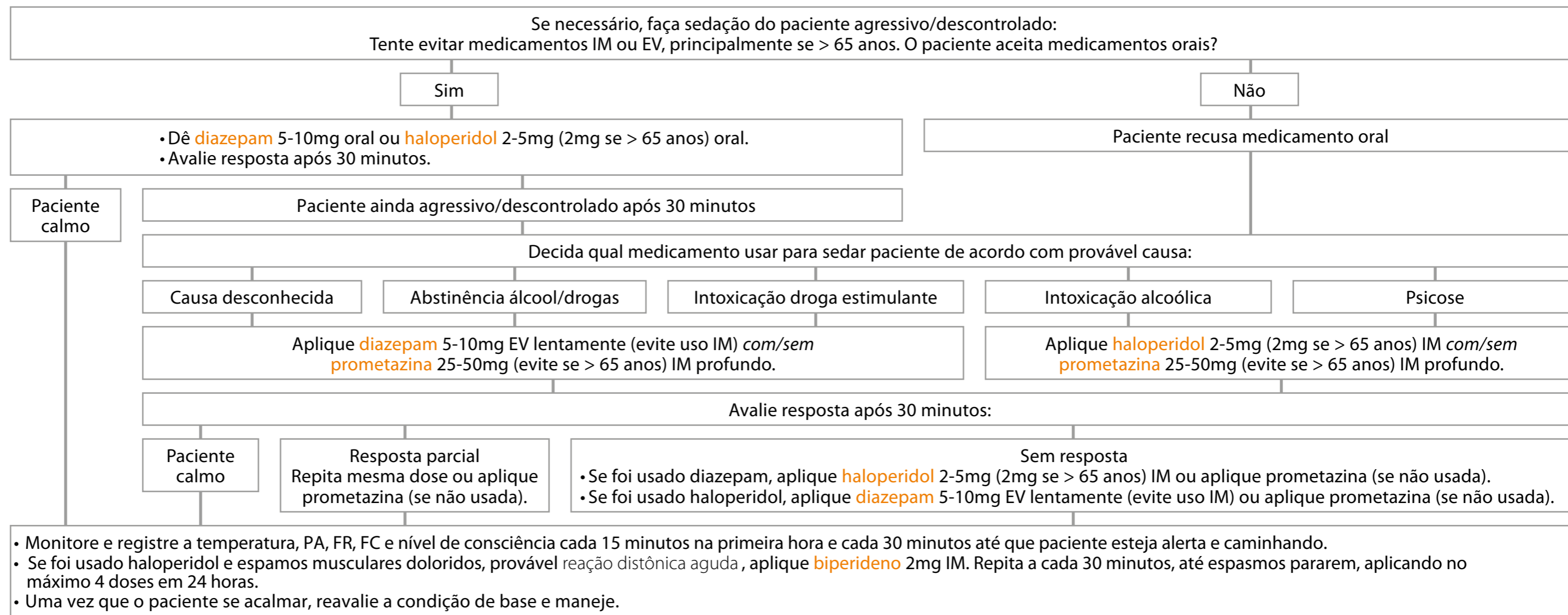
2.2 - Agressividade/descontrole

Atenda com urgência o paciente agressivo/descontrolado com um ou mais dos seguintes:

- Comportamento raivoso
- Discurso alto e agressivo
- Comportamento desafiador, insultante ou provocativo
- Frequentemente mudando a posição do corpo e o ritmo
- Postura tensa, apertando braços/punhos firmemente
- Ato agressivo, socando paredes, jogando objetos, batendo

Maneje:

- Garanta a sua segurança, do paciente e dos outros peça que um segurança esteja presente, chame a polícia se necessário. Eles devem desarmar o paciente se ele(a) estiver armado. Avalie em sala segura acompanhado de outro profissional. Assegure-se de que a saída não esteja bloqueada.
- Tente acalmar o paciente verbalmente:
 - Evite contato visual direto, movimentos bruscos ou abordar o paciente por trás. Fique pelo menos a dois braços de distância do paciente.
 - Use um tom honesto, não ameaçador. Evite argumentar, mandá-lo(a) acalmar-se ou pedir para ele(a) se calar. Faça um gesto amigável oferecendo algo para ele(a) beber ou comer.
 - Escute o paciente, identifique seus sentimentos e desejos e ofereça escolhas. Tome todas as ameaças a sério.
- Contenha e/ou faça sedação somente se absolutamente necessário: dano a si/outros, interrupção importante de um tratamento, dano ao ambiente, tentativas verbais de acalmar falharem.
 - Se possível, antes da sedação, avalie e maneje possíveis causas de pensamentos ou comportamentos atípicos.
- Considere internação involuntária se sinais de transtorno mental e recusa de tratamento ou internação e perigo para si/outros, própria reputação/interesses financeiros: discuta com psiquiatra no mesmo dia.



Discuta no mesmo dia com psiquiatra para considerar internação do paciente agressivo com transtorno mental.



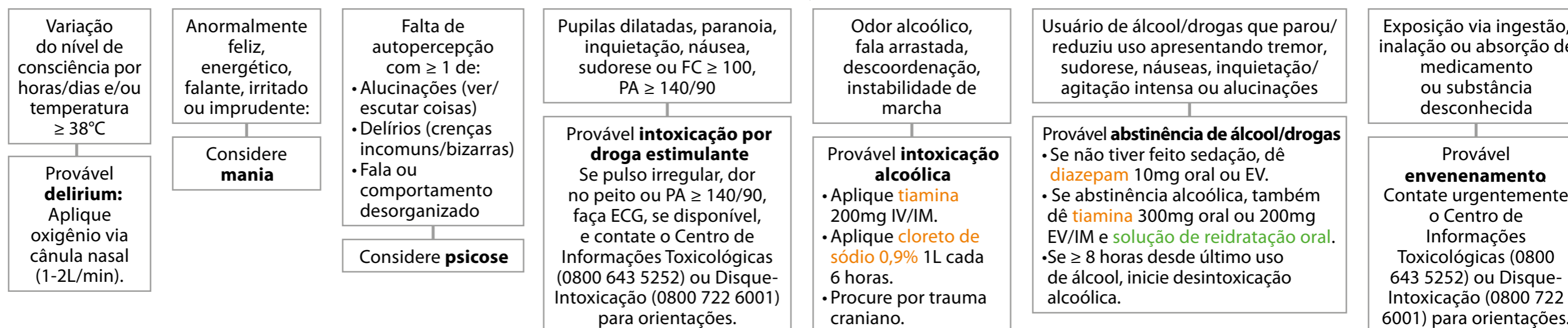
2.3 - Pensamentos ou comportamentos atípicos

Atenda com urgência o paciente com um ou mais dos seguintes pensamentos ou comportamentos:

- Início súbito de pensamentos ou comportamentos atípicos
- Início recente de pensamentos ou comportamentos atípicos

Maneje:

- Se agressivo/descontrolado, avalie e maneje. Faça sedação somente se absolutamente necessário.
- Se início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face (com mínimo ou nenhum envolvimento da testa), braço ou perna; dificuldade na fala ou alteração visual: considere **derrame** ou **AIT**.
- Se acabou de ter uma convulsão, realize cuidados pós-convulsão.
- Se falta de ar ou frequência respiratória > 30 e SaO2 < 90% ou oxímetro não disponível, aplique oxigênio via cânula nasal (1-2L/min).
- Se glicemia < 70mg/dL ou incapaz de medir, dê **glicose oral**. Se incapaz de ingerir, aplique **glicose 50%** 25mL EV em 1-3 minutos. **Repita** se glicemia ainda < 70mg/dL após 15min. Continue **glicose 5%** 1L EV a cada 6 horas. Se suspeita de alcoolismo/malnutrição também aplique **tiamina** 200mg EV. Se glicemia > 200mg/dL, [clique aqui](#).
- Caso tenha sede, boca seca, turgor da pele diminuído, olhos afundados, débito urinário diminuído dê **solução de reidratação oral**. Se incapaz de ingerir ou PA < 90/60, aplique **cloreto de sódio 0,9%** 250mL EV rápido, repita até PA sistólica > 90. Continue 1L cada 6 horas. Pare se falta de ar.
- Se pensamento ou comportamento suicida, [clique aqui](#).
- Considere internação involuntária se sinais de transtorno mental e recusa de tratamento ou internação e perigo para si/outros, própria reputação/interesses financeiros: discuta com psiquiatra no mesmo dia.
- Procure por sinais de delirium, mania, psicose, intoxicação, abstinência ou envenenamento e maneje antes de encaminhar:



Encaminhe com urgência para emergência clínica a não ser que:

- Paciente com esquizofrenia conhecida que de maneira geral está bem: ofereça cuidados de rotina para esquizofrenia.
- Paciente diabético e hipoglicêmico, que não usa glibenclamida ou insulina: se sintomas forem resolvidos com glicose oral/EV, não necessita encaminhar, ofereça cuidados de rotina para diabetes.
- Paciente com alcoolismo conhecido que de maneira geral está bem: se sintomas forem resolvidos uma vez que paciente ficou sóbrio, não necessita encaminhar.

Abordagem do paciente com pensamentos ou comportamentos atípicos que não necessita de atenção urgente

- Se por ao menos 6 meses apresentou um caso ou mais de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menor capacidade para atividade diária/laboral/social: considere **demência**.
- Se diagnóstico incerto: **discuta** ou **encaminhe** para investigações adicionais.

Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).



PROJETO

TeleNordeste

2.4 - Estresse/tristeza

Atenda com urgência o paciente estressado ou triste com:

- Pensamentos ou comportamento suicida

Avalie o paciente estressado ou triste

Avalie	Observações
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none">• Preocupação excessiva com comprometimento de funções/angústia por pelo menos 6 meses e 3 dos seguintes sintomas ou mais: tensão muscular, dificuldades para dormir, baixa concentração, cansaço, inquietação, irritação: considere transtorno de ansiedade generalizada (vide 2.8).• Se causada por situação/objeto específico (fobia) ou medo súbito repetitivo com sintoma físico e sem causa aparente (pânico) ou seguido de evento traumático, discuta/encaminhe.
Depressão	<ul style="list-style-type: none">• No último mês, sentiu-se: 1) desanimado, deprimido, sem esperanças; ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um, clique aqui.
Uso álcool/ drogas	<ul style="list-style-type: none">• No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses¹/vez; 2) usou drogas ilegais; ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer um, clique aqui.
Demência	<ul style="list-style-type: none">• Se por ao menos 6 meses apresentou um caso ou mais de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menor capacidade para atividade diária/laboral/social: considere demência.
Trauma/ abuso	<ul style="list-style-type: none">• Se evento traumático com 3 ou mais ocorrências do seguintes casos por mais de um mês: 1) Pesadelos ou pensamentos/flashbacks involuntários; 2) Evita certas situações/pessoas; 3) Constantemente defensivo, vigilante ou assustado; 4) Entorpecido ou separado das pessoas, atividades ou lugares: considere transtorno de estresse pós-traumático e discuta.• Se violência sexual, discuta.
Estressores	<ul style="list-style-type: none">• Ajude a identificar estressores psicossociais. Pergunte sobre problemas familiares/relacionamento, dificuldades financeiras, luto, doenças crônicas.• Se paciente tem uma doença terminal, considere oferecer também cuidados paliativos.• Pergunte sobre solidão em idosos e, se disponível, encaminhe para grupos/clubes/associações para idosos.
Saúde da mulher	<ul style="list-style-type: none">• Se parto recente, ofereça cuidados de puerpério.• Se > 40 anos, pergunte sobre sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir e problemas sexuais.
Medicamento	<ul style="list-style-type: none">• Revise medicamentos: corticoides, propranolol, metoclopramida teofilina, pílula combinada e efavirenz. Considere contraceptivos alternativos se necessário.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).

Aconselhe o paciente estressado ou triste

Incentive a questionar pensamentos negativos e ser realista se pensa no pior, generaliza, exagera o problema, se culpabiliza, leva as coisas para o pessoal. Ajude escolher estratégias:

- Durma o suficiente.
- O que deve ser feito se houver dificuldades para dormir?



PROJETO

TeleNordeste

- Incentive o paciente a tirar um tempo para relaxar e passar tempo com amigos/familiares que o apoiem.
- Ache uma atividade criativa ou divertida para fazer.
- Faça um exercício de relaxamento e de respiração todo dia.
- Seja ativo: exercícios regulares podem ajudar.

Se estressores identificados, discuta possíveis soluções. Comunique-se efetivamente. Encaminhe para psicologia ou serviço social, se necessário.

Ajude a lidar com situações de perda/luto/doença incurável e reconheça reações: negação, confusão, choque, tristeza, barganha, saudade, raiva, humilhação, desespero, culpa e aceitação.

- Permita compartilhar tristeza e falar sobre memórias, sentidos da vida ou crenças religiosas.
- Identifique problemas/preocupações e quem pode dar suporte prático antes e depois que o paciente morrer. Vincule o paciente e/ou familiares a um conselheiro espiritual se apropriado.

2.5 - Dificuldade para dormir

Avalie o paciente com dificuldade para dormir

- Confirme que o paciente realmente não dorme o suficiente. Adultos necessitam em média de 6 a 8 horas de sono por noite. Isso diminui com a idade.
- Determine o tipo de dificuldade para dormir: acorda muito cedo ou com frequência, dificuldade em iniciar o sono, sono insuficiente.

EXCLUA PROBLEMAS MÉDICOS

- Pergunte sobre dor, falta de ar, problemas urinários. Veja as páginas de sintomas relevantes. Se paciente tem uma doença crônica, ofereça cuidados de rotina.
- Se paciente tem algum dos seguintes: FC \geq 100, aumento de apetite com perda de peso, intolerância ao calor ou aumento tireoideano, solicite TSH e interprete.
- Se roncos persistentes, avalie problemas nasais ou apneia do sono. Se pernas inquietas, discuta para avaliação.

REVISE MEDICAMENTOS

- Descongestionantes, salbutamol, teofilina, fluoxetina, efavirenz podem causar dificuldades para dormir.
- Assegure o paciente que dificuldade para dormir pelo efavirenz é normalmente auto-limitada e se resolve em 4 semanas de TARV. Se TARV > 4 semanas, discuta.

AVALIE USO DE ÁLCOOL/DROGAS

- No último ano: 1) bebeu \geq 4 doses¹/vez, 2) usou drogas ilegais; ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer um,  [clique aqui](#).



PROJETO

TeleNordeste

Avalie o paciente com dificuldade para dormir

FAÇA AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

- Avalie e maneje o estresse.
- Se evento traumático com 3 ou mais ocorrências do seguintes casos por mais de um mês: 1) Pesadelos ou pensamentos/flashbacks involuntários; 2) Evita certas situações/pessoas; 3) Constantemente defensivo, vigilante ou assustado; 4) Entorpecido ou separado das pessoas, atividades ou lugares: considere transtorno de estresse pós-traumático, discuta.
- No último mês, sentiu -se: 1) desanimado, deprimido, sem esperanças; ou 2) com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um, investigue depressão.
- Se pensamentos ou comportamentos atípicos, [clique aqui](#).
- Se por ao menos 6 meses uma ocorrência ou mais de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menor capacidade para atividade diária/laboral/social: considere demência.

PERGUNTE SOBRE SINTOMAS DE MENOPAUSA

- Se mulher > 40 anos, pergunte sobre sintomas de menopausa: fogachos, suores noturnos, secura vaginal, alterações de humor, dificuldade para dormir e problemas sexuais.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. Fonte: adaptado de Pack Brasil 2020

Aconselhe o paciente com dificuldade para dormir

- Incentive o paciente a adotar hábitos de higiene do sono. Esses frequentemente ajudam a resolver a insônia sem o uso de sedativos.
 - Faça exercícios regularmente (mas não antes de dormir).
 - Evite cafeína (café, chá), álcool e cigarro algumas horas antes de dormir.
 - Evite cochilos durante o dia, mas se cansado, cochile por não mais do que 30 minutos.
 - Incentive a ter uma rotina: tente acordar no mesmo horário todos os dias (mesmo se cansado) e vá para a cama no mesmo horário todas as noites.
 - Deite/relaxe antes de ir para a cama.
 - Use a cama apenas para dormir ou para o sexo. Passe apenas 6-8 horas por noite na cama.
 - Uma vez na cama, não fique olhando o relógio. Se não dormir após 20 minutos, faça alguma atividade de baixa energia (leia um livro, caminhe pela casa). Uma vez cansado, retorne para a cama.
 - Mantenha um diário do sono, revise a cada consulta.
- Evite medicamentos para dormir: podem causar dependência e efeitos adversos (sonolência diurna, tontura, confusão, problemas de memória, maior risco de quedas e acidentes de carro).
- Reavalie o paciente regularmente. Uma boa relação entre a equipe e o paciente pode ajudar.
- Discuta se problemas com atividades diárias, sonolência diurna, irritabilidade, ansiedade ou dor de cabeça sem melhoras com 1 mês de higiene do sono.



PROJETO

TeleNordeste

2.6 - Uso de álcool/drogas

Avalie o paciente que usa qualquer droga ou bebe álcool de forma que o coloca em risco de dano/dependência. Isso inclui bebedeiras ocasionais ou uso diário. Se fuma, [clique aqui](#).

Avalie	Observações
Sintomas	<ul style="list-style-type: none">Se parou/reduziu e está com inquietação, agitação, dificuldades para dormir, confusão, ansiedade, alucinações, sudorese, tremores, dor de cabeça ou náusea/vômitos, trate provável abstinência (vide seção 3).Se agressivo/violento ou comportamento descontrolado (vide seção 2).Pergunte sobre pensamentos ou planos de suicídio. Se paciente tem pensamentos ou planos o que fazer se o paciente tem pensamentos ou planos de suicídio? (vide seção 1)
Riscos/danos	<ul style="list-style-type: none">Uso é arriscado se bebe > 14 doses!/semana ou ≥ 4 doses!/sessão, isso aumenta o risco de dano e dependência.Uso é nocivo se causa danos físicos (ferimentos, problemas de fígado e estômago), mentais (depressão), sociais (de relacionamentos, legais ou financeiros) ou práticas sexuais de risco.
Dependência	Paciente tem dependência se apresenta três ou mais casos de: necessidade intensa de uso; dificuldade de controlar uso; abstinência ao parar/reduzir; tolerância (necessita mais); negligencia outros interesses; continua uso apesar de dano.
Estressores	Ajude a identificar fatores domésticos, sociais e do trabalho que contribuem com uso de álcool/drogas. Pergunte sobre razões do uso. Se violência sexual, veja seção 5.
Depressão	No último mês, sentiu -se: 1) desanimado, deprimido, sem esperanças; ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um, veja seção 9.

Aconselhe o paciente com uso arriscado de álcool ou qualquer outra droga

- Avalie e maneje o estresse.
- Se gestante/planejando engravidar ou amamentando, oriente a parar uso de álcool/drogas completamente. Álcool/drogas podem causar dano ao desenvolvimento do bebê.
- Sugira que o paciente procure o suporte de amigos e parentes próximos que não usam álcool/drogas ou grupo de suporte. Considere encaminhar para assistente social, psicólogo.
- Converse sobre prejuízos/benefícios percebidos do uso. Permita que decida por si sobre parar/reduzir. Incentive retornar se ainda não estiver pronto. Apoie o paciente na mudança.



PROJETO

TeleNordeste

Uso arriscado de álcool sem dependência	Uso de qualquer outra droga sem dependência	Dependência ao álcool/outras drogas
<ul style="list-style-type: none">Se gestante, uso nocivo, dependência prévia ou contraindicação (dano hepático, transtorno mental), oriente parar uso de álcool completamente. Evitar ter álcool em casa e ir a lugares de uso de álcool (como bares).Se nenhum dos casos acima e paciente escolhe continuar uso, oriente uso de baixo risco: ≤ 2 doses¹/dia e evitar beber pelos menos 2 dias/semana.	<ul style="list-style-type: none">Oriente parar o uso de drogas ilegais ou de prescrição.Se paciente escolhe continuar uso, oriente reduzir danos: evitar injetáveis ou usar técnica estéril, testar regularmente para HIV, sífilis e hepatites.	<ul style="list-style-type: none">Oriente que álcool/drogas necessitam ser interrompidos de forma gradual. Se parada súbita, efeitos da abstinências podem ser danosos.Desintoxicação (abaixo), irá eliminar de forma segura, gradualmente, álcool/ drogas do corpo.

Trate o paciente com dependência ao álcool/outra(s) droga(s) com a ajuda de um cuidador

- Encaminhe para desintoxicação se: abstinência com delírio/convulsões, falha em desintoxicação prévia, gestante, transtorno mental, doença crônica, pessoa em situação de rua/sem suporte social, dependência de opióide (como codeína) ou mais de uma droga.
- Ofereça desintoxicação ambulatorial se nenhum dos acima. Garanta que o paciente tem algum parente/amigo próximo para atuar como cuidador/referência durante a desintoxicação.

Se uso nocivo, reavie em 1 mês, se necessário. Se em desintoxicação ambulatorial, reavie diariamente até estável. Oriente retornar imediatamente se qualquer problema.

Substância	Programa de desintoxicação - escreva o programa para o paciente e cuidador. Pare se paciente retornar uso de álcool/drogas
Álcool (inicie somente se abstinência > 8 horas)	<ul style="list-style-type: none">Prescreva tiamina 300mg oral ao dia enquanto durar desintoxicação. Se paciente está malnutrido ou em más condições, prescreva tiamina 100mg IM ao dia por 3 dias, oral.Prescreva diazepam oral. Dia 1: 10mg a cada 6 horas. Dias 2-3: 5-10mg a cada 8 horas. Dia 4: 5mg a cada 12 horas. Então reduza para parar no dia 5 e 6 se necessário.
Droga estimulante/ <i>Cannabis</i>	Se necessário, trate ansiedade, inquietação, irritabilidade ou insônia com diazepam oral. Dia 1: 5mg a cada 8 horas. Dia 2: 5mg a cada 12 horas. Dia 3: 5mg à noite.
Benzodiazepínicos	<ul style="list-style-type: none">Evite suspensão súbita de benzodiazepínicos. Reduza a dose muito de forma muito gradual; retirada pode levar meses.Substitua o benzodiazepínico atual por dose equivalente de diazepam. Consulte calculadora/tabela de equivalência. Reduza o diazepam em 5-10mg por semana até 40mg ao dia, então reduza em 2,5-5mg por semana.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja. 2IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativos.

Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).



PROJETO

TeleNordeste

2.7 - Uso de tabaco

Avalie o paciente que fuma tabaco

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none">• Pergunte sobre sintomas que podem sugerir câncer: tosse/falta de ar, sintomas urinários ou perda de peso.• Pergunte sobre dor no peito, dor na perna, início súbito de: fraqueza assimétrica da face, braço ou perna; dormência, dificuldade na fala ou alteração visual.
Uso	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none">• Pergunte sobre número de cigarros/dia, atividades associadas ao fumo e tentativas prévias de parar.• Se recentemente parou, pergunte sobre os desafios que encontrou e aconselhe como abaixo.
Estressores	Todas as consultas	Ajude a identificar estressores domésticos, sociais e no trabalho que contribuam com o fumo. Avalie e maneje o estresse.
DPOC	No diagnóstico	Se falta de ar quando caminha rápido/sobe uma inclinação, considere DPOC. Se DPOC conhecido, realize o manejo.
RCV	No diagnóstico	Avalie e maneje o RCV.

Aconselhe o paciente que fuma tabaco

- Pergunte se paciente está disposto a conversar sobre o seu hábito de fumar. Comunique-se efetivamente: escute, discuta, pratique empatia e resuma. Integre esses quatro princípios em todas as consultas. Tente usar linguagem simples e leve em consideração a cultura e crenças do seu paciente.
- Oriente paciente que parar de fumar é a ação mais importante que ele pode fazer para melhorar sua saúde, qualidade de vida e aumentar sua expectativa de vida.
- Eduque que nicotina é aditiva e parar pode ser difícil e dar sintomas de abstinência (abaixo). Substituição de nicotina pode ajudar. Oriente que fumantes fazem várias tentativas de parar antes de sucesso.
- Se paciente não está pronto para parar no próximo mês:
 - Discuta riscos para paciente (infertilidade, ataque cardíaco, derrame, DPOC, câncer, piora da asma), cônjuge (câncer de pulmão, doença cardíaca) e criança (baixo peso, asma, infecções respiratórias).
 - Ajude paciente a identificar benefícios de parar de fumar, como economizar dinheiro, melhorar a saúde, paladar, olfato e aparência e ser um exemplo para criança.
 - Ajude paciente a remover barreiras para parar de fumar e possíveis soluções.
 - Pergunte se paciente está pronto para parar de fumar no próximo mês. Se não estiver pronto, incentive retornar, usar recurso de apoio ou grupo quando decidir parar.



PROJETO

TeleNordeste

- Se paciente está pronto para parar no próximo mês ou parou recentemente:
 - Ajude com plano: escolha data para parar em 2 semanas, procure ajuda de familiar/amigo/grupo/recurso de apoio, evite situações associadas ao fumo e remova cigarros/isqueiros/cinzeiros.
 - Ajude a manejar fissura: estabeleça um limite de tempo antes de desistir, oriente a postergar o quanto possível, faça uma inspiração profunda e solte o ar lentamente (repita 10 vezes).
 - Eduque sobre sintomas de abstinência: aumento de apetite, alterações de humor, dificuldade para dormir/concentrar-se, irritabilidade, ansiedade, inquietação. Deve melhorar após 2 semanas.

Trate o paciente que fuma tabaco e está pronto para parar

- Dê as orientações acima para parar de fumar. Também prescreva medicamentos. Ofereça encaminhamento para psicologia/aconselhamento especialmente se depressão prévia ou abuso de álcool.
- Ajude paciente a escolher medicamento baseado na preferência, efeitos adversos e uso prévio. Se gravidez ou amamentação, discuta opções.

Medicamento	Dose	Observações
Goma de nicotina	Inicie 4mg (se ≥ 25 cigarros/dia) ou 2mg (se < 25 cigarros/dia) a cada 1-2h ou se necessário, e então diminua gradualmente após 6 semanas. Máx. 30mg/dia. Use por 12 semanas.	<ul style="list-style-type: none">• Use sempre que ocorrer fissura. Masque até gosto da nicotina aparecer, então mantenha na boca até gosto desaparecer e masque de novo. Repita por 30 minutos e descarte (não engula). Evite alimentos/bebidas 30 minutos antes e durante o uso.• Não prescreva se doença cardíaca instável, IAM recente, úlcera péptica. Efeitos adversos: irritação bucal, dor mandibular, azia, náuseas.
Adesivo de nicotina	Inicie 21mg ao dia (se > 20 cigarros/dia) ou 14mg ao dia (se ≤ 20 cigarros/dia). Diminua em 7mg a cada 4 semanas. Use por 12 semanas.	<ul style="list-style-type: none">• Pode iniciar 1-4 semanas antes da data de parada. Aplique novo adesivo diariamente (imediatamente após remover um) em pele limpa, seca sem pelos. Reveze o local de aplicação (tronco, braço). Evite exposição solar.• Evite se doença cardíaca instável, IAM recente, doença de pele. Efeitos adversos: irritação da pele, dificuldades de dormir, sonhos lúcidos.
Bupropiona	Inicie 150mg ao dia por 3 dias, então 150mg 2 vezes ao dia (8 horas de diferença entre as doses) por 12 semanas.	Inicie 1-2 semanas antes da data de parada. Não prescreva se convulsões, transtorno alimentar/bipolar, pensamentos suicidas. Cuidado se diabetes, hipertensão. Efeitos adversos: insônia, agitação, boca seca, dor de cabeça.
Nortriptilina	Inicie 25mg à noite. Aumente 25mg/dia cada semana até 75-100mg. Use por 12 semanas, e diminua até parar.	Inicie 2-4 semanas antes da data de parada. Evite se pensamentos suicidas (fatal se overdose), doença cardíaca, retenção urinária, glaucoma, epilepsia. Efeitos adversos: boca seca, constipação, dificuldade de urinar, visão borrada, sedação, ganho de peso.

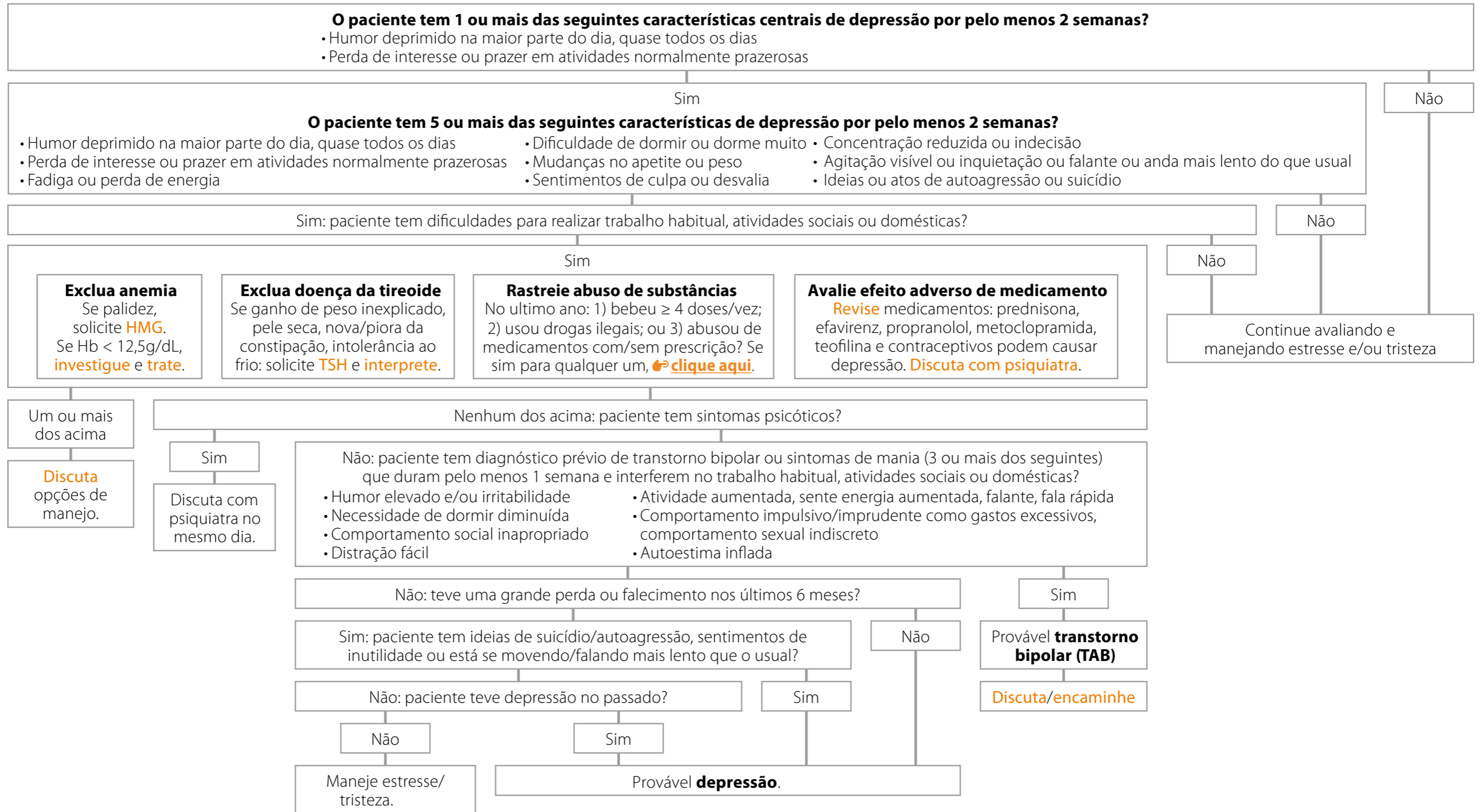
Reavalie paciente semanalmente por 1 mês, então mensalmente por 3 meses, então em 6 meses. Se não conseguiu parar, considere mais tempo de tratamento. Pare medicamentos após 4 semanas se continua fumando.

Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).



2.8 - Manejo de depressão e ansiedade

Depressão: diagnóstico





PROJETO

TeleNordeste

Depressão e/ou ansiedade generalizada: cuidados de rotina

Avalie o paciente com depressão e/ou ansiedade generalizada

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">Avalie sintomas de depressão e ansiedade. Se não melhorar após 8 semanas ou piorar estando em tratamento, discuta/encaminhe.Maneje sintomas conforme a página do sintoma.
Autoagressão	Toda consulta	Perguntar ao paciente sobre pensamentos de autoagressão/suicídio não aumenta as chances disso ocorrer. Se paciente tem pensamentos ou planos de suicídio, clique aqui .
Mania	Toda consulta	Se anormalmente feliz, com energia, falante, irritado ou impulsivo/imprudente, discuta/encaminhe.
Ansiedade	No diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">Se preocupação excessiva com comprometimento de funções/angústia por pelo menos 6 meses e 3 casos ou mais de: tensão muscular, dificuldades para dormir, baixa concentração, cansaço, inquietação, irritação: considere transtorno de ansiedade generalizado.Se ansiedade é induzida por situação/objeto específico (fobia) ou medo súbito repetitivo com sintoma físico e sem causa aparente (pânico), discuta/encaminhe.Se evento traumático com 3 ou mais ocorrências dos seguintes casos por mais de um mês: 1) Pesadelos ou pensamentos/flashbacks involuntários; 2) Evita certas situações/pessoas; 3) Constantemente defensivo, vigilante ou assustado; 4) Entorpecido ou separado das pessoas, atividades ou lugares: considere transtorno de estresse pós-traumático, discuta.
Demência	No diagnóstico	Se por ao menos 6 meses mais de uma ocorrência de: problema de memória, desorientação, dificuldade de linguagem, menos capaz para atividade diária/laboral/social: considere demência.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ¹ /vez; 2) usou drogas ilegais; ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer um, clique aqui .
Efeitos adversos	Toda consulta	Pergunte sobre efeitos adversos de medicamentos antidepressivos.
Estressores	Toda consulta	Ajude a identificar fatores domésticos, sociais e do trabalho que contribuem para depressão ou ansiedade. Se violência sexual, discuta. Se perda recente, clique aqui .
Planejamento familiar	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">Discuta necessidades de contracepção do paciente.Se gravidez ou amamentação, discuta riscos: risco para o bebê de uma depressão materna não tratada supera os riscos dos antidepressivos. Se possível, evite antidepressivos no primeiro trimestre. Garanta aconselhamento/suporte e reavalie a cada 2 semanas até ficar estável. Se necessário, discuta.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.

Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).



PROJETO

TeleNordeste

Aconselhe o paciente com depressão e/ou ansiedade generalizada

- Explique que depressão é muito comum e que pode acontecer com qualquer um. Isso não significa que a pessoa é preguiçosa ou fraca. A pessoa com depressão não consegue controlar seus sintomas.
- Explique que pensamentos de autoagressão e suicídio são comuns. Oriente paciente que, se tiver esses pensamentos, ele não deve agir, mas contar para uma pessoas de confiança e retornar de imediato.
- Eduque paciente que antidepressivos podem demorar de 4 a 6 semanas para começar a fazer efeito. Explique que ele pode ter efeitos adversos, mas que geralmente são resolvidos em alguns dias.
- Enfatize importância da adesão mesmo que se sinta bem. Oriente que provavelmente será tratado por pelo menos 9 meses e que o medicamento não causa dependência. Oriente não parar abruptamente.
- Ajude paciente a escolher estratégias para conseguir apoio e lidar com a depressão.
- **Incentive o paciente a tirar um tempo para relaxar:**
 - Durma o suficiente.
 - Passe tempo com amigos/familiares que o apoiem.
 - Ache uma atividade criativa ou divertida para fazer.
 - Faça um exercício de relaxamento e de respiração todo dia.
 - Seja ativo - Exercícios regulares podem ajudar.
- **Acesse suporte:** Vincule paciente a um grupo de suporte e/ou recurso de apoio.

Tratamento farmacológico para depressão/ansiedade generalizada

Trate o paciente com depressão e/ou ansiedade generalizada

- Considere encaminhar para psicologia (idealmente intervenções como terapia cognitivo comportamental, interpessoal, resolução de problemas), e para assistente social e/ou grupo/ linha de apoio.
- Discuta possíveis benefícios do uso de antidepressivos para depressão e ansiedade generalizada. Respeite a decisão do paciente se ele não quiser usar antidepressivos.



PROJETO

TeleNordeste

- Se ansiedade generalizada ou características de ansiedade¹ quando iniciar antidepressivo, considere diazepam 2,5-20mg ao dia se necessário, por até 10 dias. Evite se faz uso arriscado de outras substâncias.
- Ajude paciente a escolher o antidepressivo orientado por seu padrão de sintomas, perfil de efeitos adversos do medicamento e a eficácia de tratamentos antidepressivos prévios.
- Continue antidepressivos por pelo menos 9-12 meses. Aumente dose se necessário de acordo com resposta ao tratamento. Se resposta parcial/sem resposta em dose máxima, considere trocar por outro.

Medicamento	Dose	Observações	Efeitos adversos
Fluoxetina	<ul style="list-style-type: none">• Inicie 20mg em manhãs alternadas por 1 semana, então aumente para 20mg/manhã.• Se resposta parcial/sem resposta após 6-8 semanas, aumente 20mg até o máximo de 60-80mg/dia.	Use como primeira escolha. Discuta se tem epilepsia, doença hepática/renal. Se diabetes, monitore glicose com mais frequência.	Mudanças no apetite e peso, dor de cabeça, inquietação, dificuldade para dormir, náusea, diarreia, problemas sexuais.
Sertralina	<ul style="list-style-type: none">• Inicie 50mg em manhãs alternadas por 1 semana, então aumente para 50mg/manhã.• Se resposta parcial/sem resposta após 6-8 semanas, aumente 25mg até o máximo de 200mg/dia.	Use se fluoxetina não tolerada/não responder. Discuta se tem epilepsia, doença hepática/renal. Se diabetes, monitore glicose com mais frequência.	Mudanças no apetite e peso, dor de cabeça, inquietação, dificuldade para dormir, náusea, diarreia, problemas sexuais.
Amitriptilina	<ul style="list-style-type: none">• Inicie 25mg/manhã por 1 semana, então aumente para 50mg/noite.• Se resposta parcial/sem resposta após 6-8 semanas, aumente 25mg até o máximo de 150mg/dia (100mg se > 65 anos)	Use se dor crônica/necessita efeito sedativo ou se fluoxetina/sertralina contraindicadas. Não prescreva se risco de suicídio (letal em overdose), doença cardíaca, retenção urinária, glaucoma, epilepsia.	Boca seca, constipação, dificuldades ao urinar, visão borrada, sedação.
Nortriptilina	<ul style="list-style-type: none">• Inicie 25mg em noites alternadas por 1 semana, então aumente para 50mg/noite.• Se resposta parcial/sem resposta após 6-8 semanas, aumente 25mg até o máximo de 150mg/dia.	Use se amitriptilina não tolerada/não responder. Evite se risco de suicídio (letal em overdose), doença cardíaca, retenção urinária, glaucoma, epilepsia.	Boca seca, constipação, dificuldades ao urinar, visão borrada, sedação.

¹Paciente tem se sentido nervoso, ansioso ou em pânico ou não tem conseguido parar de se preocupar ou pensar demais sobre o passado.

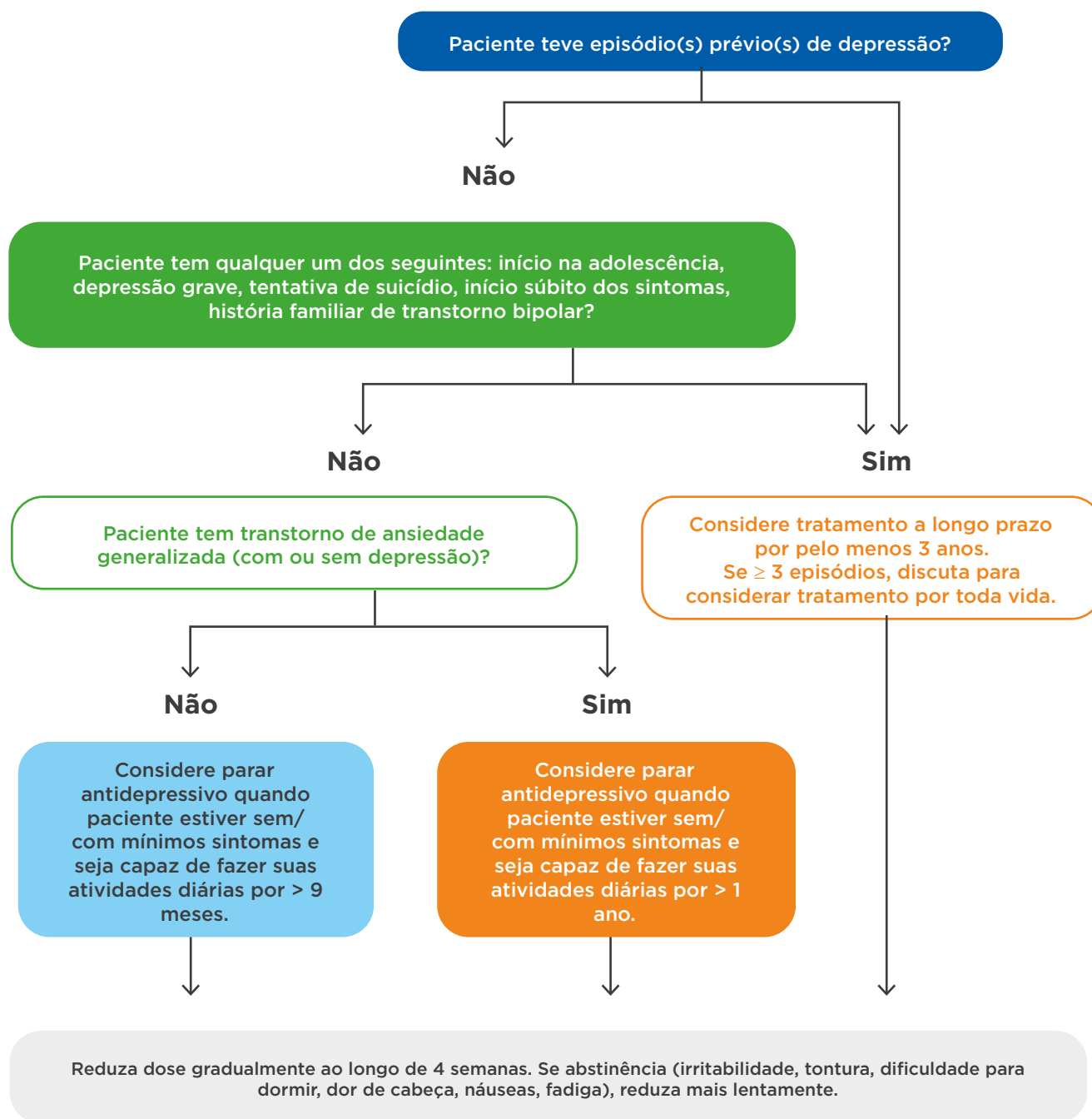
Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).



PROJETO

TeleNordeste

Planeje quando parar o antidepressivo



Reavalie a cada 2 semanas, mesmo se não estiver usando antidepressivo, até sintomas melhorarem, depois mensalmente. Se não melhorar com tratamento proposto ou se episódios recorrentes, discuta.



PROJETO

TeleNordeste

2.9 - Esquizofrenia: diagnóstico e cuidados de rotina

Esquizofrenia: diagnóstico e cuidados de rotina.

- Confirme o diagnóstico de esquizofrenia, se houver dúvida discuta/encaminhe.
- Considere esquizofrenia no paciente que (sem outros problemas de saúde mental ou com álcool/drogas) tem tido, por ao menos 6 meses, dificuldade de realizar tarefas laborais, domésticas ou sociais rotineiras e que por pelo menos 1 mês tenha tido ≥ 2 dos seguintes sintomas de psicose:
 - **Alucinações:** frequentemente ouvindo vozes ou vendo coisas que não estão lá.
 - **Delírios:** crenças bizarras/incomuns, não compartilhadas pela sociedade; crença de que pensamentos estão sendo inseridos ou transmitidos.
 - **Discurso desorganizado:** discurso incoerente ou irrelevante.
 - **Comportamento que é desorganizado ou catatônico (incapaz de falar, mover-se ou responder):** falta de emoção ou expressão facial, sem motivação, não se move ou fala pouco, reclusão social.
 - **Sintomas negativos:** falta de emoção ou expressão facial, sem motivação, não se move ou fala pouco, reclusão social.

Avalie o paciente com esquizofrenia

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">• Avalie sintomas de psicose como acima. Se sintomas de psicose e:<ul style="list-style-type: none">◦ Agressivo/violento.◦ Alternando níveis de consciência ao longo de horas/dias ou temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, provável delírio.◦ Paciente interrompeu tratamento: reinicie tratamento intramuscular e explore razões da baixa adesão (efeitos adversos, abuso de substâncias).◦ Boa adesão em dose otimizada, discuta/encaminhe.• Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.
Autoagressão	Toda consulta	Se paciente tem ideação suicida/plano, clique aqui . Se intenção de prejudicar outros, alerte as vítimas pretendidas, se possível.
Estressores	Toda consulta	Ajude a identificar os estressores psicossociais que podem piorar ou fazer com que os sintomas retornem. Avaliar se existe violência sexual.
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses ¹ /vez; 2) usou drogas ilegais; ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer um, veja seção 2.6.
Planejamento familiar	Toda consulta	Discuta as necessidades de contracepção do paciente. Se paciente gestante, planejando engravidar ou amamentando, discuta/encaminhe.



PROJETO

TeleNordeste

Avalie	Quando avaliar	Observações
Medicamento	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">• Pergunte sobre efeitos adversos do tratamento.• Pergunte sobre adesão. Se não aderente, reinicie o medicamento na mesma dosagem, explore razões de ter parado tratamento e envolva ACS no cuidado.• Discuta com psiquiatra se o paciente está usando medicamento que pode desencadear psicose aguda, como prednisona ou efavirenz.
Peso (IMC)	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">• $IMC = \text{peso (kg)} \div \text{altura (m)} \div \text{altura (m)}$.• Se ganhando peso, avalie e maneje RCV e discuta com psiquiatra sobre possíveis tratamentos alternativos para esquizofrenia.
Glicose	<ul style="list-style-type: none">• No diagnóstico, então anual• Quadrimestral se ganho de peso	Verifique glicemia.
Colesterol total aleatório	No diagnóstico, então bianual	Se colesterol $\geq 300\text{mg/dL}$ ou $< 300\text{mg/dL}$ mas subindo, maneje RCV e discuta com psiquiatra sobre tratamentos alternativos para esquizofrenia.
HIV	No diagnóstico ou se status desconhecido	Teste para HIV. Se HIV positivo, evite efavirenz, discuta/encaminhe.
Sífilis	No diagnóstico	Teste para sífilis.

¹Uma dose é 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja
Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).

Aconselhe o paciente com esquizofrenia e seu cuidador

- Eduque o paciente e cuidador/família sobre o transtorno: o paciente com esquizofrenia frequentemente perde a noção com a doença e pode tornar-se hostil com os cuidadores e profissionais de saúde. Ele(a) pode ter dificuldades funcionais, especialmente em ambientes altamente estressores.
- Oriente o paciente a manter as atividades sociais/educacionais/ocupacionais, se possível. Discuta com assistente social para encontrar oportunidades de educação e/ou trabalho.
- Incentive cuidador a apoiar paciente e evitar tentar convencê-lo que crenças ou experiências são falsas ou irreais.
- Evite comportamento hostil e crítico com o paciente.
- Oriente paciente a evitar álcool/drogas e incentive rotina de sono regular.
- Tente evitar hospitalização prolongada.
- Eduque sobre importância da adesão para garantir o sucesso do tratamento e a retornar imediatamente se os sintomas psicóticos retornarem/piorarem.



PROJETO

TeleNordeste

- Encaminhe paciente e cuidador para ACS, grupo de suporte ou recurso de apoio, se disponíveis.
- Oriente o paciente a evitar o consumo de álcool/drogas.

Trate o paciente com esquizofrenia

- Prescreva medicamento conforme tabela abaixo. Use a menor dose possível e efetiva. Prescreva um medicamento por vez. Espere por 6 semanas com dosagem típica antes de considerar medicamento ineficaz.
- Se problemas repetidos de adesão, considere mudar do medicamento oral para o intramuscular de ação prolongada.
- Se inseguro ou dose maior que a típica for necessária ou não responder aos medicamentos disponíveis, discuta com psiquiatra.

Medicamento	Dose inicial	Dose efetiva típica	Observações
Haloperidol	0,5-5mg oral cada 12 horas	5-20mg/dia	Use como primeira opção terapêutica. Aumente frequência de uso para até de 8/8 horas e doses em 0,5mg/dose até sintomas psicóticos serem resolvidos.
Clorpromazina	25mg oral cada 8 horas	75-300mg/dia	Se a sedação for problemática, prescreva até 75mg ao dia em dose única noturna quando conseguir o controle dos sintomas.
Haloperidol decanoato	10-20 vezes a dose total oral diária do paciente (máximo de 100mg) IM profundo a cada 4 semanas	50-200mg a cada 4 semanas	Discuta com psiquiatra como retirar o medicamento oral antes de iniciar.

Pesquise e maneje efeitos adversos do tratamento da esquizofrenia

Aumento mamário, descarga mamilar	Discuta com psiquiatra sobre troca do medicamento.
Amenorreia	Discuta com psiquiatra sobre troca do medicamento.
Tontura/desmaio ao ficar em pé	Comum quando iniciando ou aumentando dose. Geralmente autolimitada a horas ou dias. Oriente o paciente a levantar-se devagar.
Boca/olhos secos	Geralmente autolimitada. Oriente aumento da ingesta hídrica.
Constipação	Geralmente autolimitada. Oriente dieta rica em fibras e ingesta hídrica adequada.
Retenção urinária	Pare o tratamento e encaminhe no mesmo dia.



PROJETO

TeleNordeste

Pesquise e maneje efeitos adversos do tratamento da esquizofrenia

Visão turva		Discuta no mesmo dia.
Espasmos musculares dolorosos (reação distônica aguda)		Geralmente dentro das primeiras 48 horas do início do medicamento. Aplique biperideno 2mg IM. Se necessário, repita após 30 minutos, até 4 doses em 24 horas. Discuta no mesmo dia.
Efeitos adversos extras	Movimentos involuntários anormais	Pare o tratamento e discuta no mesmo dia.
	Movimentos lentos, tremores ou rigidez	Pode ocorrer após semanas ou meses de tratamento, discuta.
	Inquietação muscular	Pare o tratamento e discuta no mesmo dia.

Fonte: Adaptado de Cornick e Fairall (2020).

- Reavalie o paciente com esquizofrenia a cada 3 meses até estável e discuta com psiquiatra anualmente.
- Oriente o paciente/cuidador a retornar imediatamente se sintomas de psicose.
- Se reiniciando tratamento após paciente ter interrompido, reavalie cada 2 semanas ou mais precocemente se sintomas piorarem.

2.10 - Demência: diagnóstico e cuidados de rotina

- Considere demência no paciente que apresenta os seguintes sinais/sintomas por pelo menos 6 meses e com piora progressiva:
 - Problemas de memória: teste pedindo para o paciente repetir 3 palavras comuns imediatamente e novamente após 5 minutos.
 - Desorientado no tempo (incerteza quanto a que dia/estação do ano está) e espaço (incerteza sobre como ir no mercado mais próximo de casa ou qual é o local da consulta atual).
 - Dificuldades com discurso e linguagem - dificuldade para nomear partes do corpo, por exemplo.
 - Problemas com tarefas simples, tomada de decisão e realizar atividades rotineiras.
 - Menor habilidade em realizar função social e laboral.
 - Se o paciente tem HIV: dificuldade com coordenação motora.



Confirme o diagnóstico de demência, então discuta ou encaminhe para confirmar subtipo (doença de Alzheimer, demência vascular, frontotemporal ou com corpos de Lewy).

Avalie o paciente com demência com ajuda do cuidador

Avalie	Quando avaliar	Observações
Sintomas	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none">Se alteração recente de humor, interesse/energia, sono ou apetite, considere depressão e discuta.Se pensamentos ou planos de suicídio, clique aqui.Se declínio súbito de comportamento de base, clique aqui.Se alucinações (vendo ou ouvindo coisas), delírios (crenças incomuns/bizarras), agitação ou comportamento errante, discuta/encaminhe ao psiquiatra.Maneje outros sintomas conforme página do sintoma.
Efeitos adversos	Se em tratamento	Se movimentos anormais ou inquietação muscular, pare tratamento e discuta/encaminhe no mesmo dia. Se espasmos musculares dolorosos, maneje abaixo.
Alts. visuais/auditivas	Todas as consultas	Encaminhe ao oftalmologista e/ou solicite audiometria se necessário (avalie presença de cera no ouvido).
Status nutricional	Todas as consultas	Questione sobre consumo de líquidos/alimentos. Providencie suporte nutricional se $IMC < 18,5$. $IMC = \text{peso (kg)} \div \text{altura (m)}^2$.
RCV	No diagnóstico, então conforme risco	Avalie risco DCV. Se $< 10\%$ com fator de risco para DCV ou $10\text{-}20\%$ reavalie após 1 ano, se $> 20\%$ reavalie após 6 meses.
Cuidados paliativos	Todas as consultas	Se: restrito ao leito, incapaz de caminhar e vestir-se sozinho, incontinência, incapaz de discurso coerente ou atividades rotineiras, o(a) paciente também necessita de cuidados paliativos.
HIV	No diagnóstico ou se status desconhecido	<ul style="list-style-type: none">Teste para HIV O 81. Se HIV positivo ou diagnóstico novo/recente de HIV com demência, discuta.Se HIV, teste para problemas de coordenação: com a mão não dominante e o mais rápido possível (permita que o paciente pratique 2 vezes):Abra e feche os dois primeiros dedos amplamente. Em superfície plana, feche o punho, então estenda a palma da mão para baixo, então na lateral do 5º dedo.
Sífilis	No diagnóstico	Teste para sífilis. Se positivo, trate paciente e parcerias e discuta.
Função tireoidiana	No diagnóstico	Solicite TSH, interprete e discuta, se necessário.
Outros exames	Se necessário	Discuta a necessidade de exames adicionais (HMG, folato, B12, creatinina, TGO, TGP, Na, K, VHS/PCR, PU, glicemia, TC ou RNM de crânio).



PROJETO

TeleNordeste

Aconselhe o paciente com demência e seu cuidador

- Discuta o que se pode fazer para dar suporte ao paciente, cuidador(es) e família. Identifique recursos locais, envolva assistência social.
- Discuta com o cuidador se este necessita de um descanso/folga ou se paciente necessita de hospitalização. Oriente cuidador(es) a:
 - Fornecer informações de orientação regulares (dia, data, clima, horário, nomes).
 - Estimular memórias e providenciar informações atuais com jornais, rádio, TV, fotos.
 - Usar frases curtas.
 - Manter uma rotina.
 - Remover a bagunça e os potenciais riscos à segurança em casa.
 - Manter atividade física e planejar atividades recreacionais.

Trate o paciente com demência com ajuda do cuidador

- Demência associada ao HIV costuma responder bem à TARV.
- Se sintomas psicóticos, perturbações noturnas, andar errante, agressividade persistente ou ansiedade, discuta sobre iniciar haloperidol 0,5mg oral a cada 12 horas. Evite se doença de Parkinson.
- Se desenvolver espasmos musculares dolorosos: aplique biperideno 2mg IM. Se necessário, repita após 30 minutos, por até 4 doses em 24 horas e encaminhe no mesmo dia. Se > 65 anos, evite benzodiazepínicos (como diazepam, clonazepam).



Reavalie o paciente com demência a cada 6 meses.



PROJETO

TeleNordeste

Tabela 1//Anamnese direcionada para pacientes com queixas cognitivas e comportamentais

Sintomas cognitivos	Atenção	Tem momentos em que fica mais confuso ou desorientado? Facilmente se distrai? Não sabe onde deixou objetos?
	Memória	Mais dificuldade em se lembrar de fatos recentes do que os mais antigos? Tem apresentado desorientação temporal? Mais repetitivo nas conversas ou pergunta várias vezes a mesma coisa? Necessita de mais anotações para se lembrar? Tem esquecido compromissos?
	Linguagem	Tem dificuldade de encontrar palavras? Não sabe nomear objetos? Está com dificuldade de articular as palavras? Tem dificuldade de compreender o que lhe é falado?
	Orientação espacial	Tem se perdido em caminhos previamente conhecidos? Tem dificuldade de aprender novos caminhos? Tem dificuldade de se localizar dentro de casa?
	Praxias	Dificuldade em saber como se usa uma ferramenta ou objetos conhecidos? Dificuldades em se vestir?
	Funções executivas	Está com dificuldades de planejar ou organizar o dia ou tarefas futuras? Tem dificuldade em realizar tarefas com diversas etapas? Tem dificuldade de resolver problemas do dia a dia? Não consegue tomar decisões?
Funcionalidade	Atividades instrumentais de vida diária (AIVDs)	Tem dificuldades de manusear dinheiro, erra pagamentos? Dificuldades em fazer compras? O rendimento no trabalho diminuiu ou foi afastado? Erra na preparação de refeições?
	Atividades básicas de vida diária (ABVDs)	É capaz de realizar de forma independente e autônoma alguma das seguintes atividades: Vestir-se/Banho/Higiene/Alimentar-se/ Transferência/Continência



PROJETO

TeleNordeste

	Humor	Parece triste ou desanimado? Chora facilmente? Não vê prazer na vida ou diz não ter mais futuro? Está mais irritado ou impaciente? Está se isolando, não convivendo com os outros?
	Ansiedade	Fica preocupado sobre os eventos planejados? É incapaz de relaxar ou excessivamente tenso? Preocupa-se excessivamente mesmo com coisas triviais?
	Apatia	Não tem interesse pelo mundo à sua volta? Está mais difícil engajar-se em conversas ou em afazeres? Está mais indiferente?
	Desinibição	Age impulsivamente, sem pensar? Tem dito coisas que não devem ser faladas em público? Tem agido de forma constrangedora? Mudou a personalidade? Está mais isolado socialmente?
	Agitação	O paciente é pouco cooperativo? Não permite ser ajudado? O paciente é agressivo verbal ou fisicamente? Fica mexendo em objetos à sua volta repetidamente? Tem tido comportamento ritualístico ou compulsivo?
Sistemas comportamentais e neuropsiquiátricos	Delírios	Acredita em coisas que não são reais? Acha que alguém está tentando fazer-lhe mal ou roubá-lo? Afirma que seus parentes não são quem dizem ser? Afirma que a casa onde mora não é sua?
	Alucinações	Relata ouvir vozes ou age como se ouvisse vozes? Conversa sozinho? Vê pessoas ou animais que não são vistos pelos outros? Comporta-se como se visse algo que os outros não vêem?
	Apetite	Apresentou alguma mudança de hábito alimentar? Mudou a preferência alimentar (p.e., passou a ter preferência por doces)?
	Sono	Tem dificuldade de iniciar ou manter o sono? Fala ou se movimenta no sono como se estivesse acordado? Têm sonhos vívidos ou pesadelos frequentemente? Tem roncos? Acorda fadigado? Tem sonolência diurna?

Fonte: Adaptado de Smid et al. (2022).



PROJETO

TeleNordeste

Tabela 2//Bateria breve de rastreio cognitivo (BBRC)

BATERIA BREVE DE RASTREIO COGNITIVO

- Identificação e nomeação de 10 figuras;
- Memória incidental;
- Memória imediata;
- Aprendizado;
- Fluência verbal (animais);
- Teste do desenho do relógio;
- Evocação sem pistas das 10 figuras (Memória tardia);
- Reconhecimento das 10 figuras entre 20 (com 10 figuras distratoras).

Nomeação

O examinador mostra a folha de papel com as 10 figuras desenhadas e pergunta: “O que são essas figuras?”

Nomeação (0-10): _____

(É usualmente possível identificar se a dificuldade de nomear é devido a problema de linguagem ou a distúrbio de reconhecimento visual. O examinador deve anotar isso).

Memória incidental

Depois que o paciente nomeia as figuras, o examinador esconde a folha de papel e pergunta: “Que figuras eu acabei de mostrar a você?” (Tempo máximo de evocação: 60 segundos).

(Anote o número de figuras que o paciente lembrou na folha de registro).

Memória imediata

O examinador mostra as figuras novamente dizendo: “Olhe bem e procure memorizar estas figuras”. Tempo máximo: 30 segundos. (Se houver uma deficiência visual grave, o examinador deve dizer o nome de cada figura, uma por segundo, duas vezes).

Então, o examinador esconde as figuras e pergunta: “Que figuras eu acabei de lhe mostrar?”. Tempo máximo de evocação: 60 segundos. (Anote o número de figuras que lembrou na folha de registro).

Aprendizado

Faça exatamente como no teste de memória imediata. (Anote o número de figuras que lembrou na folha de registro).



PROJETO

TeleNordeste

Fluência verbal

“Você deve falar todos os nomes de animais (qualquer bicho) que se lembrar, no menor tempo possível. Pode começar”.

Número de animais lembrados em 1 minuto: _____

Analfabetos sem declínio cognitivo conseguem evocar pelo menos nove animais. Indivíduos com 1-7 anos de escolaridade, mínimo de 12, e aqueles com 8 anos ou mais de escolaridades, mínimo de 13 animais.

Nomes dos animais: _____

Teste do Desenho do Relógio (Sunderland et al., 1989)

O examinador entrega uma folha de papel em branco e diz: “Desenhe um relógio com todos os números. Coloque ponteiros marcando 2 horas e 45 minutos” (guarde o desenho com a ficha). Tabela 1. Critérios para avaliar o desenho do relógio (10=Melhor e 1=Pior) (Sunderland et al., 1989).

Desenho do mostrador do relógio com círculo e números praticamente corretos

10. Os ponteiros estão na posição correta (ou seja, ponteiro das horas se aproximando das 3 horas).
9. Leve distúrbio nos ponteiros.
8. Distúrbios mais intensos nos ponteiros das horas e minutos.
7. Ponteiros completamente errados.
6. Uso inapropriado dos ponteiros (ex.: uso de código digital ou de círculos envolvendo números apesar das instruções repetidas).

5.1. Desenho do mostrador do relógio com círculos e números incorretos.

5. Números em ordem inversa ou concentrados em alguma parte do relógio. Ponteiros podem estar presentes.
4. Maior distorção da sequência numérica. A integridade do mostrador do relógio é perdida (ou seja, números ausentes ou colocados fora dos limites do mostrador do relógio).
3. Números e relógio não mais conectados no desenho. Ausência de ponteiros.
2. Alguma evidência de ter entendido as instruções, mas com vaga semelhança com um relógio.
1. Não tentou ou não conseguiu representar um relógio.

Estudos mostraram que os melhores pontos de corte nesse teste variaram ≤ 4 (em indivíduos com baixa escolaridade) a ≤ 9 em indivíduos com alta escolaridade.



PROJETO

TeleNordeste

Evocação das 10 figuras (memória tardia)

“Que figuras eu lhe mostrei há alguns minutos?” Se necessário, o examinador pode dizer: “Figuras desenhadas numa folha que eu mostrei”. (Tempo máximo de evocação: 60 segundos). O escore de corte é ≤ 5 , e não é influenciado pela escolaridade.

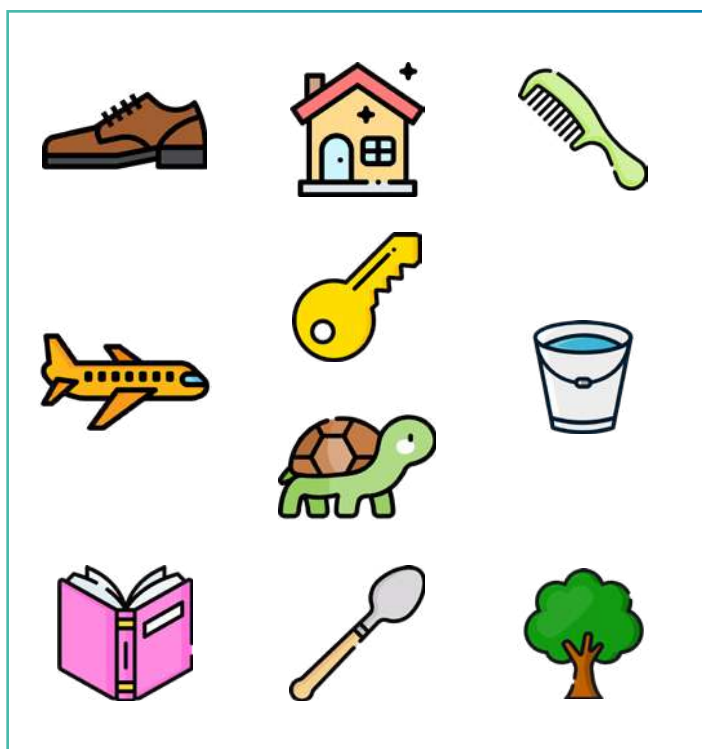
Reconhecimento

O examinador mostra a folha contendo as 20 figuras (as 10 originalmente mostradas e 10 adicionadas) e diz: “Aqui estão as figuras que eu lhe mostrei hoje e outras figuras novas; quero que você me diga quais você já tinha visto há alguns minutos.”

	Memória incidental	Memória imediata	Aprendizado	Memória tardia	Reconhecimento
Sapato					
Casa					
Pente					
Chave					
Avião					
Balde					
Tartaruga					
Livro					
Colher					
Árvore					
Pontos (respostas corretas)					
Intrusões					
				Reconhecimento	



Atenção: As pontuações finais dos testes memória incidental e imediata, aprendizado e memória tardia são o número de respostas corretas. Para teste de reconhecimento, a pontuação final deve ser o número de respostas certas menos o número de respostas incorretas.



Fonte: Adaptado de Nitrini et al. (1994, 2004).



PROJETO

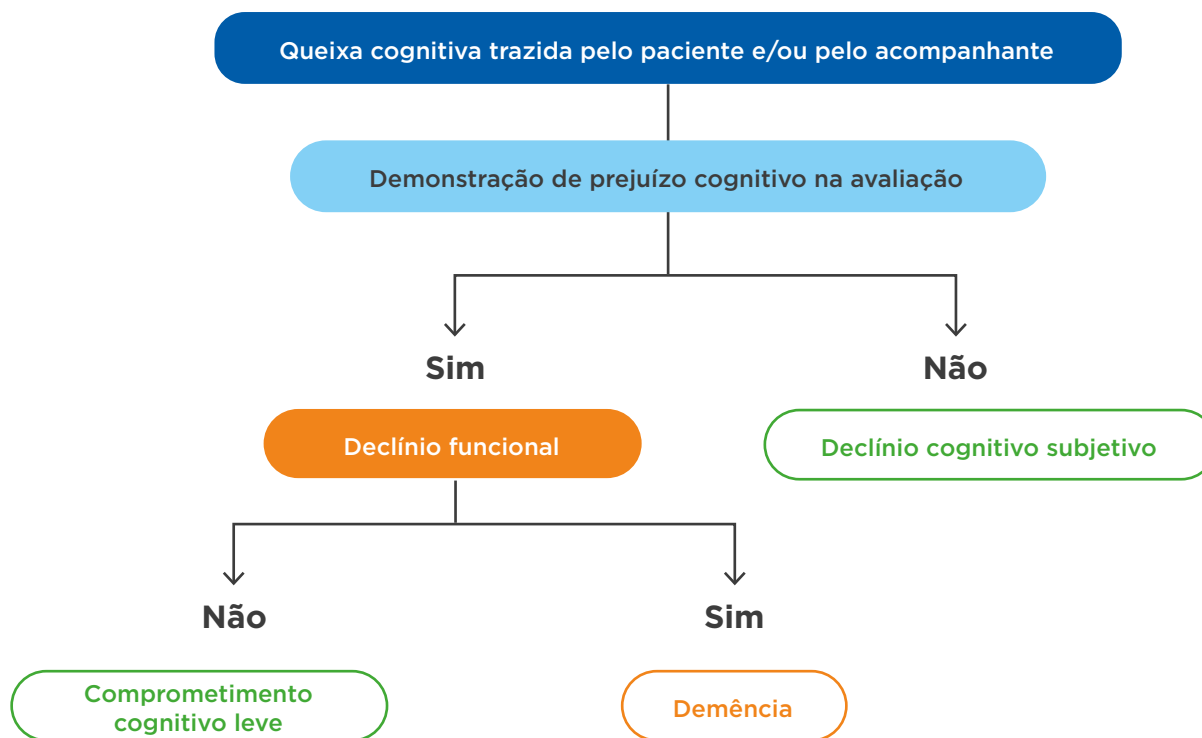
TeleNordeste

Tabela 3//Mini Exame do Estado Mental e suas respectivas notas de corte

Teste Cognitivo	Domínios Cognitivos e avaliados	Notas de corte sugeridas na população brasileira
Minixame do Estado Mental (MEEM)	Orientação temporal e espacial Memória episódica verbal Atenção e cálculo Linguagem Habilidades contrutivas	Por escolaridade: Analfabetos: ≤ 19 1-4 anos: ≤ 24 5-8 anos ≤ 26 9-11 anos: ≤ 27 ≥ 12 anos: ≤ 28

MEEM: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11>

Fluxograma do raciocínio clínico sobre diagnóstico de demência





PROJETO

TeleNordeste

Diagnóstico na Atenção Primária

Anamnese	Perguntar ao paciente e a seu familiar/informante sobre os sintomas cognitivos, neuropsiquiátricos e comportamentais (vide tabela 1). As entrevistas devem ser feitas preferencialmente de forma separada.
Exame clínico	Exame físico geral buscando estigmas de doenças sistêmicas e exame neurológico completo atento para sinais focais.
Exames laboratoriais	Realizar os exames laboratoriais para detecção de causas de demências secundárias e comorbidades que possam contribuir para o quadro clínico.
Avaliação cognitiva	Sugere-se a aplicação de um teste breve de rastreio cognitivo, como o MoCA, BBRC ou CASI-S. Destaca-se a BBRC (tabela 3) devido à sua aplicação simples e alta sensibilidade inclusive para indivíduos de baixa escolaridade. Adicionalmente, recomenda-se a aplicação conjunta de tarefas breves, porém com alta sensibilidade diagnóstica, como a tarefa de fluência verbal semântica (animais) e teste de aprendizado de palavras, cujo déficit é altamente sugestivo de disfunção do sistema hipocampal (amnésia). Dados sobre a funcionalidade podem ser abordados na anamnese ou por questionários breves específicos, como o Questionários de Atividades Funcionais.

Fonte: Adaptado de Smid et al. (2022).

EXAMES COMPLEMENTARES

Exames laboratoriais na propedêutica clínica da DA

Hemograma, ureia, creatinina, TGO, TGP, cálcio, glicemia de jejum, vitamina B12, TSH, T4 livre, VDRL e, especialmente em casos atípicos ou em situações de suspeita clínica, sorologia anti-HIV.

Neuroimagem

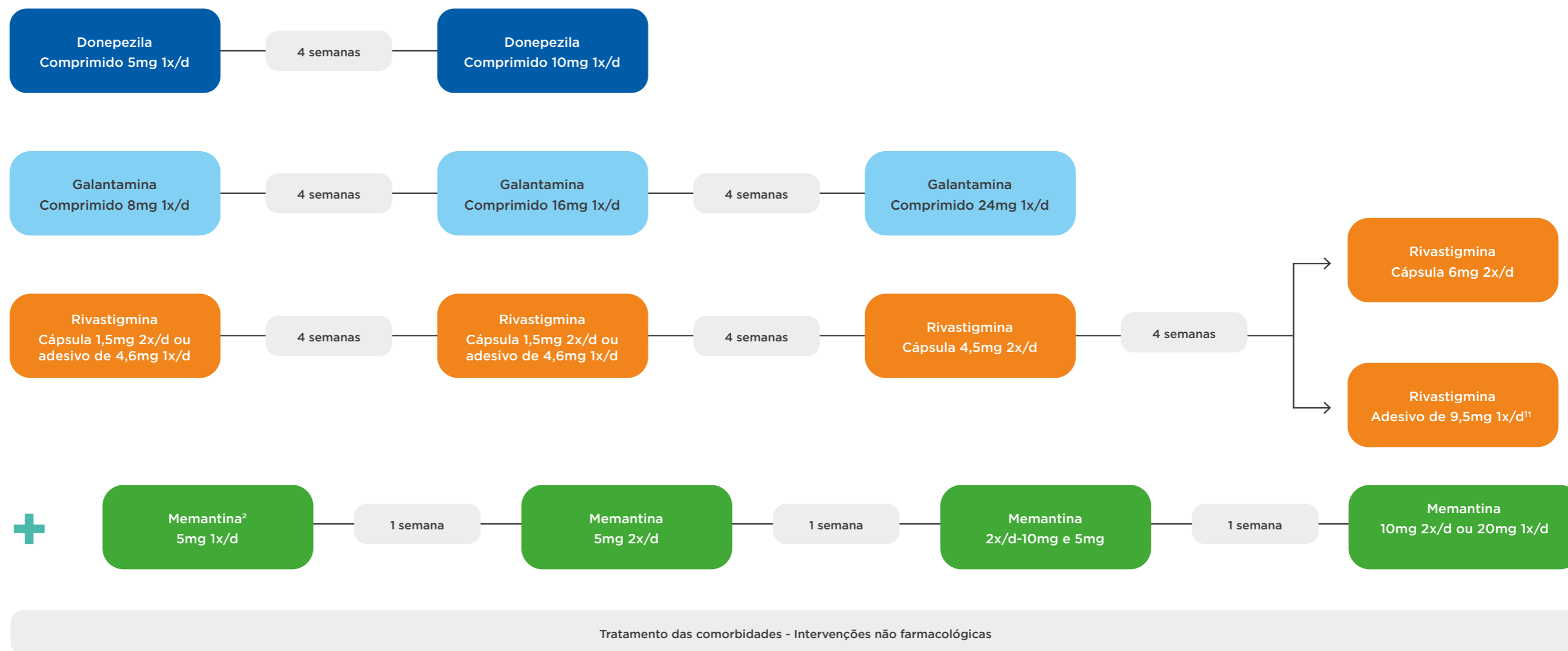
Em contextos de baixa acessibilidade, sugere-se TC ou RM em casos que apresentem ao menos um dos seguintes critérios: idade menor que 60 anos; declínio cognitivo ou funcional de início rápido, em um ou dois meses; período inferior a dois anos de duração da demência; trauma cranioencefálico importante e recente; sintomas neurológicos inexplicados, como início recente de cefaleia importante ou convulsões; história de câncer, especialmente em sítios ou tipos que possam desenvolver metástases no cérebro; uso de anticoagulantes ou doença da coagulação; história de incontinência urinária e distúrbio da marcha que podem representar hidrocefalia de pressão normal; qualquer novo sinal de localização, como hemiparesia ou reflexo de Babinski; sintomas cognitivos atípicos ou não usuais, como afasia progressiva.

TRATAMENTO

A recomendação para farmacoterapia para demências é fraca e seu eventual benefício é limitado e transitório. O manejo de apoio para organização familiar é indispensável. Abaixo, uma figura de orientação geral sobre abordagem medicamentosa específica. Outras medicações sintomáticas devem ser utilizadas com cautela e monitoramento, preferencialmente evitando-se benzodiazepínicos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes e antipsicóticos típicos sedativos.



Figura 2.1//Visão Geral do tratamento farmacológico na demência por Alzheimer



¹Se for atingida melhoras ou estabilização, deve-se adiar a dose mais alta do adesivo de rivastigmina; ²A memantina é indicada para o tratamento de demência moderada ou grave da DA.



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Cornick R, Fairall L. Pack Brasil Adulto: kit de cuidados em atenção primária. Ferramenta de manejo clínico em atenção primária à saúde. Florianópolis: BMJ; 2020.

Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 2v.

Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, Porto CS, Charchat-Fichman H, Carthery MT, et al. Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. *J Int Neuropsychol Soc.* 2004;10(4):634-8.

Nitrini R, Lefèvre BH, Mathias SC, Caramelli P, Carrilho PEM, Sauaia N, et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(4):457-65.

Ramos AM, Stein AT, Castro Filho ED, Chaves MLF, Okamoto I, Nitrini R. Projeto Diretrizes. Demência do idoso: diagnóstico na atenção primária à Saúde. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.

Smid J, Studart-Neto A, César-Freitas KG, Dourado MCN, Kochhann R, Barbosa BJAP, et al. Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência – diagnóstico sindrômico: recomendações do departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dement Neuropsychol.* 2022;16(suppl 1):1-24.



PROJETO

TeleNordeste



3

Rastreamento de Câncer



PROJETO

TeleNordeste

3.1 CÂNCER COLORRETAL

- Recomenda-se o rastreamento de câncer colorretal em adultos de 50 a 75 anos com colonoscopia a cada 10 anos (Grade A).
- Se rastreio positivo, será realizado biópsia e ressecção da lesão.
- Se exame alterado e ressecção incompleta da lesão, referenciar paciente para serviços especializados em Gastroenterologia ou Proctologia.

Se exame alterado e ressecção total da lesão, seguir conforme diagnóstico anatomopatológico:

Fonte: Adaptado de Brasil (2010) e USPSTF (2022).

Conduta de seguimento conforme resultado de colonoscopia

Tipo histológico	Seguimento recomendado	Nível de atenção recomendado
LESÕES ADENOMATOSAS		
1 a 2 adenomas < 10mm com displasia de baixo grau	10 anos. Após a primeira colonoscopia, considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
3 a 4 adenomas < 10mm com displasia de baixo grau	10 anos	APS
≥ 1 adenoma ≥ 10mm	3 anos	APS
5 ou mais adenomas (independente de tamanho)	3 anos	Atenção Especializada*
Adenoma com displasia de alto grau	3 anos	Atenção Especializada*
Ressecção em partes de adenoma ≥ 20 mm	6 meses	Atenção Especializada*
LESÕES NÃO ADENOMATOSAS		
Pólipos hiperplásicos < 10mm	Sem seguimento com colonoscopia. Considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
Até 4 pólipos serrilhados < 10mm sem displasia	10 anos	APS
Pólipo hiperplásico ≥ 10mm	3 anos	APS
5 ou mais pólipos serrilhados < 10mm sem displasia	3 anos	Atenção Especializada*
Pólipo serrilhado ≥ 10mm ou com displasia	3 anos	Atenção Especializada*

PSOF = pesquisa de sangue oculto nas fezes; APS = Atenção Primária à Saúde.

*O encaminhamento à atenção especializada visa a realização da colonoscopia em centro de referência, visto que profissionais experientes e melhores equipamentos aumentam a taxa de detecção de câncer colorretal. O encaminhamento deverá ser realizado no momento oportuno, conforme o intervalo indicado para o seguimento.

Fonte: Adaptado de Martins et al. (2022).



PROJETO

TeleNordeste

Recomendações de rastreio para populações de risco aumentado

Quadro 3.1//Rastreamento de colonoscopia em pessoas com risco aumentado de câncer colorretal

Idade do familiar de primeiro grau ao diagnóstico	Idade de início do rastreamento	Frequência do rastreamento
CÂNCER COLORRETAL		
≥ 60 anos.	Aos 50 anos.	A cada 5-10 anos.
< 60 anos.	Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes).	A cada 5 anos.
Qualquer idade, se DOIS familiares de primeiro grau acometidos.	Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes).	A cada 5 anos.
POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR		
Qualquer idade, se familiar com diagnóstico confirmado de Polipose Adenomatosa Familiar (múltiplos pólipos colorretais, em geral acima de 100).	A partir dos 10 anos.	A cada 1 a 2 anos, com ajustes de acordo com o resultado de exames anteriores, idade e o tipo de mutação.
RADIOTERAPIA ABDOMINAL NA INFÂNCIA		
Iniciar rastreio após os 30 anos realizando colonoscopia a cada 5 anos e após 40 anos realizar a cada 10 anos.		
FIBROSE CÍSTICA		
Avaliar individualmente com apoio do especialista focal.		

Observação: atualmente não há recomendação do Ministério da Saúde ou política pública nacional de rastreamento populacional de câncer colorretal para pessoas de risco médio.

Fonte: Adaptado de Martins et al. (2022).



PROJETO

TeleNordeste

3.2 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

- Recomenda-se rastreamento de câncer de colo de útero em mulheres sexualmente ativas de 25 a 64 anos realizando exame de colpocitologia oncológica, anual nos dois primeiros anos e trienal após, se exames sem alterações

Fonte: Adaptado de Brasil (2016) e USPSTF (2022).

Quadro 3.2//Adequabilidade da amostra

Situação	O que fazer
Amostra insatisfatória para avaliação	<p>É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por natureza técnica ou devido à presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular.</p> <ul style="list-style-type: none">• Nestes casos, a mulher deve repetir o exame em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Amostra satisfatória para avaliação	<p>É aquela com células em quantidade representativa, cuja observação permita conclusão diagnóstica. Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero: células escamosas; células glandulares (não inclui o epitélio endometrial); e células metaplásicas.</p>
Esfregaços normais somente com células escamosas	<p>Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical coletada com escova apropriada e ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre).</p> <ul style="list-style-type: none">• Deve ser repetido com intervalo de um ano, e com dois exames normais anuais consecutivos; o intervalo poderá ser de três anos.



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 3.3//Recomendações de resultados de exames citopatológicos normais

Resultado	O que fazer
Dentro dos limites da normalidade no material examinado	
Metaplasia escamosa imatura	<ul style="list-style-type: none">• Seguir a rotina de rastreamento citológico.
Reparação	
Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas)	
Achados microbiológicos: <ul style="list-style-type: none">• <i>Lactobacillus sp.</i>• Cocos• Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de <i>Gardnerella/Mobiluncus</i>)• <i>Candida sp.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Seguir a rotina de rastreamento citológico.• Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento.
Atrofia com inflamação	<ul style="list-style-type: none">• Seguir a rotina de rastreamento citológico.• Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal.
Indicando radiação	<ul style="list-style-type: none">• Seguir a rotina de rastreamento citológico• O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame.
Achados microbiológicos: <ul style="list-style-type: none">• <i>Chlamydia sp.</i>• Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes• <i>Trichomonas vaginalis</i>• <i>Actinomyces sp.</i>	<ul style="list-style-type: none">• A colpocitologia oncótica não é método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs. No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes microorganismos, tais achados microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados.• Chlamydia, Gonococo e Trichomonas: mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos de infecção por <i>Chlamydia</i> e <i>Gonococo</i>), seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias e orientações• Actinomyces: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU.• Herpes vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital
Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa	<p>Seguir a rotina de rastreamento citológico.</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliar a cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. Na dificuldade de acesso a esse método, avaliar o eco endometrial através de ultrassonografia transvaginal.



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 3.4//Recomendação inicial diante de resultados de exames citopatológicos anormais

Resultado	O que fazer
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas. Provavelmente não neoplásica. Repetição da citologia em seis meses ou 12 meses. <ul style="list-style-type: none">Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de seis (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal;Se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.
	Não se pode afastar lesão de alto grau. Encaminhamento para colposcopia.
	Em células glandulares. Provavelmente não neoplásica. Não se pode afastar lesão de alto grau. Encaminhamento para colposcopia.
	De origem indefinida. Provavelmente não neoplásica. Não se pode afastar lesão de alto grau. Encaminhamento para colposcopia.
Lesão intraepitelial de baixo grau	Repetição da citologia em seis meses: <ul style="list-style-type: none">Se dois exames negativos, seguir rotina de rastreamento;Se lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.
Lesão intraepitelial de alto grau	
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor	Encaminhamento para colposcopia.
Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou invasor	

Fonte: Adaptado de Brasil (2016).



PROJETO

TeleNordeste

Recomendações para situações especiais

Gestantes

Recomenda-se o rastreio de câncer de colo de útero em gestantes conforme recomendações de periodicidade e faixa etária para as demais mulheres, de maneira oportuna durante o pré-natal. Não há restrições para coleta de exame citopatológico durante a gestação, inclusive com amostra endocervical.

Mulheres na pós-menopausa

Recomenda-se rastreamento de câncer de colo de útero em mulheres na pós-menopausa de acordo com orientações para as demais mulheres. Se necessário, proceder à estrogenização previamente à realização da coleta.

Mulheres sem história de atividade sexual

Recomenda-se contra realização de rastreamento de câncer de colo uterino em mulheres sem história de atividade sexual.

Mulheres hysterectomizadas

Recomendação: mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.

Mulheres imunossuprimidas

Recomendação: o exame citopatológico deve ser realizado neste grupo após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³ devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.

Fonte: Brasil (2016), Inca (2016) e USPSTF (2022).



PROJETO

TeleNordeste

3.3 CÂNCER DE MAMA

- Recomenda-se decisão compartilhada sobre rastreamento de câncer de mama em mulheres de 50 a 74 anos com mamografia bianual*.

*USPSTF traz este rastreamento como GRADE B.

INCA concorda com Ministério da Saúde, que segue a orientação da Organização Mundial da Saúde, recomendando rastreamento de câncer de mama em mulheres entre 50 e 69 anos com mamografia bianual

Quadro 3.5//Categorias de avaliação BI-RADS

Avaliação	Conduta	Probabilidade de câncer
Categoria 0 Incompleta	Avaliação adicional com exame de imagem e/ou comparação com exames anteriores.	Não aplicável
Categoria 1 Negativa	Rastreamento de rotina conforme faixa etária.	Essencialmente 0%
Categoria 2 Achado(s) benigno(s)	Rastreamento de rotina conforme faixa etária.	Essencialmente 0%
Categoria 3 Achado(s) provavelmente benigno(s)	Seguimento de curto prazo (6 meses) ou acompanhamento periódico. Recomenda-se controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano e anual no segundo e terceiro anos). Confirmando a estabilidade da lesão, volta à rotina.	Entre 0 e 2%
Categoria 4 Achados suspeitos 4A baixa suspeita 4B moderada suspeita 4C alta suspeita	Avaliação por diagnóstico tecidual.	Entre 2 e 95% Entre 2 e 10% Entre 10 e 50% Entre 50 e 95%
Categoria 5 Achado altamente sugestivo de malignidade	Avaliação por diagnóstico tecidual.	Maior que 95%
Categoria 6 Malignidade comprovada por biópsia	Excisão cirúrgica quando clinicamente apropriado.	Não aplicável

Fonte: Adaptado de Martins et al. (2020) e USPSTF (2022).



PROJETO

TeleNordeste

Conduta diante de nódulo mamário

Nódulos mamários devem ser avaliados inicialmente através de uma história clínica detalhada, exame físico e com exames de imagem, para a maioria dos casos.

Realizar investigação inicial com mamografia em mulheres acima de 30 anos, complementando com US-mamas* se BI-RADS 1, 2 e 3.

Realizar investigação inicial em mulheres com menos de 30 anos com US-mamas, devido baixa sensibilidade da mamografia nessa faixa etária.

RNM magnética é mais sensível que MMG*, porém menos específica, mais cara e apresenta alta taxa de falsos positivos. É indicada em pacientes com alto risco de câncer de mama ou em mulheres que realizaram linfadenetomia para determinar se massa palpável é cicatriz ou recorrência de doença.

Nódulos benignos e categoria BI-RADS 2 podem seguir rotina de rastreamento.

Nódulos com baixa suspeita clínica e categoria BI-RADS 1 ou 3 em exames de imagem devem ser acompanhados com exame de imagem a cada 6 meses por 1 a 2 anos. Se estável, mulher retorna para rotina de rastreamento. Se aumento de tamanho ou de características suspeitas, encaminha-se para mastologista proceder investigação com biópsia.

Nódulo suspeitos para malignidade no exame físico ou através de exames de imagem deverão ser encaminhados para mastologista para prosseguir investigação com biópsia.

Características clínicas suspeitas para malignidade:

- Descarga papilar;
- Assimetria;
- Retração de pele;
- Edema;
- Espessamento de pele;
- Nódulo endurecido, aderido à pele, de textura heterogênea.

*US-mamas: ultrassonografia de mamas

*MMG: mamografia

Fonte: Adaptado de Salzman, Collins e Hersh (2019).



PROJETO

TeleNordeste

Recomendações para população de risco aumentado

Quadro 3.6//Critérios de alto risco para câncer de mama e indicações de rastreamento

Risco para câncer de mama	Indicação de rastreamento com exame de imagem
Risco habitual	Oferecer MMG bianual para mulheres entre 50 e 69 anos
ALTO-RISCO¹	
Mulheres e homens com mutação ou com parentes de 1º grau (lado materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1/2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden e outras.	Rastreamento anual com mamografia a partir dos 30 anos de idade. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.
Mulheres com história familiar de: <ul style="list-style-type: none">• pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade < 50 anos; ou• pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou• pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de ovário, em qualquer faixa etária; ou• homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama.	Rastreamento anual com mamografia iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem, porém não antes dos 30 anos. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.
Mulheres com história de radiação torácica (radioterapia torácica prévia) antes dos 30 anos.	Rastreamento anual com mamografia a partir do 8º ano após o tratamento radioterápico, porém não antes dos 30 anos. Considere adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.
Mulheres com história pessoal de câncer de mama invasor ou hiperplasia lobular atípica, carcinoma lobular <i>in situ</i> , hiperplasia ductal ou lobular atípica, atipia epitelial plana ou carcinoma ductal <i>in situ</i> .	Rastreamento anual com mamografia a partir do diagnóstico, principalmente naquelas que foram tratadas com cirurgia conservadora. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.

¹ Se presença de nódulo palpável, essas mulheres devem ser encaminhadas para mastologia para avaliação do nódulo.

Fonte: Adaptado de Martins et al. (2020).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 3.7//Critérios para avaliação de risco genético para câncer de mama e/ou ovário

História pessoal de câncer de mama com qualquer uma das seguintes características:

- câncer de mama diagnosticado com ≤ 35 anos;
 - câncer de mama triplo-negativo (receptores de estrógeno, progesterona e proteína HER-2) diagnosticado antes dos 60 anos;
 - dois cânceres de mama primários¹;
 - câncer de mama diagnosticado em homem;
- A**
- câncer de mama diagnosticado em qualquer idade, mais história familiar²:
 - ≥ 1 familiar com câncer de mama diagnosticado ≤ 50 anos, ou
 - ≥ 1 familiar com câncer de ovário, ou
 - ≥ 1 familiar com câncer de mama masculino, ou
 - ≥ 2 familiares com câncer de pâncreas ou câncer de próstata (Gleason ≥ 7), ou
 - ≥ 2 familiares com câncer de mama em qualquer idade.
-
- B** História pessoal de câncer de ovário epitelial em qualquer idade.
-
- C** História pessoal de câncer de pâncreas exócrino em qualquer idade.
-
- D** História pessoal de câncer de próstata metastático em qualquer idade.
-
- E** Ascendência judaica Ashkenazi e câncer de mama ou câncer de próstata de alto grau (Gleason ≥ 7).
-
- F** Pessoa de qualquer idade com mutação deletéria em um gene de suscetibilidade ao câncer dentro da família ou encontrado em testes de tumores (Ex: BRCA 1/2).

¹ Doença bilateral ou pelo menos dois tumores primários ipsilaterais separados (que podem ter ocorrido ao mesmo tempo ou em momentos diferentes no mesmo paciente).

² Familiar de sangue de 1º, 2º e 3º graus do mesmo lado da família. Os lados materno e paterno devem ser considerados independentemente.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de NCCN (2019), Carraro et al. (2013) e Peshkin e Isaacs (2019).

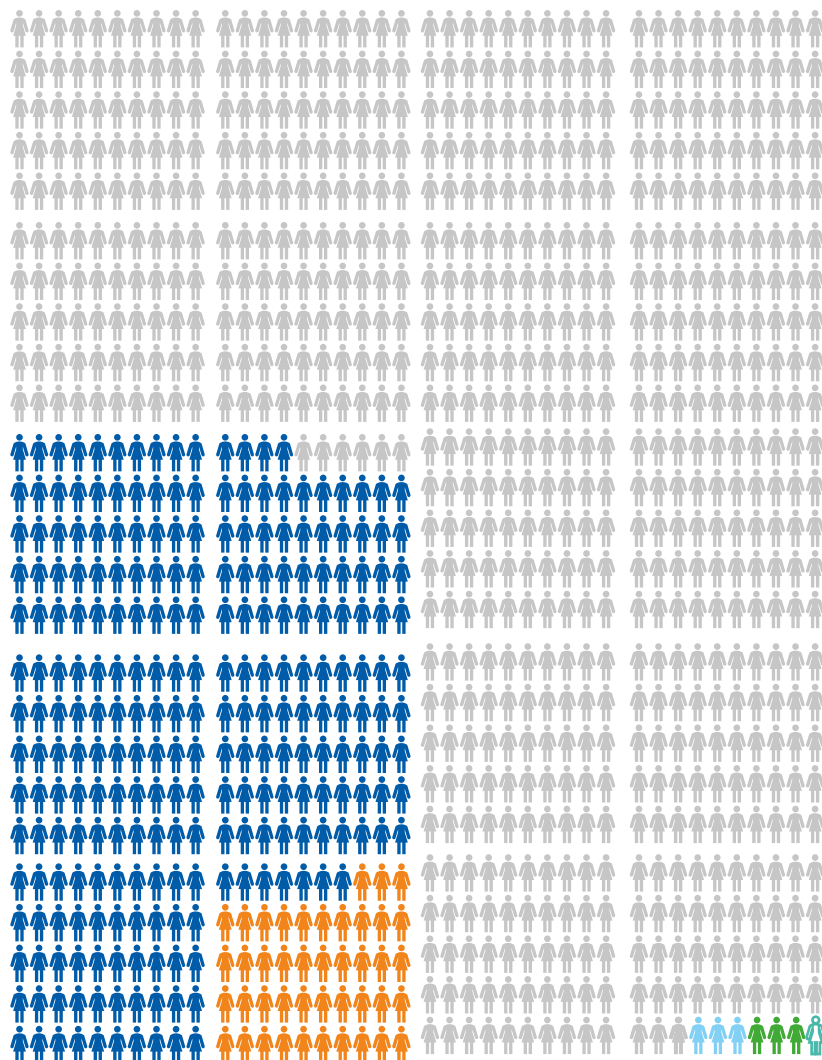


PROJETO

TeleNordeste

Pictograma para auxiliar na discussão de riscos e benefícios sobre rastreamento câncer de mama

Benefícios e prejuízos do rastreamento de câncer de mama em um grupo de 1.000 mulheres de baixo risco, entre 40 e 49 anos, sem sintomas, durante 7 anos:



Com o rastreamento:

- 294 mulheres apresentariam teste com resultado falso-positivo
- 43 mulheres teriam que submeter-se a uma biópsia desnecessária
- 7 mulheres seriam diagnosticadas com câncer de mama. Entre elas:
 - 3 tratariam um câncer que nunca causaria problema algum
 - Menos de 1 morte de câncer de mama seria prevenido

1724 mulheres nesse grupo etário teriam que ser rastreadas para se prevenir uma morte.

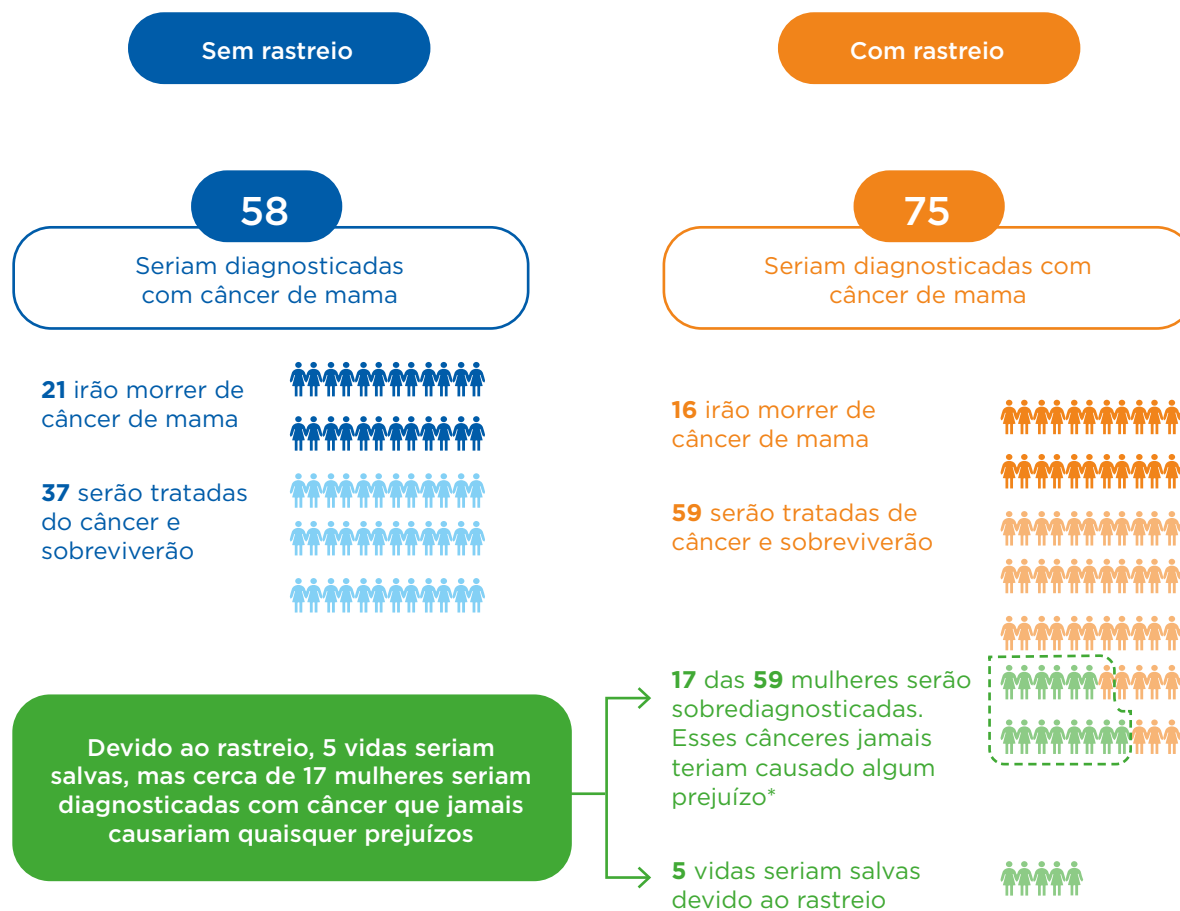
Fonte: Adaptado de CTKPHC (2023).



PROJETO

TeleNordeste

Benefícios e prejuízos do rastreamento de câncer de mama em um grupo de 1.000 mulheres de baixo risco, entre 50 a 70 anos, sem sintomas:



*Não seria possível dizer quem seriam essas mulheres. Elas poderiam se submeter a tratamentos desnecessários, preocupações e complicações.

Fonte: Adaptado de Just (2018) e Marmot et al. (2013).



PROJETO

TeleNordeste

3.4 CÂNCER DE PULMÃO

- Recomenda-se compartilhar decisão sobre rastreamento anual de câncer de pulmão com adultos dos 50 aos 80 anos com carga tabágica igual ou maior que 20 anos-maço, que fumam atualmente ou cessaram há menos de 15 anos, realizando Tomografia Computadorizada de Baixa Dose (TCBD)*

* USPSTF recomenda rastreio como Grade B

O INCA não recomenda rastrear câncer de pulmão. Não há evidência científica sólida de que o rastreamento do câncer de pulmão na população geral traga mais benefícios do que riscos. Porém menciona que decisão pode ser compartilhada, uma vez que existem estudos que mostram benefícios com rastreio a partir dos 55 anos em pessoas com carga tabágica igual ou maior que 20 anos-maço.

3.5 CÂNCER DE PRÓSTATA

- Não existe recomendação de rastreamento universal de câncer de próstata para homens de qualquer idade*.

Os danos associados ao rastreamento do câncer de próstata (sangramento, infecções, prejuízos psicológicos, incontinência urinária, impotência sexual), aumento de sobrediagnóstico e sobretratamento superam seus possíveis benefícios, que seria uma pequena redução da mortalidade através da detecção precoce.

* USPSTF recomenda compartilhar decisão sobre rastreamento de câncer de próstata com homens dos 55 aos 69 anos com dosagem de PSA (Grade C)

Não se recomenda o rastreio de câncer de próstata. Contudo, pode-se discutir e tomar uma decisão compartilhada em pacientes com 50 anos ou mais e um dos seguintes fatores de risco:

- Negros
- Parente de 1º grau com câncer de próstata <65 anos e/ou com histórico familiar de cânceres hereditários (mama < 50 anos, mama em homens, colorretal, de ovário, de pâncreas, melanoma)
- Dieta rica em alimentos de origem animal (carne vermelha e laticínios) e pobre em vegetais [ref.: Uptodate]

Calculadoras de risco para câncer de próstata:

<https://www.prostatecancer-riskcalculator.com/>

<https://riskcalc.org/PCPTRC/>

Materiais de apoio para decisão compartilhada do CDC:

<https://members.acpm.org/page/prostatecancerscreening>

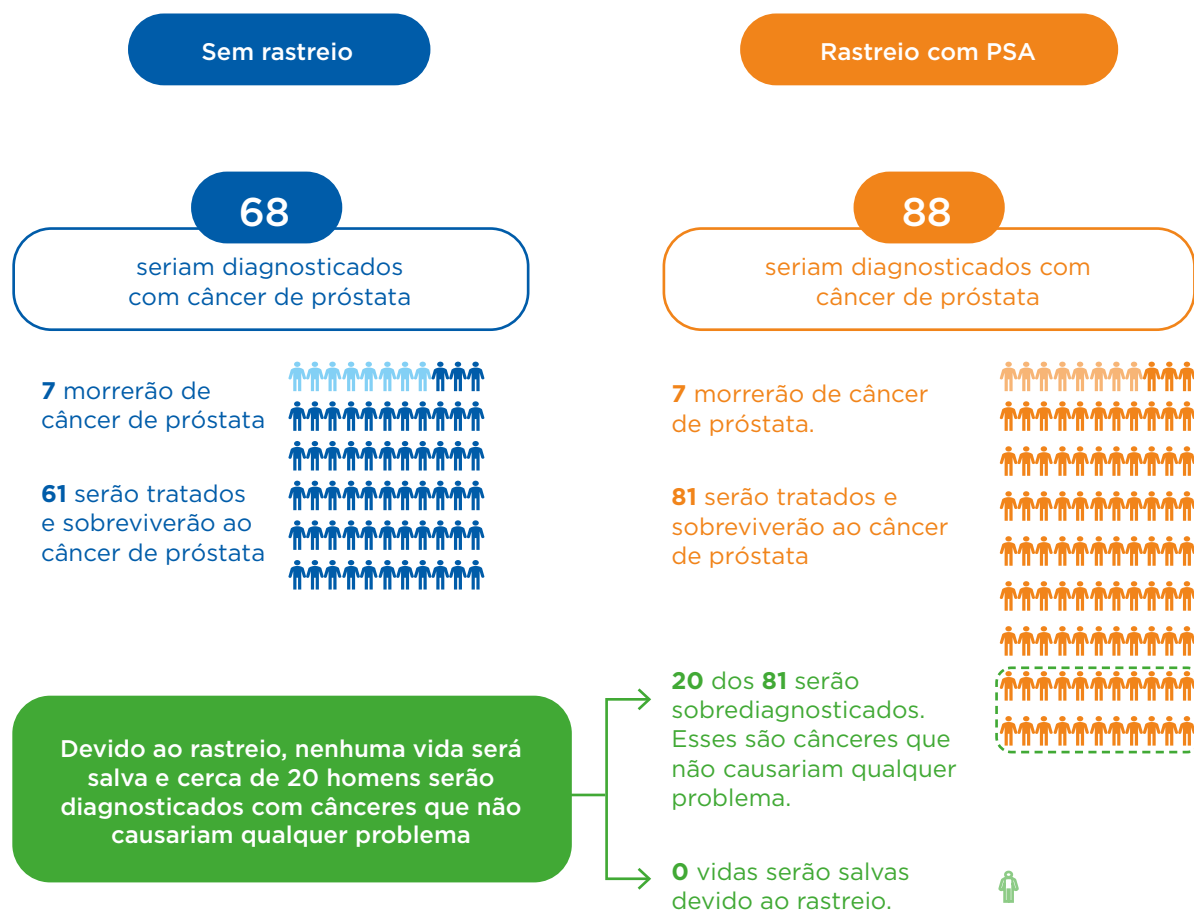


PROJETO

TeleNordeste

Pictograma para auxiliar na discussão de riscos e benefícios sobre rastreamento

Rastreamento de câncer de próstata com PSA em um grupo de 1000 homens entre 45 a 80 anos sem sintomas:



* Não é possível dizer quem são esses homens. Eles poderiam ser submetidos a tratamentos desnecessários, preocupações e complicações, como infecções, disfunção sexual e problemas no controle vesical e intestinal.

Fonte: Adaptado de Cancer Research. Tradução livre. Dados com base na revisão sistemática da Câncer de Próstata da Cochrane 2013.



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Primária n. 29: Rastreamento. Brasília, DF; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, DF; 2016.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Breast Cancer Update – 1000 Person Tool [Internet]. Montreal: CTFPHC; 2023 [citado 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/breast-cancer-update/1000-person-tool/>

Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. London: Cochrane; 2013.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro 2021.

Just J. Overdiagnosis: When finding cancer can do more harm than good [Internet]. Oxford: Cancer Research UK; 2018 [citado 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://news.cancerresearchuk.org/2018/03/06/overdiagnosis-when-finding-cancer-can-do-more-harm-than-good/>

Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Br J Cancer. 2013;108(11):2205-40.

Martins ACM, Rados DRV, Oliveira EB, Arlindo EM, Rech MRA, Katz N, et al. Regula SUS. Protocolo de encaminhamento para mastologia [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2020 [citado 24 mar. 2022]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_mastologia_20160324.pdf

Martins ACM, Mantovani A, Rados DRV, Oliveira EB, Oliveira JDC, Medeiros LEB, et al. Telecondutas: Pólipos Colorretais [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2022 [citado 24 mar. 2022]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_polipo_colorretal.pdf

Salzman B, Collins E, Hersh L. Common Breast Problems. Am Fam Physician. 2019;99(8):505-14.

United States Preventive Services Task Force. Recommendations [Internet]. Rockville: USPSTF; 2022 [citado 16 set 2022]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/topic_search_results?topic_status=P



PROJETO

TeleNordeste



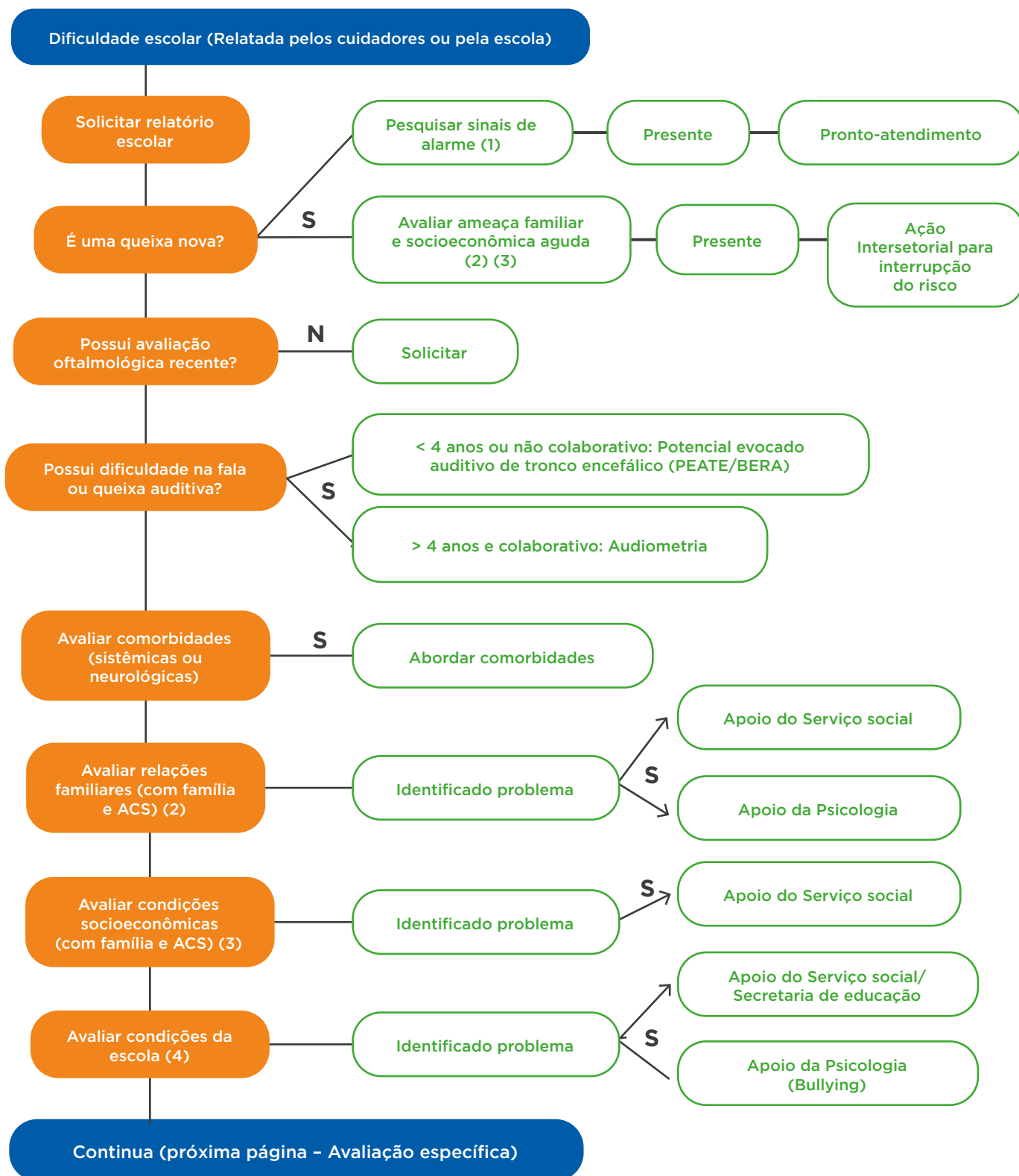
4

Dificuldade Escolar



FLUXOGRAMAS PARA MANEJO DA QUEIXA DE DIFICULDADE ESCOLAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Fluxograma 4.1//Avaliação ampla



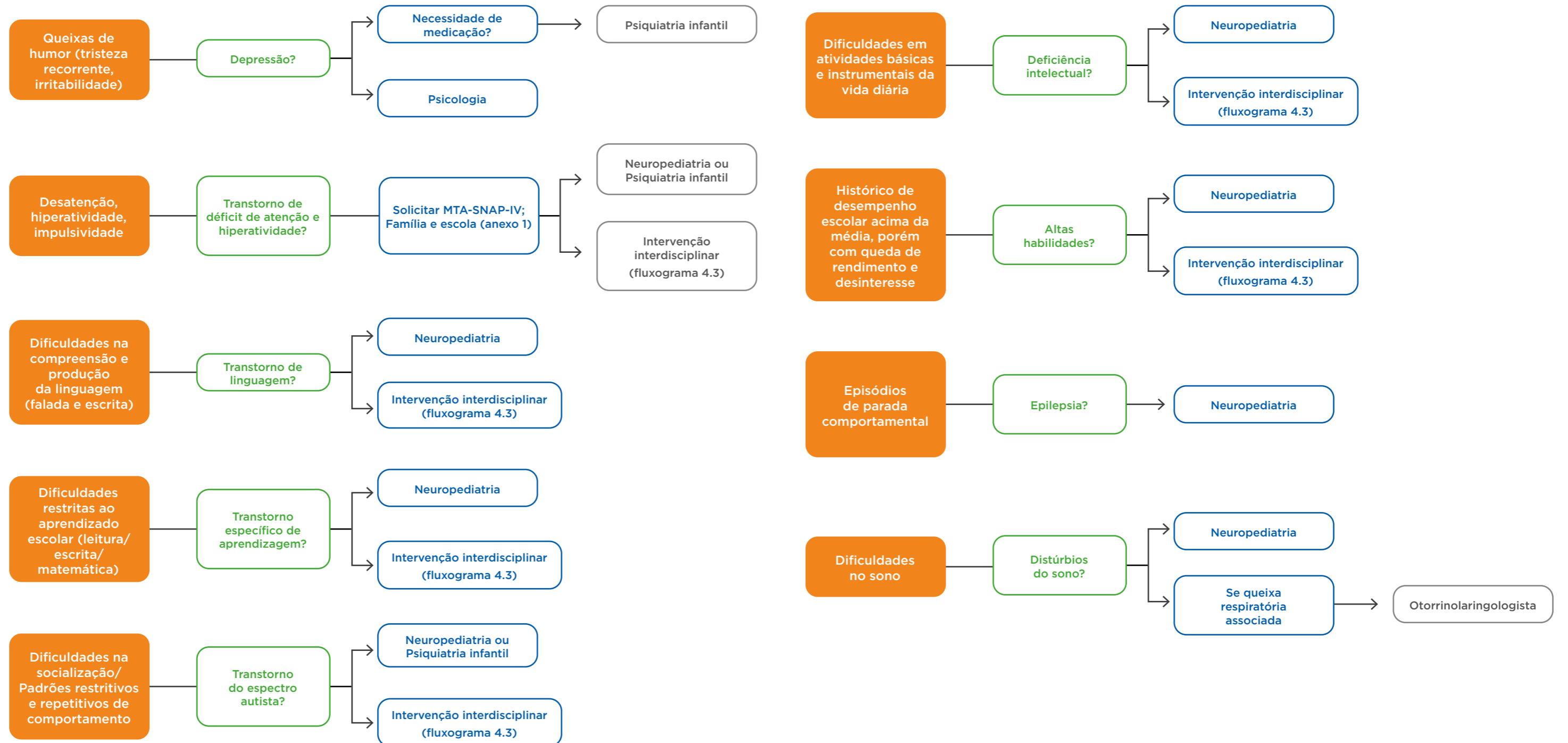
Legenda das abreviações:

Sim (S); Não (N); Exame de Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico (PEATE) - em inglês *Brain Evoked Response Auditory* (BERA); Agente comunitário de saúde (ACS)



Fluxograma 4.2//Avaliação específica

Situação → Hipótese → Compartilhar cuidado com especialidade focal, se disponível



Manter vínculo com Atenção Primária

Legenda das abreviações:

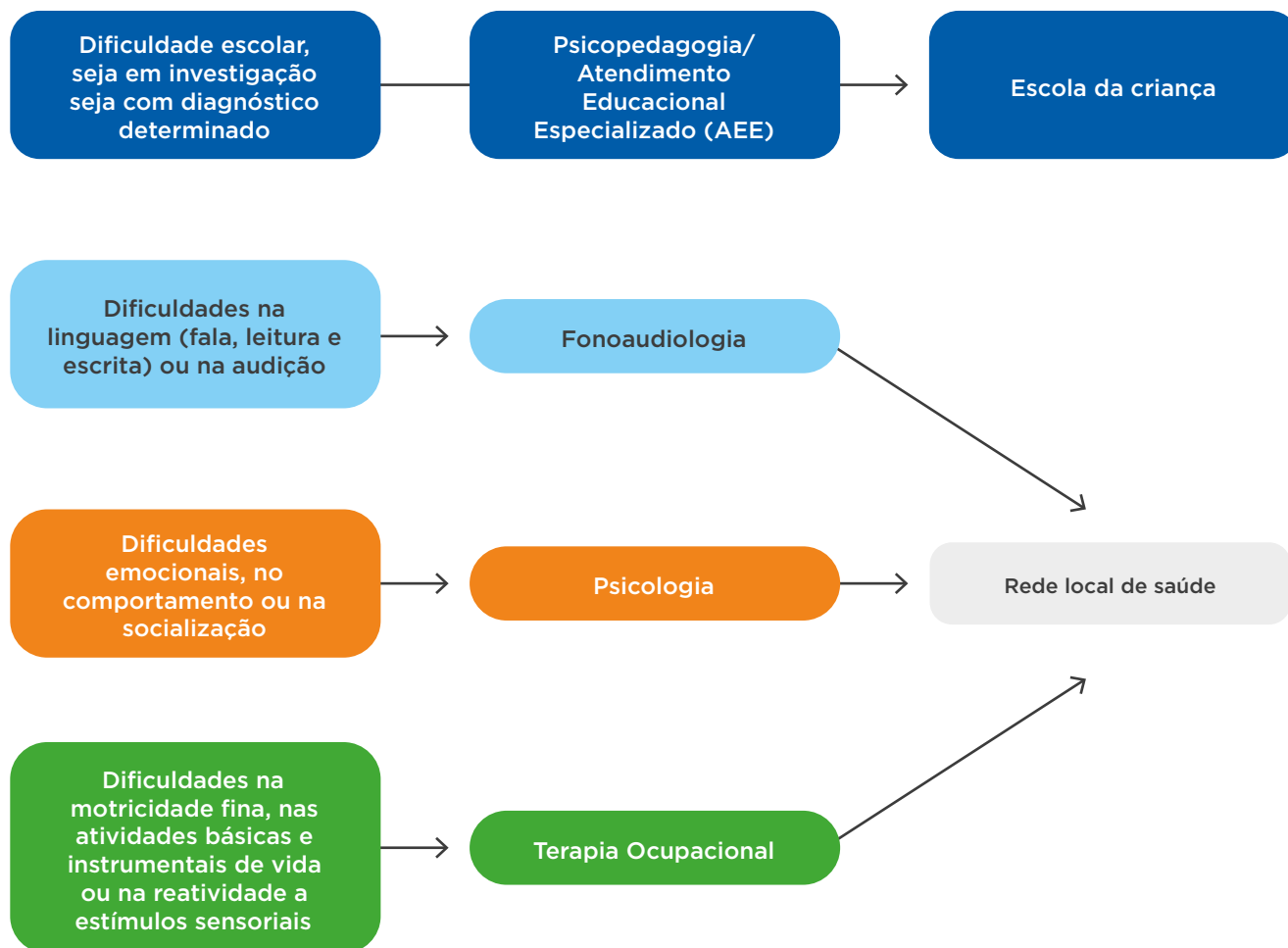
Multimodal Treatment Study Of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder - Swanson, Nolan and Pelham, version IV (MTA-SNAP-IV)



PROJETO

TeleNordeste

Fluxograma 4.3//Intervenção interdisciplinar





PROJETO

TeleNordeste

PRINCIPAIS CAUSAS DE DIFICULDADE ESCOLAR

Causa	Características
Tumores de Sistema Nervoso Central (1)	<p>Queda no rendimento escolar associada a um dos seguintes sinais de alerta:</p> <ul style="list-style-type: none">• Déficit no exame neurológico, com alteração de: nível de consciência, função de nervos cranianos, força, reflexos osteotendíneos, sensibilidade, coordenação, equilíbrio, marcha.• Sinais de Hipertensão intracraniana, tais como: vômitos recorrentes, cefaleia com piora ao decúbito, despertar noturno ou manobra de Valsalva. Em crianças menores, irritabilidade e sonolência podem estar associados.• Estrabismo de surgimento recente• Crises Epilépticas
Condições oftalmológicas ou auditivas	<p>Condições visuais, tais como erros de refração ou mesmo deficiência visual (cegueira e baixa visão) podem impactar diretamente no aprendizado e indicar a necessidade de adaptações da metodologia escolar. Da mesma forma, alterações auditivas, como a surdez de condução ou neurossensorial, por exemplo, necessitam ser abordadas para que a criança possa ter um aproveitamento escolar adequado.</p>
Doenças crônicas sistêmicas	<p>Podem prejudicar o rendimento escolar, seja por sintomas que limitam a capacidade da criança de dedicar-se às atividades escolares, seja por faltas recorrentes relacionadas ao tratamento. Alguns exemplos são: condições oncológicas, doença renal crônica, anemia falciforme, cardiopatia, hepatopatia e imunodeficiências.</p>
Doenças crônicas neurológicas	<p>Condições neurológicas crônicas podem influenciar no neurodesenvolvimento e, conseqüentemente, no aprendizado escolar. Destacam-se aqui a Paralisia Cerebral, as facomatoses (como Esclerose Tuberosa e Neurofibromatose), as síndromes genéticas com acometimento neurológico (por exemplo: Síndrome de Down, Síndrome do X Frágil, Síndrome de Prader-Willi) e as doenças neurodegenerativas (como os Erros Inatos do Metabolismo).</p>
Condições Familiares (2)	<p>Ambiente doméstico/familiar inadequado para o bem-estar da criança, com presença de fatores como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Conflitos e violência doméstica• Exposição/Violência sexual• Abuso de álcool e substâncias ilícitas pelos genitores• Maus-tratos e negligência• História familiar de dificuldade escolar
Condições Socioeconômicas (3)	<p>Fatores de vulnerabilidade socioeconômicas que impactam no aproveitamento escolar, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Saneamento básico inadequado• Moradia localizada em área de risco• Fome e desnutrição• Impossibilidade de comparecer às aulas por dificuldades financeiras ou de acesso• Nível de escolaridade da família



PROJETO

TeleNordeste

Causa	Características
Condições Escolares (4)	Fatores referentes à escola que podem impactar no aprendizado dos alunos, por exemplo: <ul style="list-style-type: none">• Infraestrutura inadequada• Salas de aula com número excessivo de alunos• Material didático e/ou metodologia inadequados• Cancelamento de aulas• <i>Bullying</i> no ambiente escolar
Transtorno depressivo	Humor deprimido ou irritável, perda de interesse ou prazer nas atividades diárias, perda ou ganho de peso/apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte. Pode haver uma capacidade reduzida para pensar e concentrar-se, o que na criança traduz-se como queda do rendimento escolar.
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	Desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento do indivíduo, com sintomas que persistem por mais de 6 meses, em um grau inconsistente com seu nível de desenvolvimento e com impacto negativo direto sobre as atividades sociais e acadêmicas/profissionais.
Transtorno da Linguagem	Dificuldades na compreensão e na produção da linguagem (seja falada, escrita, língua de sinais ou outra modalidade). A criança pode apresentar vocabulário reduzido, frases limitadas e dificuldade em elaborar um discurso (por exemplo, descrever um fato ou ter uma conversa). Tais sintomas não são melhor explicados por outras condições, como deficiência auditiva ou lesão neurológica.
Transtorno Específico de Aprendizagem	Dificuldades na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas, que persistem por pelo menos seis meses, apesar de intervenções para corrigi-las. É importante ressaltar que estas não podem ser justificadas por outra causa (como deficiência intelectual, visual ou auditiva, questões psicossociais, ou uma instrução educacional inadequada). <ul style="list-style-type: none">• Com prejuízo na Leitura (Dislexia): Dificuldades no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, na decodificação e na ortografia.• Com prejuízo na Escrita (Disgrafia): Dificuldades na ortografia, assim como na gramática e em expressar-se por meio da escrita.• Com prejuízo na Matemática (Discalculia): Dificuldades no senso numérico, na memorização de fatos aritméticos, na realização de cálculos e no raciocínio matemático.
Deficiência Intelectual/ Transtorno do desenvolvimento intelectual	Déficits tanto em funções intelectuais (ex.: raciocínio, solução de problemas, planejamento, aprendizagem acadêmica, etc.), como em funções adaptativas (ex.: independência pessoal e responsabilidade social) que tiveram início no período de desenvolvimento.
Transtorno do Espectro Autista	Déficits persistentes na comunicação e interação social, assim como presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (ex: estereotípias, adesão a rotinas, interesses restritos, hipo ou hiper-reatividade a estímulos sensoriais). Crianças autistas podem apresentar desafios na escola, seja pela dificuldade em se adaptar ao contexto social envolvido, seja por uma dificuldade em aprender por meio das metodologias de ensino disponíveis (pode ser necessário maior uso de recursos visuais e concretos, por exemplo).



PROJETO

TeleNordeste

Causa	Características
Altas Habilidades/Superdotação	Crianças com desempenho acima do esperado para sua faixa etária em determinadas áreas, seja em conhecimentos acadêmicos, artes ou mesmo esportes. Podem apresentar desinteresse na escola quando não são estimuladas e desafiadas adequadamente. É importante também ressaltar que, embora o desempenho seja elevado em uma determinada área, isso não exclui que dificuldades no aprendizado possam ocorrer em outros domínios do conhecimento.
Distúrbios de Sono	Durante o sono são consolidadas as conexões sinápticas, responsáveis pelo aprendizado dos conteúdos que foram apresentados ao longo do dia. Distúrbios do sono podem prejudicar a execução desse processo, assim como causar sonolência e desatenção no período escolar do dia seguinte. Destacam-se nesse grupo: Insônia, Síndrome das Pernas Inquietas e Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono da Criança.
Epilepsia	Crises recorrentes podem interferir no neurodesenvolvimento, inclusive no aprendizado escolar. Destacam-se aqui as crises de ausência, caracterizadas por alteração abrupta do nível de consciência, com duração de segundos, nos quais a criança pode ficar parada, com olhar fixo e arresponsiva. Podem ser confundidas com desatenção.

Observação: Embora o manejo destas condições envolva o cuidado multidisciplinar, com especialidades médicas e de reabilitação, é importante manter o vínculo do paciente com a Atenção Primária.



PROJETO

TeleNordeste

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Barbosa GA, Dias MD, Gaião ADA, Di Lorenzo WF. Escala para avaliação de depressão em crianças-revisada (CDRS-R): uma análise exploratória. Rev Neuropsiquiatr Infanc Adolesc. 1997;5(1):15-8.

Brasil. Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011: dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2011 nov. 17 [citado 16 set 2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm#art11

Brasil. Ministério da Educação. Nota Técnica nº 04/2014/MEC/SECADI/DPEE [Internet]. 2014 jan. [citado 16 set 2022]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15898-nott04-secadi-dpee-23012014&category_slug=julho-2014-pdf&Itemid=30192

Bravender T. School performance: the pediatrician's role. Clin Pediatr. 2008;47(6):535-45.

Costa DS, Paula JJ, Malloy-Diniz LF, Romano-Silva MA, Miranda DM. Parent SNAP-IV rating of attention-deficit/hyperactivity disorder: accuracy in a clinical sample of ADHD, validity, and reliability in a Brazilian sample. J Pediatr. 2019;95(6):736-43.

Cunningham M, Cox EO. Hearing assessment in infants and children: recommendations beyond neonatal screening. Pediatrics. 2003;111(2):436-40.

Mason GM, Lokhandwala S, Riggins T, Spencer RMC. Sleep and human cognitive development. Sleep Med Rev. 2021;57:1-26. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101472>

Mattos P, Serra-Pinheiro MA, Rohde LA, Pinto D. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2006;28(3):290-7.

Moura EC, Medeiros R. Inclusão no ensino superior: desafios e possibilidades. Natal: UFRN; 2019.

Paterlini LSM, Zuanetti PA, Pontes-Fernandes AC, Fukuda MTH, Hamad APA. Triagem e diagnóstico de dificuldades/transtornos de aprendizagem-desfecho de avaliações interdisciplinares. Rev CEFAC. 2019;21(5):1-8.

Rey-Casserly C, McGuinn L, Lavin A. School-aged children who are not progressing academically: considerations for pediatricians. Pediatrics. 2019;144(4):1-18.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação: Transtorno do Espectro do Autismo. Rio de Janeiro; 2019.



PROJETO

TeleNordeste

ANEXO 1

Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – Swanson, Nolan, and Pelham, version IV (MTA-SNAP-IV)

		Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1	Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos de escola ou tarefas				
2	Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3	Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4	Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações				
5	Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6	Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7	Perde coisas necessárias para atividades (por exemplo: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8	Distrai-se com estímulos externos				
9	É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10	Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11	Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12	Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13	Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14	Não para ou frequentemente está a “mil por hora”				
15	Fala em excesso				
16	Responde as perguntas de forma precipitada antes de elas terem sido terminadas				



PROJETO

TeleNordeste

		Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
17	Tem dificuldade de esperar sua vez				
18	Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo, mete-se nas conversas/jogos)				
19	Descontrola-se				
20	Discute com adultos				
21	Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos				
22	Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas				
23	Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento				
24	É irritável ou facilmente incomodado pelos outros				
25	É zangado e ressentido				
26	É maldoso ou vingativo				

Orientações para preenchimento: As situações de 1 a 9 equivalem a sintomas de desatenção, enquanto as de 10 a 18 correspondem a hiperatividade e impulsividade, e as de 19 a 26 são características de oposição e desafio. Deve-se assinalar a frequência com que cada situação ocorre no cotidiano da criança (Nem um pouco, só um pouco, bastante ou demais). A seguir, somam-se as respostas: Os itens "nem um pouco" e "só um pouco" são classificados como 0 pontos, enquanto "bastante" e "demais" equivalem, cada um, a 1 ponto. Dessa forma, obtém-se um escore máximo de 9 para desatenção, 9 para hiperatividade e impulsividade, e 8 para oposição e desafio.



5

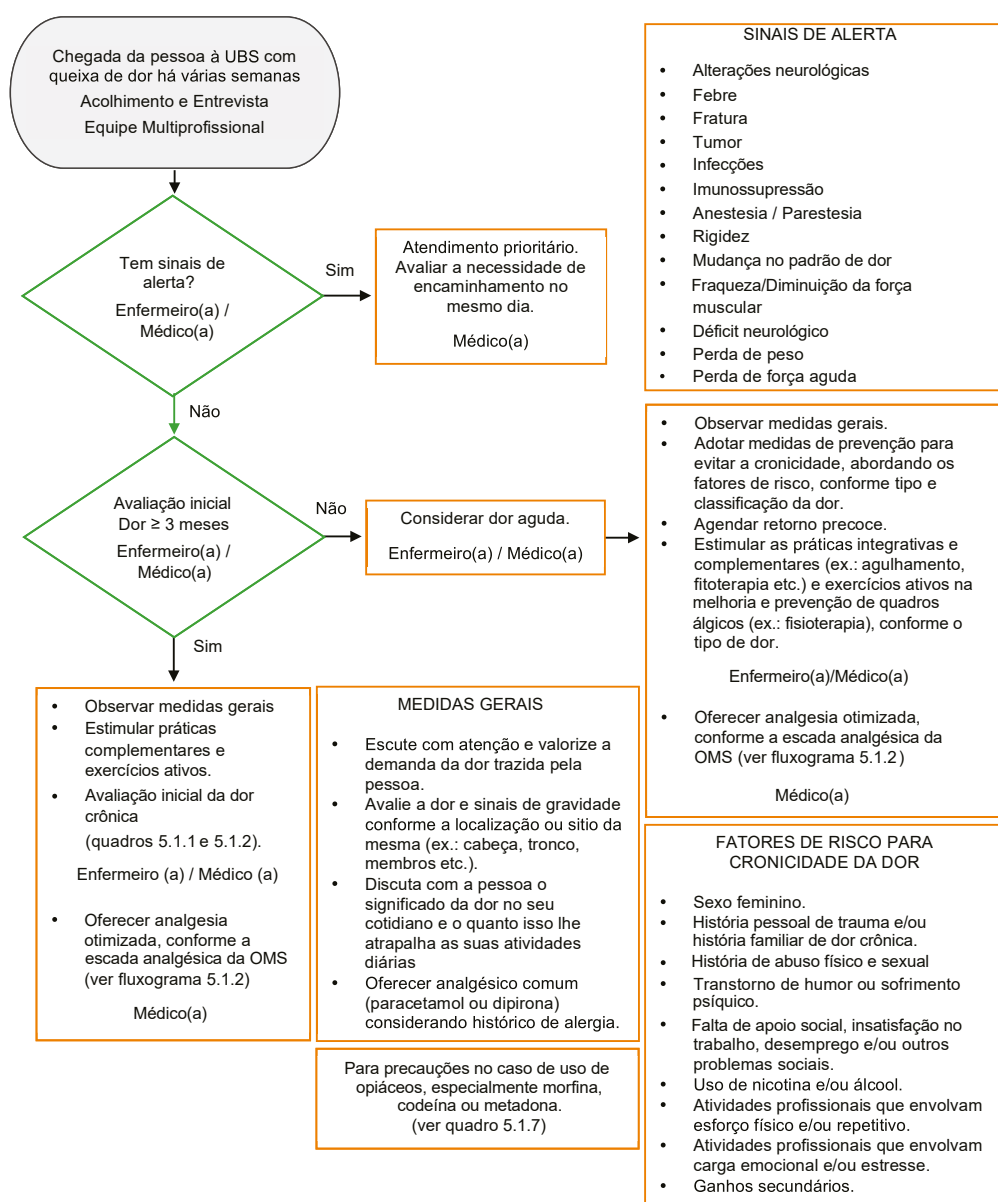
Dor

5.1

Abordagem e Manejo da Dor Crônica em APS



Fluxograma 5.1.1//Condutas iniciais no cuidado da pessoa com dor na APS





Quadro 5.1.1//Competência de comunicação necessárias ao profissional de saúde no cuidado da pessoa com dor crônica

FATORES	COMO FAZER	QUEM FAZ
ESCUÇA ATIVA	<p>Estar atento à comunicação/linguagem verbal e não verbal, observando os sinais que vêm do corpo, das expressões faciais, entonação da voz, entre outros sinais, evitando interromper a fala da pessoa.</p> <p>Explorar junto ao usuário suas narrativas relacionadas às suas necessidades, ao seu cuidado e para permitir uma história clínica detalhada.</p> <p>Buscar compreender quando a história do outro traz para si um sofrimento ou irritabilidade, identificando as emoções provocadas e buscando apoio junto à equipe para superá-lo. Essa atitude evitará reações inadequadas, tais como agressividade ou escusa com relação à pessoa.</p> <p>O fortalecimento e o empoderamento das pessoas que são portadoras de dor crônica é fundamental para melhoria de sua qualidade de vida e para a superação da desesperança e impotência, que frequentemente acompanham estes quadros e que acabam por oprimir até mesmo os profissionais responsáveis por este cuidado.</p>	
ATENÇÃO PARA AS NECESSIDADES OU MOTIVOS QUE LEVARAM A PESSOA A BUSCAR O SERVIÇO	<p>É importante não questionar e entender os seguintes pontos: O que levou a pessoa a nos procurar hoje? O que há por trás do motivo que a trouxe até o serviço de saúde? O que ela busca no atendimento, além do alívio da dor?</p>	
UTILIZAR PERGUNTAS ABERTAS DURANTE A CONSULTA	<p>“O que vem preocupando o Sr.?” Substituir: “O senhor está tomando os remédios direitinho?” Por: “Me conta como o senhor está tomando os remédios?” Que tal começar me falando como iniciou o dia?</p>	Equipe multiprofissional
INVESTIGAR O IMPACTO DA DOR NAS ATIVIDADES DO COTIDIANO	<p>O que mudou na vida a partir dessa dor? Como era antes?</p>	
INVESTIGAR EVENTOS DE VIDA PRODUTORES DE ESTRESSE	<p>Fatos como separação, luto, desemprego, saída dos filhos de casa ou distanciamento de algum parente ou de alguém com quem a pessoa tem muito afeto.</p>	
PERCEPÇÕES DE ALÍVIO DA DOR	<p>Em que situações e com que estratégias a pessoa percebe o alívio da dor (o que utiliza e quando percebe que a dor diminui).</p>	
INVESTIGAR A RELAÇÃO ENTRE A DOR E ALGUM SIMBOLISMO PARA A PESSOA (CASTIGO, CULPA, TRISTEZA ETC.)	<p>Conhecer o modelo explicativo da pessoa sobre seu adoecimento, incluindo sua representação social e religiosa acerca deste processo e o sentido deste na sua vida.</p>	
COMPETÊNCIA CULTURAL (HUMILDADE CULTURAL)	<p>Entender o modelo explicativo e as representações da pessoa em relação ao seu processo de adoecimento e sofrimento emocional, reconhecendo as diferenças existentes com o seu próprio modelo de entendimento, adotando uma postura receptiva e respeitosa, sem desprezo e crítica a essa forma de entendimento, buscando construir um modelo em comum.</p>	
EMPATIA E VÍNCULO	<p>Para que sejam ampliadas as possibilidades de êxito no plano terapêutico, é importante que o profissional de saúde perceba e demonstre que entende o que a pessoa que buscou o serviço de saúde sente e está passando.</p> <p>Desse modo, será mais fácil o estabelecimento do vínculo entre eles.</p> <p>“Eu imagino como deve ser difícil para você sentir tanta dor..”</p>	Equipe multiprofissional
CLAREZA NAS INFORMAÇÕES E DISPONIBILIDADE DE APOIO	<p>Mesmo nas incertezas, explicá-las sem gerar medo e demonstrar apoio e disponibilidade para qualquer necessidade.</p>	

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Quadro 5.1.2//Avaliação inicial da pessoa com queixa de dor crônica na APS

FATORES	COMO FAZER	QUEM FAZ
ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA	<ul style="list-style-type: none">• Identificar os motivos de contato.• Realizar escuta ativa.• Observar a linguagem verbal e não verbal da pessoa.• Identificar a história clínica e social, utilizando perguntas abertas, apresentando empatia com a pessoa e a situação apresentada.	Equipe multiprofissional
	Entrevista <ul style="list-style-type: none">• Anamnese da dor.• Presença de sintomas e queixas relacionadas à dor.• Antecedentes clínicos.• Antecedentes familiares.• Histórico nutricional.• Atividade física.• Atividades de vida diária.• Alterações nos padrões da dor e dos sintomas.• Identificar as repercussões da dor crônica na vida da pessoa.	
AVALIAÇÃO GLOBAL	Exame físico: <ul style="list-style-type: none">• Sugere-se que o exame físico seja direcionado conforme a suspeita clínica.• Não existe exame físico completo ou um conjunto de manobras que sempre devam ser realizadas em todas as consultas.• Sugere-se avaliar a aparência geral, o estado de hidratação e nutrição, sinais vitais, locais com dor e/ou que possam estar gerando/irradiando a dor, ausculta respiratória, palpação, sinais e sintomas na pele, avaliação do estado mental e exame neurológico.<ul style="list-style-type: none">◦ Observar sinais flogísticos, massas, nódulos, lesões, reflexos e presença e a localização da dor.◦ Testar alterações sensoriais em casos de dor neuropática.◦ Executar a avaliação sensitiva e testes específicos de cada dor, conforme sua classificação.◦ Manobra de pinçamento, rolamento e palpação de pontos gatilho.• Presença de sinais de risco para cronicidade da dor (ver fluxograma 5.1).• Presença de sinais de alerta (ver fluxograma 5.1).• Identificar as experiências da pessoa com dor: sentimentos, ideias, funções e expectativas sobre a dor. Os distúrbios ansiosos e depressivos estão diretamente relacionados à piora da sensação de dor.• Atentar para a necessidade de avaliação especializada em saúde mental/interconsulta e possibilidades de tratamento (ver anexo 12).	Enfermeiro(a)/Médico(a)



FATORES	COMO FAZER	QUEM FAZ
AVALIAÇÃO GLOBAL	<ul style="list-style-type: none">• Identificar a espiritualidade e as crenças, atitudes, percepções e expectativas sobre a dor, suas incapacitações e dos cuidados à saúde. Identificar a importância da espiritualidade como um fator psicossocial diretamente associado a melhores ou piores desfechos e à melhor abordagem pelo profissional de saúde (ver anexo 11).• Verificar como a pessoa reagiu anteriormente em situações semelhantes.• Motivar a pessoa para alterações e adaptações nas atitudes e nas atividades (ver anexo 15).• Avaliar o grau de resiliência, os fatores associados a ela, identificar incertezas, ansiedade, estratégias de enfrentamento (<i> coping </i>) adotadas, estimular atitudes de resiliência e diminuição no sentimento de culpa, fatalismo, castigo, dentre outros (ver anexo 10).• Estimular a adesão ao tratamento melhorando o empoderamento e o conhecimento do paciente sobre a doença.• Identificar a relação da bebida alcoólica com a pessoa/família, avaliando a necessidade e o tipo adequado de intervenção (ver anexo 13).• Atentar para retiradas abruptas do álcool que podem gerar maior intensidade na dor.• Construir, conjuntamente, o plano de autocuidado, com recomendações personalizadas, tornando-os participantes do processo terapêutico.• Realizar educação para o autocuidado, individual e em grupo, podendo-se utilizar Diário da Dor (ver anexo 14) e Escalas de avaliação da dor (quadro 5.1.3), e a Técnica dos 5 As	Equipe multiprofissional
	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar as Atividades de Vida Diária (AVDs) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AVIDs).• Avaliar a independência nas atividades de vida diária: Índice de Katz (ver anexo 1).• Avaliar o desempenho nas atividades de vida diária: Escala de Lawton-Brody (ver anexo 2).	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
AVALIAÇÃO AMPLIADA	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar a percepção e o interesse da família no quadro algico, assim como a sua relação com a pessoa que vive com dor crônica. A família pode contribuir ou interferir, atuando como facilitadora ou dificultadora na construção e na adesão ao projeto terapêutico.• Verificar o funcionamento familiar no cuidado de pessoas dependentes: Apgar Familiar (ver anexo 3).• Observar as Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais: FIRO (ver anexo 4).• Avaliar o Suporte Familiar: PRACTICE (ver anexo 5).• Verificar o padrão de relacionamento do sujeito e as suas morbidades: Genograma (ver anexo 6).• Qualificar as pessoas/familiares para entender melhor o processo/ciclo da dor, assim como o tratamento por meio de Educação em Saúde, individualmente e/ou coletivamente.	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
	SUPORTE SOCIAL <ul style="list-style-type: none">• Identificar os recursos na comunidade e a inserção da família e usuário nos suportes sócias: ECOMAPA (ver anexo 7).	
	CUIDADOR (caso tenha) <ul style="list-style-type: none">• Identificar os cuidados com o cuidador: Escala de Zarit Reduzida (ver anexo 8).	
	AMBIENTE DOMICILIAR/SOCIAL <ul style="list-style-type: none">• Observar e avaliar o ambiente domiciliar/social.	



Não é necessário realizar todas as avaliações no mesmo momento. A avaliação da pessoa com dor crônica é complexa e pode ser realizada a cada novo encontro/consulta.



PROJETO

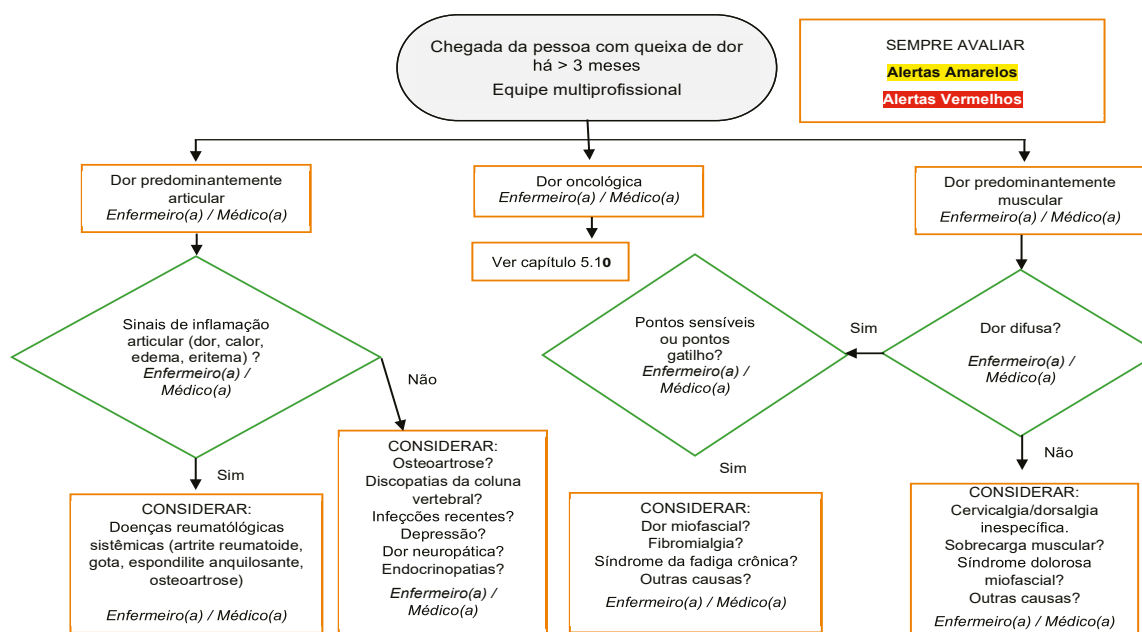
TeleNordeste

Quadro 5.1.3//Escala para avaliação da dor mais utilizadas

ESCALA	DIMENSÕES AVALIADAS PELA ESCALA
Faces (Wong-Baker)	Mede a intensidade da dor com imagens. Bom para uso em crianças.
Numeric Rating Scale	Usa uma série de números, de 0 a 10, que corresponde ao nível de dor da pessoa.
Verbal Numerical Rating Scale	Utiliza uma escala numérica, que corresponde ao nível de dor da pessoa.
Visual Analog Scale	Utiliza uma linha horizontal ou vertical de 10cm, que corresponde ao nível de dor da pessoa.

Fonte: adaptado de Brasil (2017).

Fluxograma 5.1.2//Classificação e ações no manejo da dor crônica



Ver capítulos:

- 5.1 - Abordagem e Manejo da Dor Crônica em APS
- 5.2 - Artrose ou osteoartrite
- 5.3 - Cefaleia crônica
- 5.4 - Dor cervical crônica
- 5.5 - Dor crônica no joelho
- 5.6 - Dor crônica no ombro
- 5.7 - Dor crônica no pé

- 5.8 - Dor lombar crônica
- 5.9 - Dor miofascial
- 5.10 - Dor neuropática
- 5.11 - Dor oncológica
- 5.12 - Fibromialgia
- 5.13 - Síndromes dolorosas complexas centrais associadas aos transtornos mentais

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.1.4 e 5.1.5 – Alertas amarelos e alertas vermelhos

Pessoas com dor, na maioria das vezes, apresentam quadros benignos e de bom prognóstico, mas também podem apresentar doenças graves, ou mesmo quadros que, mesmo aparentemente benignos, podem cronicizar e promover incapacidade.

Para a identificação destas situações é proposta a busca por sinais AMARELOS, que apresentam fatores psicossociais associados a um risco aumentado de cronicidade e incapacidade (ver quadro 5.1.4) e VERMELHOS, que apresentam sinais de risco aumentado para condições específicas que demandam atenção urgente (ver quadro 5.1.5).

Quadro 5.1.4//Alertas amarelos para cronificação da dor

ALERTAS AMARELOS (fatores psicossociais associados a um risco aumentado de cronicidade e incapacidade)

ATITUDES E CRENÇAS EM RELAÇÃO À DOR	<ul style="list-style-type: none">• Crença de que a dor é sinal de que algo está errado e é prejudicial em si, devendo ser totalmente eliminada/curada antes do retorno às atividades habituais.• Atitude passiva em relação à recuperação/reabilitação.
COMPORTAMENTAIS	<ul style="list-style-type: none">• Descanso prolongado e redução significativa das atividades habituais.• Dor sempre relatada como muito intensa.• Piora na qualidade do sono devido à dor.
QUESTÕES COMPENSATÓRIAS	<ul style="list-style-type: none">• Falta de incentivos financeiros para retomar às atividades habituais.• Afastamento prolongado do trabalho (ou repetidos pedidos de afastamento).
HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none">• Baixa condição socioeconômica.• Baixa escolaridade.• Sentimento de incapacidade, baixa autoestima.• Depressão.• Família superprotetora.• Pouco apoio familiar.• Violência.
QUESTÕES ESPECÍFICAS DO TRABALHO	<ul style="list-style-type: none">• História de trabalho manual.• Medo de aumento da dor com o trabalho.• Insatisfação com o trabalho (vocacional, ambiente ruim).• Problemas de relacionamento com colegas.• Horas extras/trabalho fora do horário com frequência.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.1.5//Alertas vermelhos para a dor crônica

ALERTAS VERMELHOS (risco aumentado de condições específicas que exigem uma atenção urgente)

POSSIBILIDADE DE CAUSAS GRAVES	<ul style="list-style-type: none">• Idade < 20 anos ou > 50 anos (cervicalgia) ou > 70 anos (lombalgia).• Fraqueza envolvendo mais de um miótomo.• Perda de sensibilidade envolvendo mais de um dermatomo.• Dor persistente ou crescente.• Trauma local.• Dor à noite, ao dormir.• Histórico de fraturas.• Falha terapêutica após 6 semanas.
SINAIS DE COMPRESSÃO MEDULAR OU MIELOPATIA	<ul style="list-style-type: none">• Evolução lenta da dor.• Distúrbios da marcha.• Perda da força ou coordenação dos membros.• Alterações no controle vesical, intestinal ou sexual.• Alterações nos reflexos (hiporreflexia ou hiperreflexia).• Alterações nas contrações musculares (hipotonia ou hipertonia, espasmos).
SINAIS DE NEOPLASIA, INFECÇÃO OU INFLAMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Perda de peso, febre, mal-estar, ferida próxima à coluna.• Dor que não cessa ou compromete o sono.• Linfadenopatia.• História de artrite, neoplasia, tuberculose, imunossupressão, AIDS ou outra infecção grave.• Dor que não responde a tratamento medicamentoso.

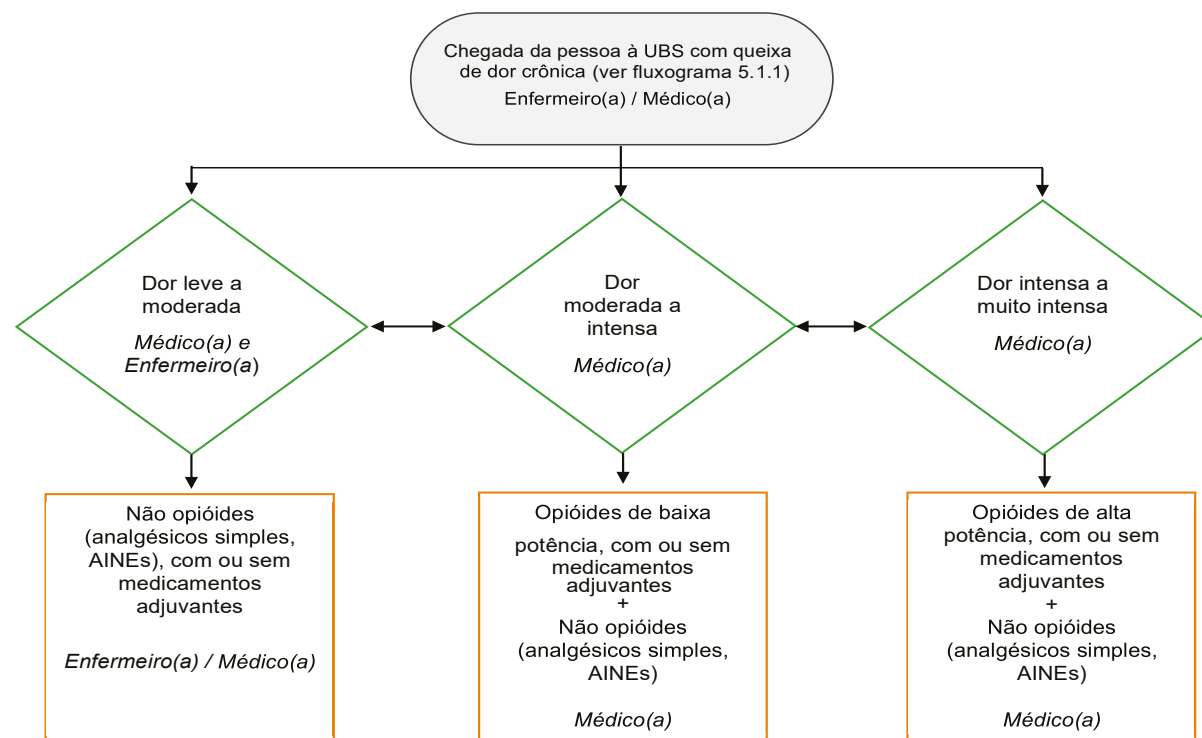
Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Fluxograma 5.1.3//Manejo farmacológico inicial da pessoa com dor crônica, segundo intensidade, de acordo com a escada analgésica da OMS



Escalonar para o passo seguinte da escada analgésica quando não houver controle da dor. Identificar situações de gatilho psicossociais para dor ou presença de outros sinais e sintomas que possam necessitar de manejo específico (dor neuropática, mucosites, dor muscular).

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

Quadro 5.1.6//Princípios básicos do tratamento medicamentoso da dor crônica na APS

O tratamento medicamentoso da dor crônica deve seguir alguns princípios básicos:

1. A pessoa deve ser orientada a utilizar as medicações de maneira diária e rotineira. O uso diário é central no controle, mesmo em dias sem dor presente.
2. A pessoa deve ser orientada quanto a estratégias de resgate em dias em que a medicação de uso contínuo não é suficiente para o controle da dor.
3. Caso a pessoa tenha necessitado muitos dias de uso da medicação de resgate, a medicação de uso contínuo deve ser aumentada ou escalonada para passo seguinte na escada analgésica da OMS (ver fluxograma 5.3).
4. Na necessidade de otimização do esquema medicamentoso, é fundamental a ASSOCIAÇÃO de medicamentos: por exemplo, analgésico simples apresenta sinergia com opioides e não deve ser retirado. A associação de medicamentos que aumentam o limiar para dor podem melhorar o controle, como antidepressivos e anticonvulsivantes.
5. Incorporando a abordagem centrada na pessoa, devemos incluir a expectativa do usuário. Podemos checar a preferência ou rejeição por medicamentos específicos, por via de uso/tomada, ou a rejeição de efeitos adversos específicos.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.1.7//Precauções quanto ao uso dos opiáceos na dor crônica

QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR
Na decisão sobre a farmacoterapia	Avalie indicação de opiáceo: a natureza da dor indica a possibilidade de opiáceo? Há dor moderada ou severa? A dor interfere na funcionalidade e/ou qualidade de vida? A dor é refratária a outras terapias?
	Avalie possíveis contraindicações e/ou risco para uso aberrante: há comorbidades que ampliem os riscos? Há abuso de outras substâncias? Há tratamentos concomitantes cuja interação possibilite problemas? Considere a possibilidade de apoio com ferramentas de estimação de riscos (Opioid Risk Tool [ORT]).
Periodicamente na evolução: trimestral ou semestralmente para pessoas com baixo risco, ou mais frequentemente se risco aumentado	Avalie Analgesia, Afetos, Atividades diárias, Adversidade dos efeitos e Aberrações nos comportamentos de uso.
	Avalie necessidade de maior acercamento sobre padrões de uso. Considere a necessidade de contagem de comprimidos, entrevistas com cuidadores ou uso de ferramentas específicas (Current Opioid Misuse Measure [COMM]). Quando a dosagem laboratorial das drogas for necessária, também aqui o trabalho conjunto com referências especializadas deve acontecer.
	Avalie a presença de complicações clínicas, como endocrinopatias (a exemplo do hipogonadismo), hiperalgesia e imunodepressão, especialmente se em uso de altas dosagens. Avalie padrão de problemas de uso quando presentes.
Periodicamente na evolução: trimestral ou semestralmente para pessoas com baixo risco, ou mais frequentemente se risco aumentado	Diferencie dependência física (ocorrência de síndrome de abstinência na redução de doses), adição (compulsão, “fissura”, descontrole para obtenção, continuidade do uso apesar de efeitos adversos severos) e pseudo-adição (comportamento aberrante num contexto de subanalgesia) para determinar providências no âmbito da APS ou compartilhar abordagem com a referência especializada. Lembre que apresentações com rápido início de ação e menor duração de efeito são mais indutoras de comportamento inapropriado do que as de início retardado e maior duração.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

PROTOSCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO DA DOR

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares deve ser descrito quando realizado pelo paciente e sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos, e não impedem a solicitação de consulta especializada.



Pacientes com dor oncológica, dor do membro fantasma, síndrome complexa regional, dor central, neuralgia do trigêmeo, avulsão de plexo, anemia falciforme ou transtorno de uso de opioides devem ter preferência no encaminhamento ao Tratamento da Dor, quando comparado com outras condições clínicas.

Dentro deste protocolo, casos selecionados com deficiência física temporária ou permanente podem ser encaminhados à Reabilitação Física, com o objetivo de avaliação multidisciplinar para dispensação de órteses (como colete, colar cervical, órtese de punho, palmilhas) próteses e meios auxiliares de locomoção (como bengala, andador, cadeiras de rodas), além de terapias que abrangem mais de uma área da reabilitação concomitante. Há serviços de reabilitação física em todas as macrorregiões, e o acesso é regulado e regionalizado.

É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado (urgência/emergência ou ambulatório de atenção especializada), conforme sua avaliação.



Atenção: oriente o paciente para que leve na primeira consulta ao serviço especializado o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: dor crônica. Brasília, DF; 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. **Clinica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Brasília, DF; 2007.

Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Houle B, Benoit C, Katz N, et al. Development and validation of the Current Opioid Misuse Measure. **Pain.** 2007;130(1-2):144-56.

Gusso G, Lopes JMC, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: Artmed; 2012.

Passik SD, Weinreb HJ. Managing chronic nonmalignant pain: overcoming obstacles to the use of opioids. **Adv Ther.** 2000;17(2):70-83.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS) a Protocolos de encaminhamento para tratamento da dor [Internet]. Porto Alegre: Telessaúde; 2020 [citado 4 jul. 2023]. Disponível em: <https://mvw.utrgs.bdtelessaundersfregulasust>.

Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. **Pain Med.** 2005;6(6):432-42.



PROJETO

TeleNordeste

ANEXOS COM ESCORES E FERRAMENTAS

Anexo 1

INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE KATZ

NOME:		DATA DA AVALIAÇÃO: __/__/__
OBJETIVO: avaliar a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD		
Para cada área de funcionamento listada abaixo, assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal		
BANHO: a avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação a ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de estregar-se em qualquer uma dessas situações. Nesse função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se este é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo <input type="checkbox"/>
VESTIR: para avaliar a função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanecer parcial ou totalmente despido <input type="checkbox"/>
BANHEIRO: a função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam “papagaio” ou “comadres” também são considerados dependentes.		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar <input type="checkbox"/>
TRANSFERÊNCIA: a função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio <input type="checkbox"/>	Não sai da cama <input type="checkbox"/>
CONTINÊNCIA: “continência” refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar <input type="checkbox"/>	Tem “acidentes” (perdas urinárias ou fecais) ocasionais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente <input type="checkbox"/>
ALIMENTAÇÃO: a função “alimentação” relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepara-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem a ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.		
Alimenta-se sem assistência <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral <input type="checkbox"/>



PROJETO

TeleNordeste

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO
A. Independente para todas as atividades.
B. Independente para todas as atividades menos uma.
C. Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D. Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E. Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F. Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G. Dependente para todas as atividades.
Outro. Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.
QUEM FAZ: Equipe Multiprofissional
RESULTADOS: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de seis funções a partir da utilização de um questionário padrão.
O QUE FAZER: para os mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico e plano de cuidados.



PROJETO

TeleNordeste

Anexo 2

ESCALA DE LAWTON-BRODY

ATIVIDADE	SEM AJUDA	COM AJUDA PARCIAL	INCAPAZ
	3	2	1
Você é capaz de preparar as suas refeições?			
Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?			
Você é capaz de fazer compras?			
Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou finanças?			
Você é capaz de usar o telefone?			
Você é capaz de arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos ?			
Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?			
Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?			
TOTAL			
QUEM FAZ: Equipe Multiprofissional			
RESULTADOS: A dependência em AVD instrumentais pode ser parcial, quando a pessoa ainda é capaz de realizar algumas tarefas; ou completa, quando a pessoa é dependente para todas as AVD instrumentais. A pontuação que pode ser obtida varia de 8 (indicando dependência) até 24 (independente) , servindo para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva.			
O QUE FAZER: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.			

Fonte: Adaptado de Brasil (2007, 2017).



PROJETO

TeleNordeste

Anexo 3

APGAR FAMILIAR

Adaptation (adaptação), Partnership (companheirismo), Growth (desenvolvimento), Affection (afetividade) e Resolve (capacidade resolutiva)

É um eficiente teste de avaliação rápida do funcionamento familiar no cuidado de pessoas dependentes

OBJETIVO: possibilita verificar indícios de disfunção familiar permitindo a elaboração de um projeto terapêutico. É uma medida unidimensional de satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar, verificando a percepção das pessoas sobre suas famílias como um recurso ou como um fator estressor.

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
		2	1	0
<p>A = Adaptation (Adaptação):</p> <p>Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.</p>	<p>Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.</p>			
<p>P = Partnership (Companheirismo):</p> <p>Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e "alimentados".</p>	<p>Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.</p>			
<p>G = Growth (Desenvolvimento):</p> <p>Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar, bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.</p>	<p>Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida.</p>			
<p>A = Affection (Afetividade):</p> <p>Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.</p>	<p>Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.</p>			
<p>R = Resolve (Capacidade resolutiva):</p> <p>Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve, geralmente, a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, propriedade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.</p>	<p>Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.</p>			

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

QUEM FAZ: Equipe Multiprofissional

RESULTADOS: Os domínios citados são avaliados por meio de cinco questões, simples, às quais são atribuídas valores que ao final são somados, resultando em um escore total, cuja representação numérica relaciona-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou alta funcionalidade).

0 a 4 = elevada disfunção familiar

5 e 6 = moderada disfunção familiar

7 a 10 = boa funcionalidade familiar

Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudanças de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes.

O QUE FAZER: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

Fonte: Adaptado de Brasil (2007, 2017).

Anexo 4

FIRO (FUNDAMENTAL INTERPERSONAL RELATIONS ORIENTATIONS)

Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais

É um instrumento que pode ser utilizado para avaliar e explicar os sentimentos de membros da família ou de pequenos grupos na vivência das relações interpessoais no cotidiano. A necessidade interpessoal é aquela que só pode ser satisfeita pelo alcance de uma relação satisfatória com outra pessoa. As pessoas, colocadas em pequenos grupos, apresentam três necessidades de relações interpessoais: a inclusão, o controle e a intimidade.

É útil em situações em que:

- A família passe por circunstâncias de condições agudas, de internações hospitalares ou no acompanhamento de condições crônicas que podem implicar negociações entre os membros familiares, podendo levar a mudanças de papéis.
- As interações na família podem ser categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade, estudando-a quanto às suas relações de afeto, comunicação e poder, possibilitando dar feedbacks aos seus integrantes.
- A família sofre mudanças importantes ou ritos de passagem em seus ciclos de vida, momentos em que se faz necessária a criação de novos padrões de controle, inclusão e intimidade, e quando estes fatores constituem uma sequência inerente ao desenvolvimento para o manejo de mudanças da família.
- Houver mudanças nos papéis da família.

Com o FIRO, a equipe da AB pode desenvolver um conjunto de ações que envolvem o conhecimento do sistema familiar; a aproximação com a família; a reunião com a família; o refinamento da escuta; a ajuda às famílias para lidar com os temas da inclusão, do controle e da intimidade; o monitoramento regular da família; a preparação para o enfrentamento de crises; o acompanhamento da família no período de luto; a ajuda à família para a identificação de recursos que serão úteis no período de luto; e a preparação para quando, em certas circunstâncias, sentir-se incapaz de ajudar a família.



PROJETO

TeleNordeste

A partir dos resultados, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto, ajudando em momentos de mudanças importantes ou ritos de passagem, auxiliando na criação de novos padrões de inclusão, de controle ou de intimidade.

A necessidade para inclusão é a necessidade de manter uma relação satisfatória com respeito à interação e à associação. Isso inclui uma interação confortável com as outras pessoas, a habilidade de se interessar pelos outros e de se sentir significativo e importante. A necessidade de inclusão manifesta-se nos esforços de uma pessoa para atrair atenção e interesse e criar uma identidade própria e singular. Significam a extensão em que os membros são parte ou não da unidade familiar e de seus subsistemas. Quem está incluído ou excluído? Qual é o equilíbrio entre pertencimento e identidade particular? Como a família lida com a adição ou perda de membros?

A inclusão relaciona-se à interação dentro da família para sua vinculação e organização, mostrando os que estão dentro e os que estão fora do contexto familiar. Há três subcategorias: a estrutura que aprofunda os conhecimentos da organização familiar e dos papéis dos indivíduos na família e nas gerações; a união que percebe a conectividade na interação entre os familiares procurando entender questões como comprometimento, educação e pertencimento; e os modos de compartilhamento que mostram a identidade grupal, os valores e os rituais familiares.

A necessidade de controle é a necessidade de estabelecer e manter relações satisfatórias com pessoas a respeito da influência e do poder. Inclui um balanceamento entre controlar e ser controlado em relação aos outros, bem como a habilidade para respeitar e ser respeitado. Do ponto de vista pessoal, a necessidade de controle é o sentimento de competência e responsabilidade. Está ligada a temas como a responsabilidade, a disciplina, o poder, os mecanismos decisórios e as formas de negociação. Muitas vezes o controle está ligado a questões financeiras e a sistemas de privilégios. Essas interações podem variar de positivas a negativas na dimensão afetiva, e de autocrática a democrática ou anárquica na dimensão política. O controle das interações do exercício do poder dentro das famílias envolve situações como: controle dominante, quando um exerce influência sobre todos os demais, caracterizando o controle unilateral; controle reativo, quando se estabelecem reações contrárias, ou seja, uma reação a uma influência que se quer tornar dominante; e controle colaborativo, quando se estabelece a divisão de influências entre os familiares.

A necessidade de intimidade é a necessidade de estabelecer e manter relações afetivas e amorosas com as outras pessoas. Expressa uma necessidade de amar e ser amado e de se reconhecer como capaz de ser amado. Essa é uma necessidade que só pode se manifestar numa relação dual, ou seja, por pares de pessoas. Está ligada a um contínuo em que, numa ponta, cada membro desempenha seu papel formal e, noutra, as relações entre membros são definidas por confiança e afeição, superando a relação formal. A intimidade manifesta-se em relações de troca de sentimentos, de pensamentos e de desejos. A intimidade refere-se às interações familiares de compartilhamento de sentimentos entre os membros, ao desenvolvimento de atitudes de aproximação ou distanciamento entre os familiares, às exposições de vulnerabilidades e fortalezas.



PROJETO

TeleNordeste

PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES COM BASE NO FIRO

ITENS DE INCLUSÃO (DENTRO OU FORA)

Desde que você soube da seriedade da doença: Você sente que seu papel da família mudou?

- O seu papel atual causa algum transtorno?
- Como você se sente em relação à forma como os outros membros da família estão desempenhando seus papéis?

ITENS DE CONTROLE (TOPO OU BASE)

Desde que você soube da seriedade da doença:

- Você se sente suficientemente envolvido no processo decisório familiar?
- Você sente que a família está lidando bem com o processo decisório? Há conflitos?
- Você sente que você e sua família estão no controle da situação?

ITENS DE INTIMIDADE (PERTO OU DISTANTE)

Desde que você soube da seriedade da doença:

- Você se sente à vontade em compartilhar seus sentimentos com os outros membros da família?
- Você tem relutância em compartilhar certas emoções com os outros membros da família?
- Você está satisfeito com sua relação com o cônjuge? Com os pais? Com os irmãos?

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Anexo 5

ANEXO 5 PRACTICE

O PRACTICE descreve melhor o problema na visão da família e como isso interfere em suas relações, afeto e comunicação			
PRACTICE			
Abreviações	Inglês (original)	Português (tradução)	
P	Presenting problem	Problema apresentado	como a família percebe, define e enfrenta o problema atual (por exemplo, uma doença grave em um dos membros).
R	Roles and structure	Papéis e estrutura	aprofunda aspectos do desempenho dos papéis de cada um dos familiares e como eles evoluem a partir dos seus posicionamentos.
A	Affect	Afeto	como se estabelecem as trocas de afeto entre os membros e como esta troca reflete e interfere no problema apresentado.
C	Communication	Comunicação	como acontecem as diversas formas de comunicação entre as pessoas.
T	Time in life cycle	Tempo no ciclo de vida	correlaciona o problema com as dificuldades e as tarefas esperadas dentro das diversas fases do ciclo de vida.
I	Illness in Family	Doenças na Família (passadas e presente)	resgata a morbidade familiar e o modo de enfrentamento nas situações pregressas. Trabalha com a longitudinalidade do cuidado e a importância do suporte familiar.
C	Coping with stress	Enfrentando o estresse	como a família lida com o estresse? A equipe parte das experiências anteriores e analisa a atual. Identifica fontes de recursos internos, explora alternativas de enfrentamento, se requeridas, e interfere se a crise estiver fora de controle.
E	Ecology	Ecologia	identifica o tipo de sustentação familiar e como podem ser usados os recursos disponíveis. Usar o instrumento, ecomapa, que é um diagrama das relações entre a família e a comunidade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família.

QUEM FAZ: Enfermeiro(a)/Médico(a)

O QUE FAZER: A abordagem familiar avalia a percepção da família e a relação com a pessoa com doença crônica, podendo utilizar instrumentos como a PRACTICE, o Genograma e o Ecomapa.

Fonte: Adaptado de Dias e Guimarães (2011) em Protocolos da Atenção Básica - Dor Crônica. Versão Preliminar.



PROJETO

TeleNordeste

Anexo 6

GENOGRAMA/FAMILIOGRAMA

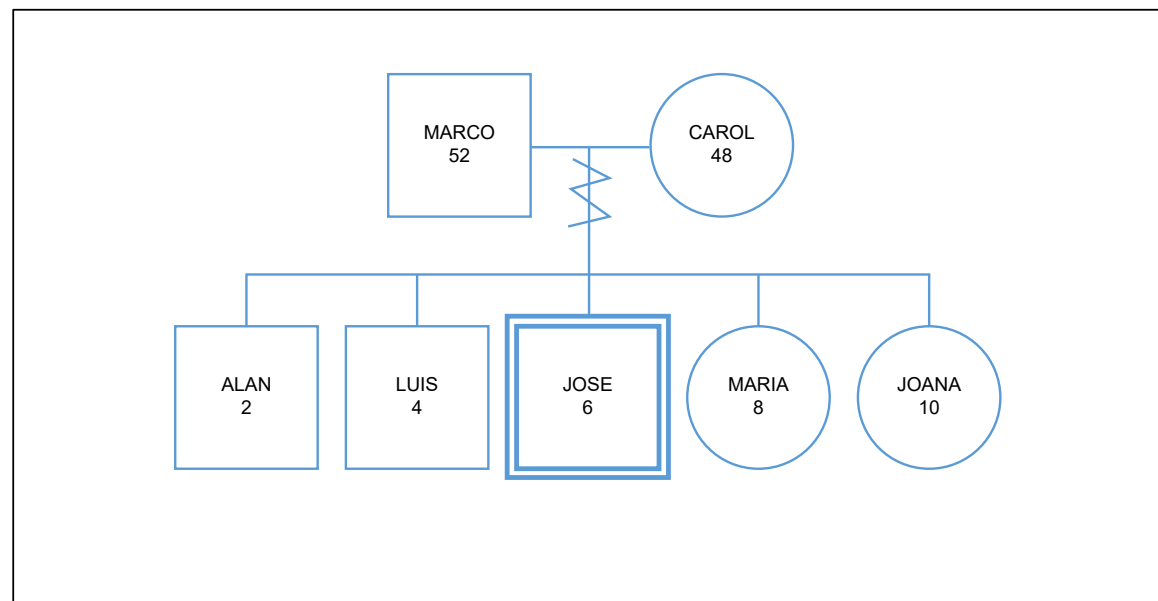
São representações gráficas dos diferentes membros da família e sua estrutura, mostrando os padrões de relacionamento e as principais morbidades.

Apresenta dados e elementos estruturais e funcionais da família, promovendo uma reflexão sobre a dinâmica familiar, os padrões de comportamento, os conflitos e os problemas mais comuns. Deve levantar informações sobre estilos de vida, condições de saúde, uso de medicamentos, dados culturais e econômicos que influenciam a dinâmica familiar, relações interpessoais, conflitos familiares e problemas de comunicação. Também possibilita conhecer o indivíduo em seu contexto familiar, explorar junto aos familiares suas crenças e padrões de comportamento, entender a influência da família em sua vida, conhecer as doenças mais frequentes na família e seu padrão de repetição, possibilitando planejar ações efetivas de promoção da saúde nos indivíduos.

É uma ferramenta útil nos casos de alterações nos papéis familiares por eventos agudos, dificuldade para aceitar o diagnóstico, casos de doença crônica, isolamento, mudanças no ciclo de vida, problemas emocionais graves, resistência ao tratamento, sintomas inespecíficos, situações de risco familiar (como casos de violência ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas), utilização excessiva das unidades de saúde.

Com ele é possível avaliar se o padrão de relacionamento é funcional e saudável ou não, o que pode contribuir para o adoecimento dos seus membros. Pode ser usado como fator educativo, mostrando aos indivíduos avaliados os processos que vêm se repetindo no âmbito familiar.

FIGURA 6A
UTILIZAÇÃO DO GENOGRAMA NA ABORDAGEM FAMILIAR





PROJETO

TeleNordeste

Símbolos do Genograma

		Pessoa de referência	
		Homem	
		Mulher	
		Gravidez	
			Aborto
		Óbito	
		Casal com filhos	
		Gêmeos	
		Gêmeos idênticos	

	Ligação sanguínea
	Ligação não sanguínea
	Ligação distante
	Ligação próxima
	Ligação estreita
	Separação
	Ligação conflituosa
	Adoção para dentro da família
	Adoção para fora da família

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

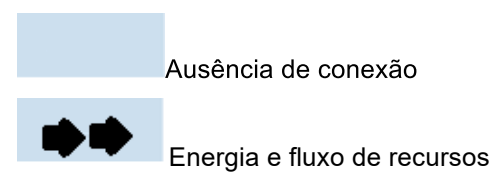
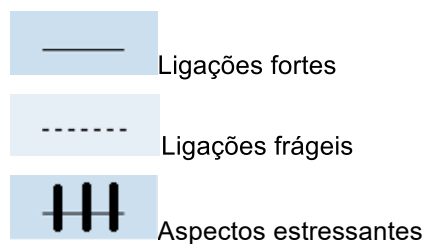
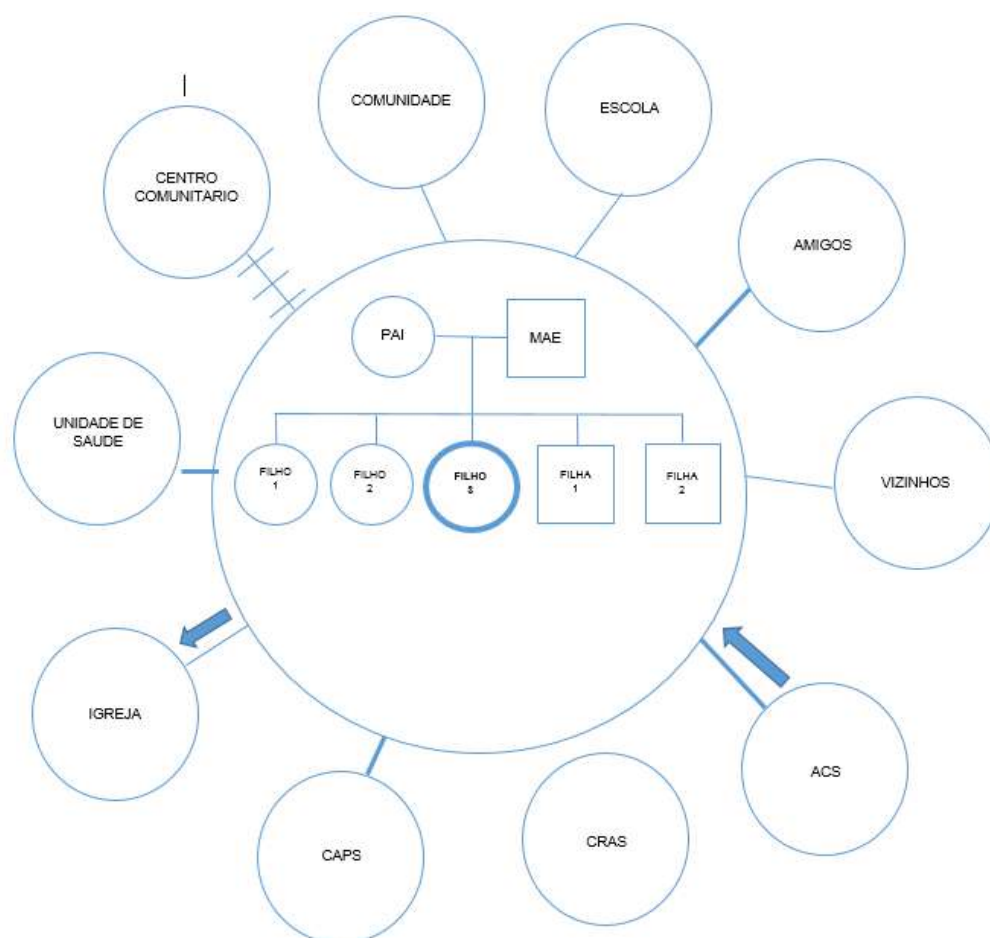
TeleNordeste

Anexo 7

ECOMAPA

O Ecomapa representa a rede social da família. Permite compreender as relações intrafamiliares e sua conexão com o meio que a cerca. Nele é possível inserir os possíveis suportes da família e os contatos com a sociedade, demonstrando as potencialidades e as fragilidades dos vínculos entre os sujeitos e os dispositivos de uma rede.

UTILIZAÇÃO DO ECOMAPA NA ABORDAGEM FAMILIAR





PROJETO

TeleNordeste

Anexo 8

ANEXO 8

ESCALA DE ZARIT REDUZIDA

AValiação da Sobrecarga do Cuidador

PERGUNTAS	PONTUAÇÃO				
	Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente, já não tem tempo suficiente para si?					
2. Sente-se estressado/angustiado por ter de cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas (cuidar dos filhos, cônjuge, outros familiares e trabalhar)?					
3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?					
4. Sente-se exausto(a) quando tem que estar junto do seu familiar/doente?					
5. Sente que a sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?					
6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença do seu familiar/doente se manifestou?					
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado(a) por ter que cuidar do seu familiar/doente?					
RESULTADO					
SOBRECARGA LEVE: ATÉ 14 PONTOS					
SOBRECARGA MODERADA: 15-21 PONTOS					
SOBRECARGA GRAVE: > 22 PONTOS					

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Anexo 9

ANEXO 9

ESCALA DE VULNERABILIDADE FAMILIAR DE COELHO- SAVASSI

SENTINELAS PARA AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	PONTUAÇÃO
Acamado	3
Deficiência física	3
Deficiência intelectual	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Menor de seis meses de idade	1
Maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão arterial sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1 e até 3
	Se igual a 1 e até 2
	Se menor que 1 e até 0
TOTAL	

ESCORE	VULNERABILIDADE FAMILIAR
< 5	R0 (RISCO HABITUAL)
5-6	R1 (RISCO MENOR)
7-8	R2 (RISCO MÉDIO)
> 9	R3 (RISCO MÁXIMO)

Fonte: Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Anexo 10

ANEXO 10

QUESTIONÁRIO ADAPTADO DA ESCALA DE RESILIÊNCIA

Sugestões de questões para identificar a resiliência, explorar a narrativa da pessoa, deixar espaço para a fala sem interrupções no início do atendimento

1. Você conta com alguém para te ajudar ou compartilhar sua dor?
2. Você depende de alguém quando toma decisões difíceis? (observar a partir do relato se a pessoa sofre no processo de tomada de decisão)
3. Como você lida ou reage aos sentimentos desagradáveis, como tristeza, medo e raiva?
4. Quando se depara com problemas como você age/reage? (Identificar na resposta se a pessoa tem reações racionais ou por impulso)
5. Você acha que tem o sentimento de força de vontade?
6. Como você se sente no comando da sua vida?
7. Você acredita que a dor é um desafio a ser enfrentado?
8. Como você tem enfrentado as dificuldades que surgem desde quando iniciou a dor?
9. Você se orgulha do que já conquistou até hoje? (observar se a pessoa demonstra reações otimistas ou pessimistas diante da reflexão da vida)

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Anexo 11

ANEXO 11

QUESTIONÁRIOS PARA ABORDAGEM DA ESPIRITUALIDADE

QUESTIONÁRIO FICA	QUESTIONÁRIO HOPE
<p>F – FÉ / CRENÇA</p> <ul style="list-style-type: none">• Você se considera religioso ou espiritualizado?• Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas?• Se não: o que te dá significado na vida? <p>I – IMPORTÂNCIA OU INFLUÊNCIA</p> <ul style="list-style-type: none">• Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida?• A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde?• Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento? <p>C – COMUNIDADE</p> <ul style="list-style-type: none">• Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual?• Ela te dá suporte? Se sim, como?• Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você?• Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante? <p>A – AÇÃO NO TRATAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none">• Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área da saúde considerasse a questão religiosidade/espiritualidade no seu tratamento? <p>Indique, remeta a algum líder espiritual/religioso.</p>	<p>H – FONTES DE ESPERANÇA, SIGNIFICÂNCIA, CONFORTO, FORÇA, PAZ, AMOR E RELACIONAMENTO SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none">• Quais são as suas fontes de esperança, força, conforto e paz?• Ao que você se apegua em tempos difíceis?• O que te sustenta e faz seguir adiante? <p>O – RELIGIÃO ORGANIZADA</p> <ul style="list-style-type: none">• Você faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual? Ela te ajuda? Como?• Em que aspectos a religião o ajuda e em quais não o ajuda muito? <p>P – ESPIRITUALIDADE PESSOAL E PRÁTICA</p> <ul style="list-style-type: none">• Você tem alguma crença espiritual que é independente da sua religião organizada?• Quais aspectos de sua espiritualidade ou prática espiritual você acha que são mais úteis à sua personalidade? <p>E – EFEITOS NO TRATAMENTO MÉDICO E ASSUNTOS TERMINAIS</p> <ul style="list-style-type: none">• Ficar doente afetou sua habilidade de fazer coisas que o ajudam espiritualmente?• Como médico, há algo que eu possa fazer para ajudar você a acessar os recursos que geralmente o apoiam?• Há alguma prática ou restrição que eu deveria saber sobre seu tratamento médico?
<p>HISTÓRIA ESPIRITUAL DO ACP</p> <ul style="list-style-type: none">• A fé (religião/espiritualidade) é importante para você nesta doença?• A fé tem sido importante para você em outras épocas da sua vida?• Você tem alguém para falar sobre assuntos religiosos?• Você gostaria de tratar de assuntos religiosos com alguém?	<p>CSI – MEMO</p> <ol style="list-style-type: none">1. Suas crenças religiosas/espirituais lhe dão conforto ou são fontes de estresse?2. Você possui algum tipo de crença espiritual que pode influenciar suas decisões médicas?3. Você é membro de alguma comunidade espiritual ou religiosa? Ela lhe ajuda de alguma forma?4. Você possui alguma outra necessidade espiritual que gostaria de conversar com alguém?

Segundo Saporetti (2008), “espírito, do latim ‘spiritus’, significa sopro e se refere a algo que dá ao corpo sua dimensão imaterial, oculta, divina ou sobrenatural que anima a matéria. O espírito conecta o ser humano à sua dimensão divina ou transcendente”. É mais este aspecto, o da transcendência, do significado da vida, aliado ou não à religião, que devemos estar preparados para abordar. Sempre lembrando que o sujeito é a pessoa, sua crença, seus princípios. Para Koenig, McCullough e Larson (2001), “Espiritualidade é a busca pessoal pelo entendimento de respostas a questões sobre a vida, seu significado e relações com o sagrado e transcendente.”



PROJETO

TeleNordeste

QUEM FAZ:	Enfermeiro(a)/Médico(a)
------------------	-------------------------

RESULTADO/ O QUE FAZER	A avaliação espiritual permite aos profissionais de saúde apoiar as pessoas e ouvir com empatia, documentando preferências espirituais para futuras visitas, incorporando os preceitos de tradições de fé em planos de tratamento, e incentivando-as a usar os recursos de suas tradições espirituais e as comunidades de bem-estar geral.
-----------------------------------	--

BIBLIOGRAFIA

Koenig HG, McCullough M, Larson DBB. Handbook of religion and health: a century of research reviewed. New York: Oxford University Press; 2001.

Saguil A, Phelps K. The spiritual assessment. Am Fam Physician. 2012;86(6):546-50.

Saporetti LA. Espiritualidade em Cuidados Paliativos. In: Oliveira RA, coordenador. Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP; 2008. p. 522-3.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Anexo 12

ANEXO 12

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD) AUTO APLICADO

Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

PERGUNTAS!	PONTUAÇÃO!			
	0!	1!	2!	3!
Eu me sinto tenso ou contraído!	Nunca!	De vez em quando!	Boa parte do tempo!	A maior parte do tempo!
Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer!	Não sinto nada disso!	Um pouco, mas isso não me preocupa!	Sim, mas não tão forte!	Sim, e de um jeito muito forte!
Estou com a cabeça cheia de preocupações!	Raramente!	De vez em quando!	Boa parte do tempo!	A maior parte do tempo!
Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado!	Sim, quase sempre!	Muitas vezes!	Poucas vezes!	Nunca!
Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago!	Nunca!	De vez em quando!	Muitas vezes!	Quase sempre!
Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum!	Não me sinto assim!	Um pouco!	Bastante!	Sim, demais!
De repente tenho a sensação de entrar em pânico!	Não sinto isso!	De vez em quando!	Várias vezes!	A quase todo momento!
RESULTADO!	!			
0 a 8 - SEM ANSIEDADE!		9 a 21 - SUGESTIVO DE ANSIEDADE!		
Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes!	Sim, do mesmo jeito que antes!	Não tanto quanto antes!	Só um pouco!	Já não sinto mais prazer em nada!
Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas!	Do mesmo jeito que antes!	Atualmente um pouco menos!	Atualmente bem menos!	Não consigo mais!
Eu me sinto alegre!	A maior parte do tempo!	Muitas vezes!	Poucas vezes!	Nunca!
Eu estou lento para pensar e fazer as coisas!	Nunca!	De vez em quando!	Muitas vezes!	Quase sempre!
Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência!	Me cuido do mesmo jeito que antes!	Talvez não tanto quanto antes!	Não estou mais me cuidando como deveria!	Completamente!
Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir!	Do mesmo jeito que antes!	Um pouco menos do que antes!	Bem menos do que antes!	Quase nunca!
Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa!	Quase sempre!	Várias vezes!	Poucas vezes!	Quase nunca!
RESULTADO!	!			
0 a 8 - SEM DEPRESSÃO!		9 a 21 - SUGESTIVO DE DEPRESSÃO!		



PROJETO

TeleNordeste

QUEM FAZ:

Enfermeiro(a)/Médico(a)

O QUE FAZER

- Esta escala é auto-aplicada e usada para uma triagem inicial pela equipe. Casos de pontuação de 9 a 21 em alguma das subescalas encaminhar para avaliação médica para confirmação diagnóstica e seguimento se necessário.
 - É importante sempre estimular e orientar maneiras contextualizadas de conseguir:
 - Boa qualidade e quantidade de sono.
 - Alimentação saudável.
 - Atividade física regular.
 - Atividades relaxantes.
-

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Anexo 13

AUDIT - TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL

As questões do AUDIT são uma ferramenta importante para sensibilizar equipe e usuário para identificar como é a relação da pessoa com o uso do álcool e que necessidades surgem a partir dessa relação. Mais importante do que o escore final é realizar uma abordagem em que a pessoa reconheça essas necessidades e tanto profissional como usuário estabeleçam acordos que visem mudanças no comportamento em busca da redução dessas necessidades.

AUDIT – TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL					
PERGUNTAS	Pontuação				
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Com que frequência você toma bebidas alcóolicas?	Nunca (vá para a questão 9)	Mensalmente ou menos	De 2 a 4 vezes por mês	De 2 a 3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
2. Quando você bebe, quantas doses você consome normalmente?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9	10 ou mais
3. Com que frequência você toma 5 ou mais doses de uma vez?	Nunca	Menos de uma vez ao mês	Mensalmente	Semanalmente	Todos ou quase todos os dias
RESULTADO					
SE A SOMA DAS QUESTÕES 2 e 3 FOR 0, AVANCE PARA AS QUESTÕES 9 e 10					
PERGUNTAS	Pontuação				
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca	Menos do que uma vez ao mês	Mensalmente	Semanalmente	Todos ou quase todos os dias
5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?	Nunca	Menos do que uma vez ao mês	Mensalmente	Semanalmente	Todos ou quase todos os dias
6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca	Menos do que uma vez ao mês	Mensalmente	Semanalmente	Todos ou quase todos os dias
7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?	Nunca	Menos do que uma vez ao mês	Mensalmente	Semanalmente	Todos ou quase todos os dias
8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca	Menos do que uma vez ao mês	Mensalmente	Semanalmente	Todos ou quase todos os dias
9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não	-	Sim, mas não nos últimos 12 meses	-	Sim, nos últimos 12 meses
10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da Saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não	-	Sim, mas não nos últimos 12 meses	-	Sim, nos últimos 12 meses
RESULTADO					

EQUIVALÊNCIAS DE DOSE PADRÃO

CERVEJA: 1 DOSE = 1 chope/1 lata/1 longneck (~340ml) ou 2 DOSES = 1 garrafa

VINHO: 2 DOSES = 1 copo comum (250ml) ou 8 DOSES = 1 garrafa (1L)

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: 1,5 DOSE = meio copo americano (60ml) ou mais de 20 DOSES = 1 garrafa

UÍSQUE, RUM, LICOR etc.: 1 DOSE = 1 dose de dosador (40ml)



PROJETO

TeleNordeste

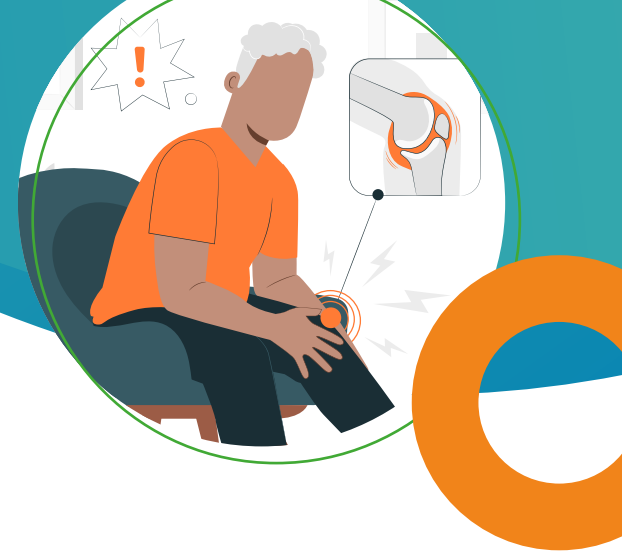
QUEM FAZ:	Enfermeiro(a)/Médico(a)
O QUE FAZER	<ul style="list-style-type: none">• A PARTIR DO VALOR DA SOMA DAS DEZ RESPOSTAS, VOCÊ DEVE ORIENTAR A SUA CONDUTA• ESCORES DE INTERVENÇÃO<ul style="list-style-type: none">○ 0 - 7: Prevenção primária - dialogo sobre a questão○ 8 - 15: Orientação básica. Educação em saúde e/ou apoio matricial (NASF)○ 16 - 19: Intervenção breve e monitoramento. Projeto terapêutico singular e/ou NASF○ 20 - 40: Encaminhamento para serviço especializado - CAPS

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



5.2

Artrose ou osteoartrite



PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE OSTEOARTRITE

Sintomas

Dor	Afeta uma ou poucas articulações Início insidioso e progressão lenta por anos Intensidade variável Pode ser intermitente Piora com as atividades e melhora com o repouso Dor noturna nos quadros graves
Rigidez	Duração curta (< 30 minutos) pela manhã ou após o repouso
Sintomas constitucionais	Ausentes

EXAME FÍSICO

Inspeção	Aumento de volume: pode haver aumento de volume ósseo da articulação, edema e deformidades, principalmente na osteoartrite nodal (nódulos de Heberden e Bouchard) Alinhamento articular Atrofia muscular
Palpação	Ausência de calor Aumento de volume (se presença de derrame articular, normalmente é pequeno e frio) Dor durante palpação de linha articular Dor durante palpação periarticular (principalmente em quadris e joelhos)
Amplitude de movimento	Crepitação Redução da amplitude de movimento Dor durante mobilização Fraqueza muscular

Fonte: Adaptado de Piovesan et al. (2022).



PROJETO

TeleNordeste

TRATAMENTO PARA OSTEOARTRITE

Osteoartrite de mãos:

- Preferir tratamento tópico no manejo inicial (capsaicina ou anti-inflamatórios não esteróides - AINEs).
- Usar órteses para imobilização articular em períodos de maior dor (usada principalmente para base do polegar)
- Exercícios realizados em casa (apertar esponja na água morna).

Osteoartrite de joelhos e quadril:

- Tratamento tópico no manejo inicial da osteoartrite de joelho (capsaicina ou AINE).
- Perda de pelo menos 10% do peso corporal em indivíduos com sobrepeso/obesidade.
- Exercícios físicos e fisioterapia
 - fortalecimento muscular (musculação, treinamento funcional, ginástica localizada);
 - exercício aeróbico de baixo impacto (hidroginástica, caminhadas leves, ciclismo);
 - treinamento de flexibilidade (alongamentos).
- Uso de auxílio para deambular em casos graves (muletas, bengalas, andadores).

Osteoartrite de ombro (fase aguda):

- Evitar elevação dos braços acima da cabeça
- Prescrever anti-inflamatórios não esteroides.
- Aplicar calor úmido no ombro doloroso por 10 a 15 minutos.
- Fazer exercício de pêndulo com peso diariamente por 5 minutos após aplicação de calor
- Fazer exercícios de alongamento passivo em todos os eixos articulares do ombro, especialmente na direção em que o paciente apresente maior perda de função.

Osteoartrite de ombro (fase crônica):

- Exercícios de fortalecimento do manguito rotador
-



PROJETO

TeleNordeste

Tratamento farmacológico

Tópico:

- Indicado para acometimento de uma ou poucas articulações (especialmente joelho e/ou mão)
- Capsaicina tópica 0,025% a 0,075%: aplicar na região dolorosa até 4 vezes ao dia (uso limitado por efeitos adversos locais).
- AINEs tópicos: cetoprofeno gel OU diclofenaco gel, até 4 vezes ao dia.

Sistêmico:

- AINEs sistêmicos não seletivos (usar sempre a menor dose necessária para controlar os sintomas):
 - ibuprofeno 600mg, de 8 em 8 horas; OU
 - diclofenaco sódico ou potássico 50mg, de 8 em 8 horas; OU
 - diclofenaco colestiramina 70mg, de 12 em 12 horas; OU
 - cetoprofeno 50mg, de 6 em 6 horas; OU
 - naproxeno 500mg, de 12 em 12 horas; OU
 - meloxicam 7,5mg ao dia, podendo aumentar para 15mg ao dia; OU
 - nimesulida 100mg, de 12 em 12 horas.
- Pode-se associar inibidor de bomba de prótons para proteção gástrica, se necessário, especialmente em pacientes idosos, em pessoas com história prévia de doença ulcerosa péptica ou uso concomitante de medicações que aumentam risco de complicações gastrointestinais (AAS, corticoide oral, anticoagulantes, inibidores seletivos da recaptção da serotonina).
- AINEs sistêmicos COX-2 seletivos: celecoxibe 200mg/dia, podendo ser dividido em duas doses diárias. Preferidos para pacientes que necessitem de gastroproteção.
 - Paracetamol: até 1g de 6/6 horas.
 - Dipirona: até 1g de 6/6 horas.
 - Doluxetina: iniciar 30mg/dia por uma semana e aumentar a dose para 60mg/dia na semana seguinte. Medicamento de escolha para pacientes com resposta inadequada ou com contraindicação ao uso de AINE.

Não se recomenda rotineiramente:

- suplementação com glucosamina e condroitina;
- massagens;
- infiltração com corticoide intra-articular (exceto em casos específicos, pois o alívio da dor é leve-moderado e o efeito de curta - duração);
- corticoide sistêmico (oral ou parenteral);
- antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, imipramina);
- anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina).

Fonte: Adaptado de Piovesan et al. (2022).



PROJETO

TeleNordeste

QUANDO ENCAMINHAR OSTEOARTRITE

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória¹ como artrite reumatóide ou artrite psoriásica;
- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado² por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ortopedia:

- osteoartrite de quadril, joelho, tornozelo ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado² por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária);
- osteoartrite de mão com prejuízo funcional associado à deformidade ou sintomas dos refratários ao tratamento clínico otimizado² por 6 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para Tratamento de Dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado² por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugerem o diagnóstico ou a suspeita de osteoartrite (artralgia, hipertrofia óssea, edema articular, sinais flogísticos, deformidades, descrevendo tempo de evolução e duração de rigidez matinal, se presente);
2. presença de restrição de movimento ou prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. anexar laudo de exame de radiografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data;
4. índice de massa corporal (IMC);
5. tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite [não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações)];
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Pode ser suspeita em pacientes com sinais e sintomas atípicos: jovens (< 45 anos) e sem história de trauma articular, local incomum de envolvimento (articulações glenoumerais, cotovelos, punhos ou tornozelos), dor articular de características inflamatórias ou presença de perda de peso involuntária. Nesses casos, considerar investigação complementar conforme suspeita clínica.

² Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: dor crônica. Brasília, DF; 2017.

Piovesan DM, Rados DRV, Oliveira EB, Harzheim E, Basso J, Brenner JK et al. Regula SUS. Protocolos de regulação ambulatorial: reumatologia [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2022 [citado 4 jul. 2023]. Disponível em: <https://v-frgs.britelessauders/regulasus/aregulasus-protocolos>



PROJETO

TeleNordeste

5.3

Cefaleia crônica



INTRODUÇÃO

Cefaleias: ênfase em cefaleia tensional e enxaqueca

A cefaleia é um sintoma comum na população brasileira, constituindo-se em importante causa de procura por atendimento médico em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Cerca de 50 a 65% dos indivíduos adultos relataram pelo menos um episódio de cefaleia no último ano (Corrêa; Santos; Galato, 2010; Domingues et al., 2004). Foi observado que cefaleia é o sexto motivo de consulta mais frequente na APS (Bigal et al., 2001; Gusso, 2009). Em estudo realizado em unidade básica de saúde com indivíduos apresentando cefaleia, 55,6% apresentavam cefaleia primária, 39,4% apresentavam cefaleias decorrentes de causas sistêmicas e 5,0% secundárias a causas neurológicas (Bigal et al., 2000). A cefaleia é mais prevalente em mulheres e apresenta grande impacto no trabalho e nas atividades rotineiras, com comprometimento da qualidade de vida em função da dor (Pinto et al., 2009). As causas primárias mais frequentes no contexto brasileiro são a cefaleia tensional e a enxaqueca (Corrêa; Santos; Galato, 2010).

É frequente o mito de que a hipertensão arterial pode causar cefaleia, porém esta relação não é confirmada por dados científicos, principalmente para quadros leves e moderados de elevação pressórica (estágio 1 e 2) (Cortelli et al., 2004; Langman-Bartolome; Gladstone, 2014). Esta ausência de associação deve ser discutida com os usuários, pois pode impactar negativamente na adesão ao tratamento de ambos os agravos.

Nos usuários que procuram o serviço de APS com queixa de cefaleia, é essencial avaliar a presença de sinais de alertas vermelhos para causas secundárias de cefaleia, pois ela pode ser sintoma de doença subjacente (infecções, tumores, malformações arteriovenosas). É essencial lembrar que o primeiro passo da abordagem das cefaleias é diferenciar as dores de causa primária das de causas secundárias (Simioni; Martins; Calderaro).

Independentemente do tipo de cefaleia, deve-se identificar o número de crises por mês e a necessidade de uso de medicamentos para o manejo das crises. É importante identificar o abuso de medicamentos (uso de medicamentos para crises por cerca de 10 ou mais dias por mês, principalmente no uso para prevenir a dor, ou seja, antes da crise se iniciar). O abuso de medicamentos indica o tratamento preventivo nas cefaleias, e nestes casos é necessário cessar o uso das medicações.

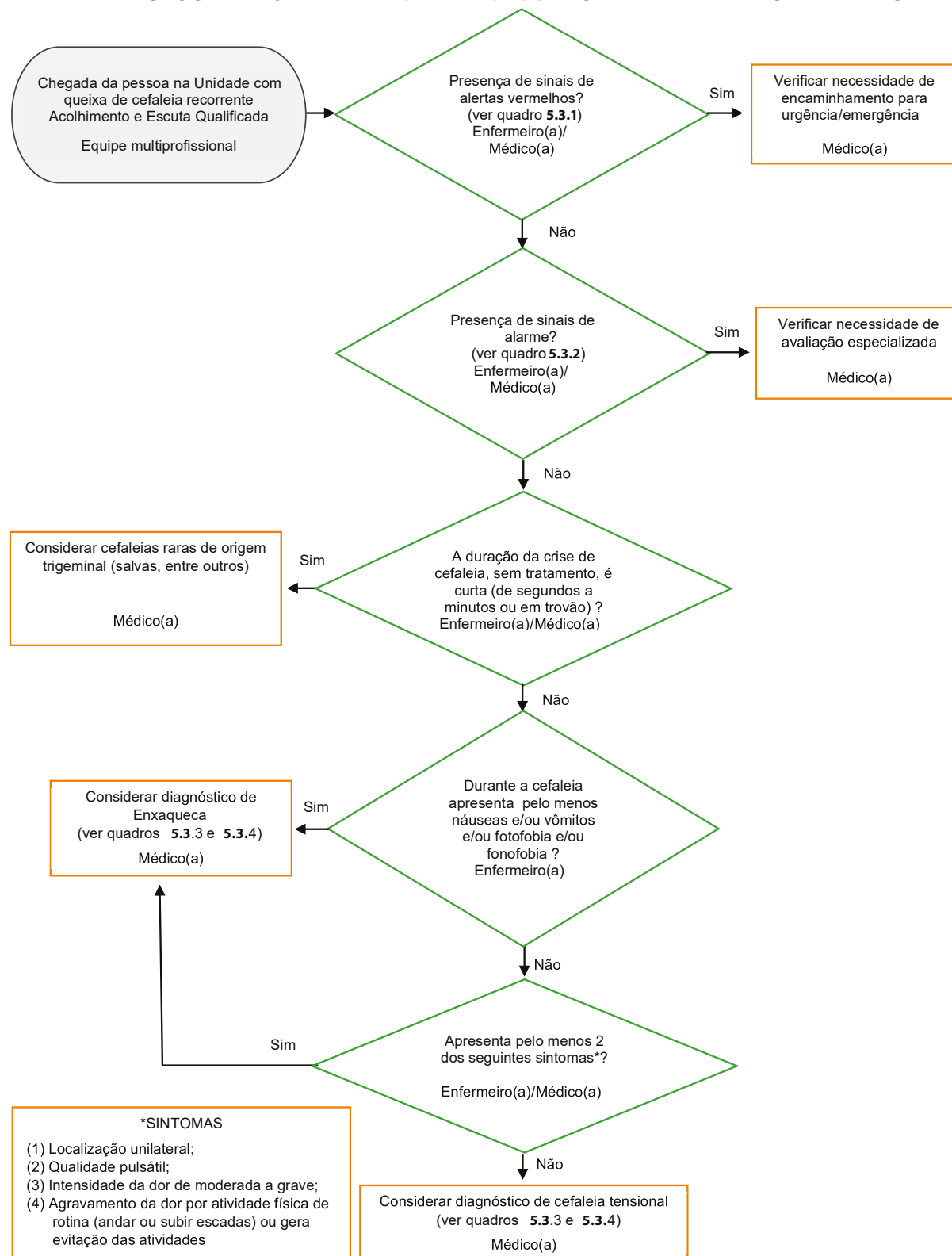
É de fundamental importância integrar a abordagem centrada na pessoa à investigação diagnóstica e ao manejo terapêutico da cefaleia. A escuta qualificada e acolhimento para identificação de conflitos com familiares, amigos, parceiros amorosos ou estressores do ambiente de trabalho (ambiente de trabalho ruim ou estressante, pressão da chefia, cobrança de meta, exigência de produtividade, ausência de pausas periódicas, ritmo intenso de trabalho, falta de reconhecimento profissional), assim como na identificação de ideias, sentimentos, efeitos na função e expectativas que o usuário possa apresentar. Os estressores têm papel importante como



gatilho de crises de cefaleia (Stewart et al., 2017). O reconhecimento destes desencadeantes pode apoiar o manejo da dor.

Fluxograma 5.3.1//Anamnese e diagnóstico diferencial das cefaleias

FLUXOGRAMA 5.1. ANAMNESE E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS CEFALÉIAS



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.3.1//Sinais de alerta vermelhos na avaliação do indivíduo com cefaleia

QUADRO CLÍNICO	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	CONDUTAS
Sinais de doença sistêmica com gravidade: petéquias ou confusão mental ou rigidez de nuca ou sinais de instabilidade hemodinâmica, com presença ou não de febre	Meningite e/ou encefalite Doenças infecciosas graves	Iniciar hidratação endovenosa e encaminhar para Pronto-Socorro
Presença de doenças ou condições subjacentes com início recente: neoplasias em tratamento ou prévia, gestação com primeira cefaleia da vida, uso de anticoagulantes, uso de anticoncepcional atual	Sangramentos ou trombozes	Encaminhar para Pronto-Socorro
Alteração neurológica ao exame clínico: perda aguda de força, perda aguda de sensibilidade, alteração pupilar, alteração em marcha, entre outros	Neoplasias ou lesões com efeito de massa (abscesso, hematomas, infecções)	Encaminhar para Pronto-Socorro
Início súbito ou recente com dor de forte intensidade: “a pior cefaleia da vida”	Hemorragia subaracnóide	Encaminhar para Pronto-Socorro
História de trauma recente envolvendo crânio	Hematomas subdurais ou extradurais	Encaminhar para Pronto-Socorro
Início súbito, associado a dor cervical e alterações neurológicas	Dissecção de carótidas	Encaminhar para Pronto-Socorro
Hipertensão arterial grave com confusão mental e papiledema	Encefalopatia hipertensiva	Encaminhar para Pronto-Socorro
Olho vermelho e pupilas medianas fixas	Glaucoma agudo	Encaminhar para Pronto-Socorro
Cefaleias progressivas com alteração de exame neurológico	Neoplasias ou outras lesões com efeito de massa	Encaminhar para Pronto-Socorro
Cefaleias de esforço: durante exercício, na atividade sexual	Malformações arteriovenosas e aneurismas intracranianos	Encaminhar para Pronto-Socorro

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.3.2//Sinais de alerta que indicam necessidade de investigação para causas secundárias

QUADRO CLÍNICO	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
Dor durante a palpação em artérias temporais com velocidade de hemossedimentação elevada	Arterite temporal
Cefaleia ao acordar ou cefaleia que interrompe o sono	Distúrbios do sono (insônia, apnéia obstrutiva do sono)
Início após os 50 anos de idade sem uma explicação funcional	Neoplasias Arterite temporal
Cefaleia progressiva ou em quadro de piora	Neoplasias, sangramentos e trombozes
Mudança de padrão da cefaleia	Neoplasias
Intratável	Neoplasias, sangramentos e trombozes
Início na gravidez ou pós-parto*	Sangramentos ou trombozes
Ocorrência no exercício, tosse, espirro, relacionado à atividade sexual ou manobra de Valsalva	Malformações arteriovenosas e aneurismas intracranianos Sangramentos Neoplasias
Relacionado à mudança postural	Fistula liquórica Perda de líquido cefalorraquidiano
Antecedente de doença neoplásica maligna, Diabetes Mellitus ou doença retroviral (SIDA)	Neoplasias Infecções de sistema nervoso central
Imunocomprometidos*	Neoplasias Infecções de sistema nervoso central
Claudicação de mandíbula ou distúrbios visuais*	Doenças auto imunes Glaucoma Distúrbios de articulação temporo-mandibular Arterite temporal
Característica “em trovão” - de curta duração e de forte intensidade	Malformações arteriovenosas e aneurismas intracranianos Sangramentos Neoplasias Cefaleias trigeminais

*Podem necessitar de avaliação de urgência e/ou emergência.

Fonte: adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.3.3//Particularidades do exame físico em pessoas com cefaleia

TESTES	SITUAÇÕES	QUEM FAZ
Avaliação de pupilas e mobilidade ocular		
Avaliação de força motora		
Avaliação de sensibilidade	Toda pessoa com cefaleia na avaliação inicial e na presença de sinal de alarme	
Avaliação de equilíbrio		Médico(a)
Avaliação de pares cranianos		
Rigidez de nuca (sensibilidade de 70%)	Presença de sinais sistêmicos ou alteração do nível de consciência - suspeita de meningite	
Palpação de artérias temporais	Cefaleia de início após 50 anos ou suspeita de arterite temporal	
Palpação de dor na musculatura temporal	Cefaleia tensional	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
Palpação de pontos gatilho miofasciais em região de ombros e cervical		

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

Quadro 5.3.4//Diagnóstico diferencial das cefaleias primárias mais frequentes

ENXAQUECA/MIGRÂNEA SEM AURA

Ao menos 5 crises preenchendo critérios abaixo:

- Crises de cefaleia com duração de 4 a 72 horas (quando não tratadas ou tratadas sem sucesso).
- A cefaleia tem ao menos duas das seguintes características:
 - Localização unilateral.
 - Qualidade pulsátil.
 - Intensidade da dor de moderada a grave.
 - Agravamento da dor por atividade física de rotina (andar ou subir escadas) ou gera evitação das atividades.
- Durante a cefaleia apresenta pelo menos um dos seguintes:
 - Náuseas e/ou vômitos.
 - Fotofobia e fonofobia.
- Não ser atribuível a outras causas ou tipos de cefaleias.



PROJETO

TeleNordeste

ENXAQUECA/MIGRÂNEA COM AURA

Ao menos 2 crises preenchendo critérios abaixo:

- Presença de sintomas de aura totalmente reversível, definida por pelo menos um dos seguintes critérios:
 - Sintomas visuais, incluindo presença de sinais positivos (luzes, pontos ou linhas brilhantes) e/ou negativos (perda da visão) bilateralmente.
 - Sintomas sensoriais, incluindo achados positivos (picadas, agulhadas) e/ou negativos (parestesias).
 - Distúrbios de fala ou linguagem.
 - Sintomas motores (muito raro).
 - Sintomas de tronco cerebral (disartria, vertigem, zumbido, hipoacusia, diplopia, ataxia, redução do nível de consciência).
 - Sintomas retinianos (são unilaterais).
- Ao menos duas características das seguintes:
 - Ao menos um dos sintomas da aura se instala gradualmente (≥ 5 minutos) e/ou dois ou mais sintomas de aura ocorrem em sucessão.
 - Cada um dos sintomas de aura duram entre 5 e 60 minutos.
 - Ao menos um dos sintomas é unilateral.
 - A cefaleia segue-se à aura dentro de 60 minutos ou menos.
- Não ser atribuível a outras causas e outras cefaleias e houve exclusão de quadro de ataque isquêmico transitório.

ENXAQUECA/MIGRÂNEA CRÔNICA

Cefaleia preenchendo critérios para migrânea por ≥ 15 dias de dor por mês há mais de 3 meses, com características de enxaqueca por pelo menos 8 dias por mês.

Não ser atribuível a outras causas.

CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL EPISÓDICA INFREQUENTE

Ao menos 10 crises com frequência inferior a uma vez por mês (< 12 dias por ano) e preenchendo os critérios abaixo:

- Cefaleia com duração de 30 minutos a 7 dias.
- Cefaleia com ao menos duas das características seguintes:
 - Localização bilateral.
 - Em aperto ou opressão (não pulsátil).
 - Intensidade leve a moderada.
 - Não agravada por atividade física de rotina (andar ou subir escadas).
- Com as duas características seguintes:
 - Sem náuseas ou vômitos (pode ocorrer anorexia).
 - Não mais do que um dos seguintes: fotofobia ou fonofobia.
- Não ser atribuível a outras causas.



PROJETO

TeleNordeste

CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL EPISÓDICA FREQUENTE

Ao menos 10 crises com frequência superior a uma vez por mês, porém inferior a 15 dias por mês, há mais de 3 meses, preenchendo critérios abaixo:

- Cefaleia com duração de 30 minutos a 7 dias.
- Cefaleia com ao menos duas das características seguintes:
 - Localização bilateral.
 - Em aperto ou opressão (não pulsátil).
 - Intensidade leve a moderada.
 - Não agravada por atividade física de rotina (andar ou subir escadas).
- Com as duas características seguintes:
 - Sem náuseas ou vômitos (pode ocorrer anorexia).
 - Não mais do que um dos seguintes: fotofobia ou fonofobia.
- Não ser atribuível a outras causas.

CEFALEIA TENSIONAL CRÔNICA

Cefaleia ocorrendo ≥ 15 dias por mês, há mais de 3 meses (≥ 180 dias por ano) preenchendo critérios abaixo:

- A cefaleia dura horas a dias ou pode ser contínua.
- A cefaleia apresenta pelo menos duas das características:
 - Localização bilateral.
 - Em aperto ou opressão (não pulsátil).
 - Intensidade leve a moderada.
 - Não agravada por atividade física de rotina (andar ou subir escadas).
- Com as duas características seguintes:
 - Não apresenta fotofobia ou fonofobia ou náusea leve (somente uma destas pode estar presente).
 - Sem náuseas de moderada a grave intensidade, nem vômitos.
- Não ser atribuível a outras causas.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



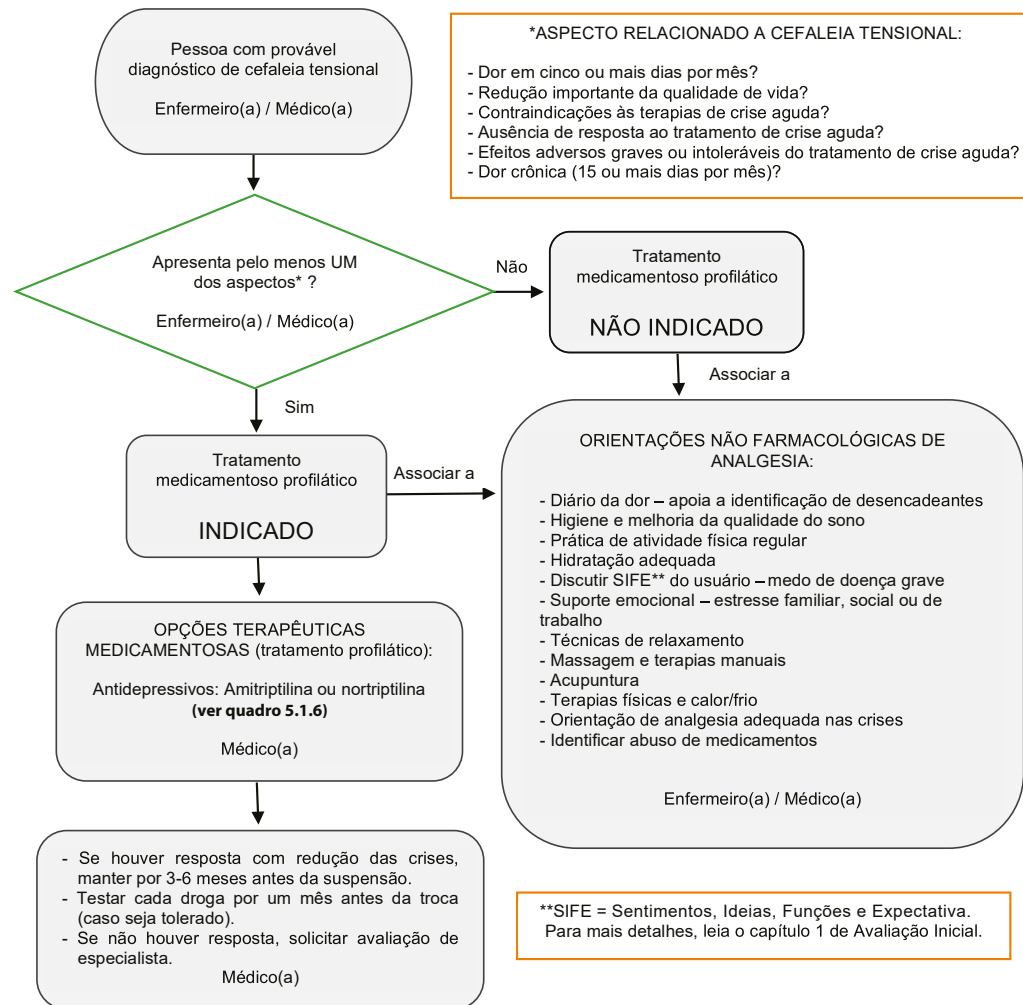
PROJETO

TeleNordeste

TRATAMENTO DAS CEFALÉIAS

Fluxograma 5.3.2//Indicações de tratamento preventivo da cefaleia tensional e manejo não farmacológico

MANEJO NÃO-FARMACOLÓGICO



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.3.5//Tratamento medicamentoso da crise aguda de cefaleia tensional

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	QUEM FAZ
Paracetamol 500mg (comprimido) ou Paracetamol 200mg/ml (solução oral)	500-1000mg de 6/6 horas VO	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
Dipirona 500mg (comprimido) ou Dipirona 500mg/ml (solução oral)	500-1000mg de 6/6 horas VO	
Ácido Acetilsalicílico 500mg (comprimido)	500-1000mg de 6/6 horas VO	Médico(a)
Naproxeno 250mg ou 500mg	500mg de 8/8 horas VO	

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Não se deve utilizar opioides no tratamento de cefaleia tensional.

Os medicamentos podem ser associados, desde que de classes diferentes.

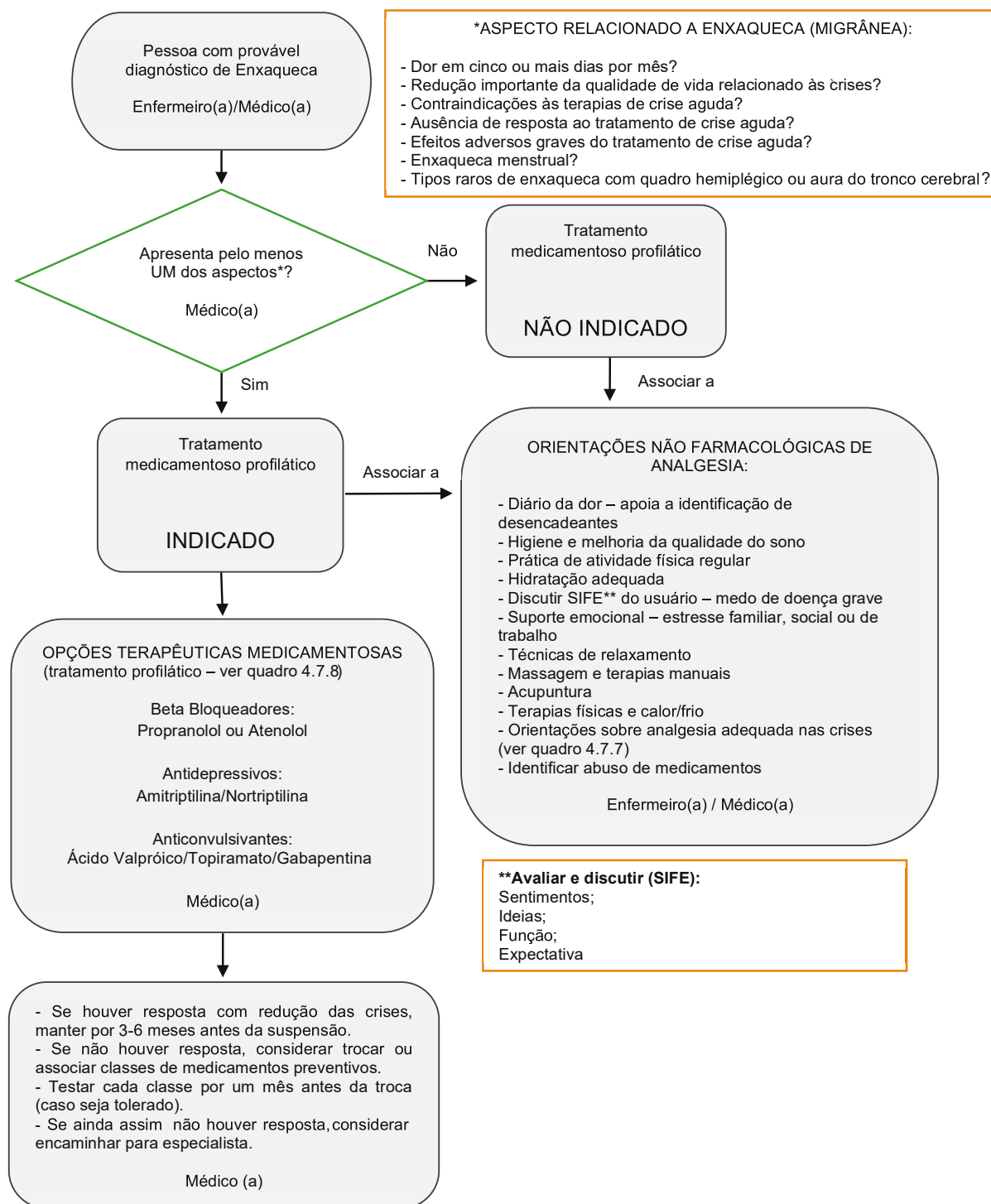
Quadro 5.3.6//Indicações preferenciais, contraindicações e efeitos colaterais dos medicamentos preventivos de cefaleia tensional

TRATAMENTO PREVENTIVO	INDICAÇÕES PREFERENCIAIS	CONTRAINDICAÇÕES	EFEITOS ADVERSOS	QUEM FAZ
Antidepressivos: Amitriptilina ou Nortriptilina Dose inicial: 10 a 12,5mg/dia Dose máxima: 150mg/dia	Pessoas com quadros depressivos ou ansiosos associados	Idosos (aumenta o risco de queda e hipotensão postural)	Hipotensão postural	Médico(a)
	Pessoas com insônia	Bloqueio atrioventricular	Boca seca Constipação intestinal	
	Pessoas com outras dores crônicas ou dores neuropáticas	Epilepsia (reduz limiar convulsivo)	Disfunção sexual	
		Arritmias ventriculares	Tremores Bradycardia	
		Uso concomitante de cisaprida ou IMAOs	Confusão em idosos	
		Infarto agudo do miocárdio recente Gravidez	Ganho ou perda de peso	

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Fluxograma 5.3.3//Indicações de tratamento preventivo de enxaqueca (migrânea) e manejo não farmacológico



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.3.7// Tratamento da crise aguda de migrânea/enxaqueca

	MEDICAMENTO	POSOLOGIA (DOSE MÁXIMA)	QUEM FAZ
CRISES SEM VÔMITOS	Paracetamol 500mg ou 200mg/ml	500-1000mg de 6/6hs VO	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
	Dipirona 500mg ou 500mg/ml	500-1000mg de 6/6hs VO	
	Ácido Acetilsalicílico (AAS) 500mg	500-1000mg de 6/6hs VO	
	Ácido Acetilsalicílico (AAS) 500mg associado com metoclopramida 10mg	500-1000mg de 6/6hs VO 10mg de 8/8 até 6/6hs VO	
	Naproxeno 250mg ou 500mg	500mg de 8/8hs VO	
	Triptanos orais		
	Derivados de ergotamina	A depender dos medicamentos	
Triptanos + anti-inflamatórios			
CRISES COM VÔMITOS OU NÃO CONTROLADAS COM MEDICAMENTOS VIA ORAL	Metoclopramida 5mg/ml EV	10-20mg EV de 8/8hs até 6/6hs#	Médico(a)
	Metoclopramida 5mg/ml EV associado com Dipirona 500mg/ml EV	1000mg EV de 6/6hs	
	Triptanos nasais ou subcutâneos ou EV + antieméticos	A depender dos medicamentos	
	Derivados de ergotamina EV + antieméticos	A depender dos medicamentos	

Endovenoso (EV), quando houver possibilidade.

#A metoclopramida deve ser infundida de forma lenta (1-2 minutos)

Fonte: adaptado de Bivanco-Lima (2012); Tfelt-Hansen (2010) em Protocolos da Atenção Básica - Dor Crônica. Versão Preliminar



Não utilizar opioides como tratamento de enxaqueca.



Quadro 5.3.8//Indicações preferenciais, contraindicações e efeitos colaterais dos medicamentos preventivos de enxaqueca (migrânea)

TRATAMENTO PREVENTIVO	INDICAÇÕES PREFERENCIAIS	CONTRAINDICAÇÕES	EFEITOS ADVERSOS	QUEM FAZ
BETA-BLOQUEADORES PROPRANOLOL Dose inicial: 20mg de 12/12 horas Dose máxima: 80mg de 12/12 horas ATENOLOL Dose inicial: 25mg uma vez ao dia Dose máxima: 200mg uma vez ao dia	<ul style="list-style-type: none">• Pessoas com hipertensão com menos de 60 anos e não tabagistas• Pessoas com taquiarritmias• Pessoas com outras indicações para betabloqueadores (angina, pós-infarto, tremor essencial)	<ul style="list-style-type: none">• Bradicardia• Bloqueio atrioventricular• Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica• Doença de Raynaud• Doença vascular periférica• Disfunção erétil	<ul style="list-style-type: none">• Fadiga• Depressão• Intolerância ao exercício• Bradicardia• Hipotensão/Síncope• Distúrbios do sono/Pesadelos• Hiperglicemia ou Hipoglicemia• Hipercalemia• Hiperlipidemia	Médico(a)
ANTIDEPRESSIVOS AMITRIPTILINA Dose inicial: 10 a 12,5mg ao deitar Dose máxima: 50mg ao deitar	<ul style="list-style-type: none">• Pessoas com quadros depressivos ou ansiosos associados• Pessoas com insônia• Pessoas com outras dores crônicas ou dores neuropáticas	<ul style="list-style-type: none">• Idosos (aumenta o risco de queda e hipotensão postural)• Bloqueio atrioventricular• Epilepsia (reduz limiar convulsivo)• Arritmias ventriculares• Uso concomitante de cisaprida ou IMAOs• Infarto agudo do miocárdio recente• Gravidez	<ul style="list-style-type: none">• Hipotensão postural• Boca seca• Constipação intestinal• Disfunção sexual Tremores• Bradicardia• Confusão em idosos• Ganho ou perda de peso	Médico(a)
ANTICONSULSIVANTES ÁCIDO VALPRÓICO Dose inicial: 250mg de 12/12 horas Dose máxima: 500mg 8/8 horas ou 750mg 12/12 horas	<ul style="list-style-type: none">• Pessoas com epilepsia ou com transtornos de humor que se beneficiem de anticonvulsivante.• Pessoas com dor crônica ou dor neuropática.	<ul style="list-style-type: none">• Gravidez• Mulheres em idade fértil sem uso de anticoncepcional• Doença hepática ou cirrose• Portadores de doenças mitocondriais	<ul style="list-style-type: none">• Náuseas/Vômitos• Dor abdominal• Diarreia• Dispepsia• Sonolência• Tremores/Tontura• Ganho de peso• Queda de cabelo• Trombocitopenia• Hepatotoxicidade• Pancreatite• Ataxia	Médico(a)

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Bigal ME, Bigal JOM, Bordini CA, Speciali JG. Prevalence and costs of headaches for the public health system in a town in the interior of the state of São Paulo. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2001;59(3a):504-11.

Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. *Headache.* 2000;40(3):241-7.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: dor crônica. Brasília, DF; 2017.

Corrêa TS, Santos KM, Galato D. Prevalence and management of headache in a selected area of Southern Santa Catarina. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2010;68(2):216-23.

Cortelli P, Grimaldi D, Guaraldi P, Pierangeli G. Headache and hypertension. *Neurol Sci.* 2004;25:2-134.

Domingues RB, Kuster GW, Dutra LA, Santos JG. Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2004;62(3a):88-591.

Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

Lagman-Bartolome Am, Gladstone J. Metabolic Headaches. *Neurol Clin.* 2014;32(2):51-469.

Pinto Meb, Wagner HI, Klafke A, Ramos A, Stein At, Castro Filho Ed, et al. Cefaleias em adultos na atenção primária à saúde: diagnóstico e tratamento. São Paulo: AMB; 2009.

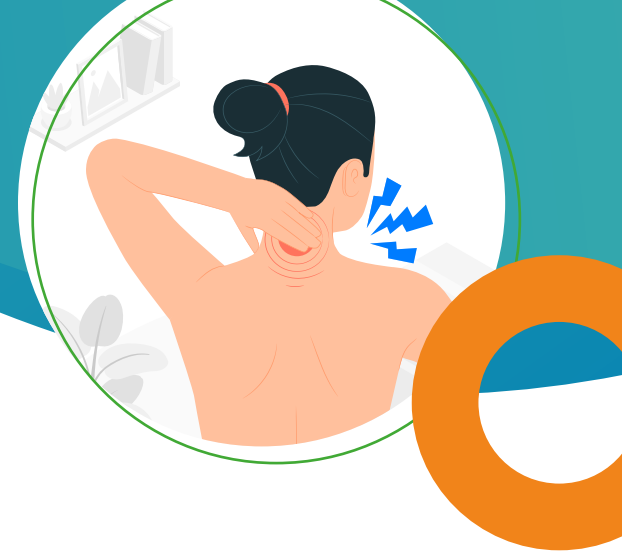
Simioni Cvmg, Martins Hs, Calderaro M. Cefaleia. In: Cavalcanti Efa, Martins Hs. Clínica médica: dos sinais e sintomas ao diagnóstico e tratamento. Barueri: Manole; 2007.

Stewart M, Brown Jb, Weston Ww, Mcwhinney Ir, Mcwilliam Cl, Freeman Tr. Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico. Porto Alegre: Artmed; 2017.



5.4

Dor cervical crônica



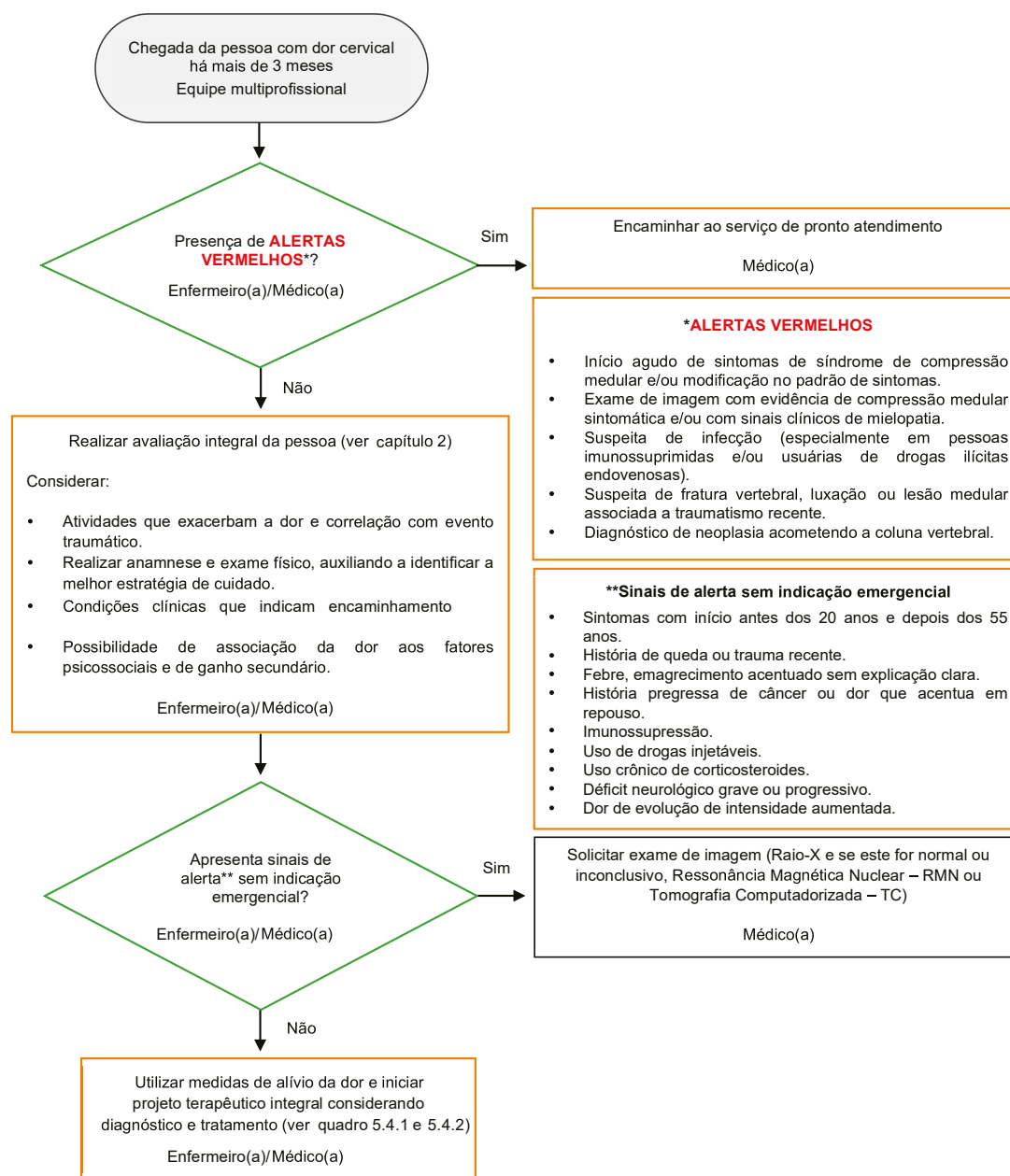
INTRODUÇÃO SOBRE DOR CERVICAL CRÔNICA

A dor cervical é considerada problema clínico experimentado por quase dois terços das pessoas em algum momento da vida, sendo mais prevalente em adultos de meia idade. Quase 85% dos casos estão relacionados a má postura, lesões, tensões ou permanência em tempo prolongado em determinadas posturas, curvatura aumentada do tronco, uso prolongado do computador, estresse crônico, ansiedade, depressão, atividades de intensa vibração de mãos e braços, condições ergonômicas inadequadas e riscos associados ao trabalho e desportivos (Duncan, 2013; South-Paul; Matheny; Lewis, 2014; Vasseljen; Holte; Westgaard, 2001).

Dentre os distúrbios, encontram-se os relacionados à dor cervical (distensão cervical, espondilose e discopatia degenerativa, síndrome do chicote e síndrome miofascial), principal sintoma que leva a pessoa a buscar o serviço de saúde, mas também os que causam dor nas extremidades superiores e disfunção neurológica (hérnias discais com radiculopatia) (Duncan, 2013; Gusso; Lopes, 2012; South-Paul, 2014).



Fluxograma 5.4.1//Avaliação e manejo da pessoa com dor cervical crônica



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.4.1//Diagnóstico da dor cervical

O QUE FAZER	QUEM FAZ
Prevenção de fatores que agravam a dor (trabalho e recreativas)	Equipe multiprofissional
Exercícios de fortalecimento - visando à resistência específica e global (cervicalgia relacionada ao trabalho)	Educador físico/ Fisioterapeuta
Exame de imagem inicial - radiografia em série de três incidências (anteroposterior, lateral e com a boca aberta)	
Radiografia lateral em flexão-extensão - para descartar instabilidade (na dor cervical persistente) ou evidências de lesão neurológica após lesão por hiperextensão ou flexão com radiografias normais	
Radiografias oblíquas - Investigar compressão óssea dos forames neurais na avaliação da dor radicular no pescoço	Médico(a)
Eletromiografia (EMG) e estudos de condução nervosa (ECNs) - Suspeita de radiculopatia. Nas pessoas com fraqueza de MMSS que não se observa melhora com o tratamento	
Ressonância Magnética	

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

Quadro 5.4.2//Manejo da dor cervical crônica

O QUE FAZER	QUEM FAZ
Prevenção de fatores que agravam a dor Ocupacionais e recreativas	Equipe multiprofissional/ Usuário/Família
Exercícios de fortalecimento Visando à resistência específica e global (cervicalgia associada ao trabalho).	Educador(a) físico(a) /Enfermeiro(a)/ Fisioterapeuta/ Médico(a)
Inativação manual de ponto gatilho	Equipe multiprofissional/ Usuário/Família
Cinesioterapia	Fisioterapeuta
Acupuntura Agluamento seco em pontos gatilho	Profissional de saúde habilitado
Manejo farmacológico <ul style="list-style-type: none">• Paracetamol (500-1000mg, 4-6x/dia - máximo de 4g/dia)• Dipirona (500-1000mg até 4x/dia)• Naproxeno (250-500mg, 2x/dia - máximo de 1,25g/dia)	Médico(a)

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

QUANDO ENCAMINHAR DOR CERVICAL CRÔNICA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de síndrome de compressão medular; ou
- exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia; ou
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou
- suspeita de fratura vertebral, luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente; ou
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para exame de imagem (ressonância magnética nuclear-preferencialmente-ou tomografia computadorizada) se raio-X normal ou inconclusivo:

Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- sintomas que iniciaram em paciente com mais que 70 anos ou menos que 20; ou
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer; ou
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores), ou
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre); ou
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose; ou
- dor cervical com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna:

- dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia ou neurocirurgia:

- diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia não operados em caráter emergencial; ou
- pacientes com cervicalgia e artrite reumatoide; ou
- dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os braços, fraqueza, parestesia) sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.



PROJETO

TeleNordeste

- dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- dor cervical crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor cervical crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- dor cervical crônica (mais de 3 meses) com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:
 - a. descrever características da dor, presença de sintomas de radiculopatia cervical, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b. presença de alterações em exame físico neurológico (sim ou não). Se sim, descreva;
 - c. outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
2. tratamento em uso ou já realizado para dor cervical (não - farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. presença de imunossupressão ou artrite reumatoide (sim ou não). Se sim, qual?
5. se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
8. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multiprofissional (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: dor crônica. Brasília, DF; 2017.



5.5

Dor crônica no joelho



INTRODUÇÃO

Dor no joelho

Dor no joelho é queixa frequente na Atenção Primária à Saúde, sendo responsável por cerca de 1/3 das causas de todos os atendimentos por dor musculoesquelética nesse nível de atenção. As causas mais comuns no adulto são a síndrome patelofemoral e a osteoartrose.

Na avaliação de pessoas que sofrem de dor crônica no joelho é importante saber como a dor iniciou, investigar história de trauma (se sim, qual o mecanismo), entorse, sobrecarga e infecção, por exemplo. Além disso, caracterizar o tempo de início (se aguda ou insidiosa), determinar a localização (anterior, posterior, lateral ou medial), a qualidade da dor (queimação, pressão etc.), a intensidade e o impacto funcional que ela causa e seus efeitos na qualidade de vida da pessoa (lembrar que incapacidade pela dor aumenta significativamente o risco de depressão e ansiedade), fatores de piora e melhora, sintomas associados, como derrame articular, calor local, vermelhidão, febre, sensação de falseio e bloqueio articular.

A idade da pessoa e a localização da dor são dados importantes e ajudam a pensar nas causas mais comuns de acordo com essas informações (ver fluxograma 5.5.1).

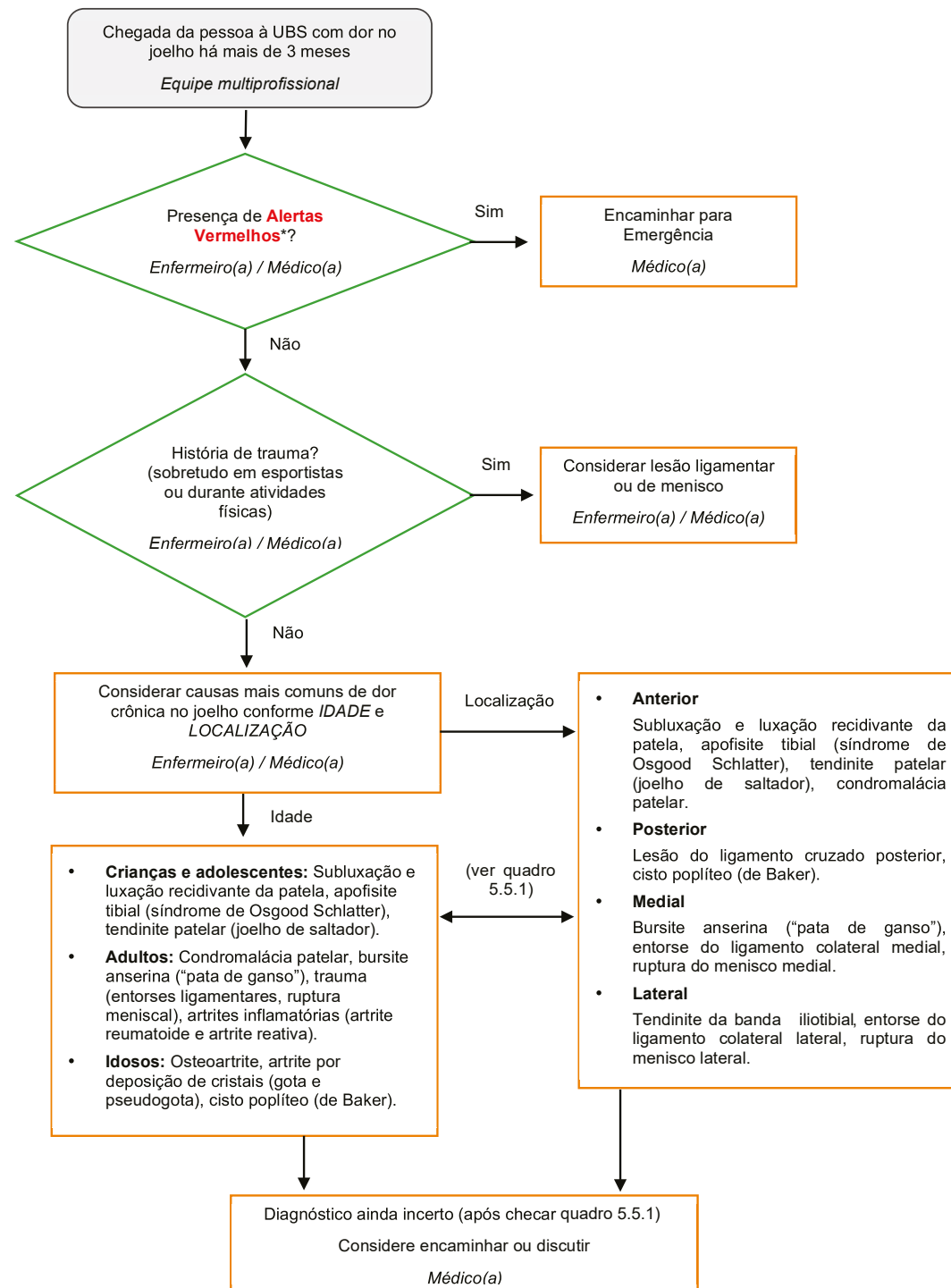
Na maioria dos casos o tratamento conservador com gelo, repouso, analgesia adequada, alongamentos e reforço muscular resolvem o motivo da dor (ver quadro 5.5.1 para avaliação e manejo das principais etiologias de dor no joelho).



PROJETO

TeleNordeste

Fluxograma 5.3.7//Avaliação diagnóstica da pessoa com dor crônica em joelho



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Quadro 5.5.1//Causas comuns de dor crônica em joelho: achados e manejo

O QUE	ACHADOS CLÍNICOS	MANEJO INICIAL	QUEM FAZ
SUBLUXAÇÃO/ LUXAÇÃO RECIDIVANTE DA PATELA	<ul style="list-style-type: none">• Causa mais comum de dor em adolescentes do sexo feminino.• Sensação do joelho “sair do lugar” de modo repentino, “voltando ao lugar” espontaneamente ou com ajuda.• Edema é frequente.• Ao exame, pode haver subluxação lateral da patela a simples mobilização.	<ul style="list-style-type: none">• Solicitar radiografia para avaliar causas ósseas (checar).• Manejo conservador: analgesia* e imobilizador do joelho no quadro agudo.• Fortalecimento muscular (quadríceps) quando dor controlada.• Considerar encaminhamento ao ortopedista após 3º ou 4º episódio.	Médico(a)
APOFISITE TIBIAL (SÍNDROME DE OSGOOD SCHLATTER)	<ul style="list-style-type: none">• Dor e edema localizados no tubérculo tibial (anterior) em adolescentes.• Há dor durante a palpação do tubérculo.• Autolimitada, em geral regride em 1 a 2 anos.• Pode cursar com aumento permanente do tubérculo tibial.	<ul style="list-style-type: none">• Não há necessidade de exames complementares na maioria dos casos.• Redução das atividades que causam dor.• Analgesia*. Gelo**.• Considerar protetor de joelho.• Fortalecimento do quadríceps e alongamento dos isqueotibiais.• Considerar encaminhamento***	Médico(a)
TENDINITE PATELAR (“JOELHO DE SALTADOR”)	<ul style="list-style-type: none">• Mais comum em adolescentes do sexo masculino e em atletas.• Dor anterior, após esforços, piora ao subir escadas ou se agachar, ajoelhar, correr ou fletir de forma prolongada o joelho.• Ao exame não costuma haver edema, há dor durante a palpação do tendão patelar (anterior) e a dor é reproduzida para extensão do joelho.• Faz diferencial com apofisite tibial.	<ul style="list-style-type: none">• Não há necessidade de exames complementares na maioria dos casos.• Recomendar analgesia*, gelo** e restrição das atividades físicas até melhora da dor.• Após melhora, considerar reforço muscular (quadríceps).• Considerar encaminhamento***	Médico(a)
SÍNDROME PATELOFEMORAL	<ul style="list-style-type: none">• Causa comum de dor anterior em mulheres, em geral após a 2ª década de vida.• Dor ocorre após longos períodos em posição sentada (“sinal do cinema ou do teatro”) e ao descer escadas.	<ul style="list-style-type: none">• Conservador, com analgesia*, minimizar atividades como pular, correr, agachar, subir, ajoelhar no período de recuperação.• Estimular caminhadas.• Fortalecer quadríceps e vasto medial oblíquo quando sem dor.• Considerar encaminhamento***	Médico(a)
SÍNDROME DA BANDA ILIOTIBIAL	<ul style="list-style-type: none">• Causa mais comum de dor lateral em corredores, podendo também ocorrer em ciclistas, idosos e gestantes.• Dor lateral no joelho associada a movimentos repetitivos de carga.• Manifestações clínicas variam, desde queimação apenas acima do joelho ou em toda área do trato iliotibial.• Dor também pode estender-se para parte inferior do joelho.• Pode haver edema e piora da dor quando o pé atinge o solo.	<ul style="list-style-type: none">• Conservador, com analgesia*, minimizar atividades que exijam repetidas flexões e extensões no período de recuperação.• Fortalecer abdutores do quadril quando sem dor.• Considerar encaminhamento***	Médico(a)
BURSITES	<ul style="list-style-type: none">• A bursite pré-patelar é a mais frequente.• Causa dor no compartimento anterior do joelho (a bursa fica antes da patela).• Ficar muito tempo ajoelhado é um fator de risco.• No quadro agudo pode haver edema, calor e rubor.• Diagnóstico diferencial com bursite séptica (em geral com sinais sistêmicos associados), gota e pseudogota.• A bursite da “pata de ganso” é causa frequente de dor no compartimento medial dos joelhos.• Tem relação com hipotonia do quadríceps e retração dos isqueotibiais.• Quadro clínico e diagnósticos diferenciais semelhantes à bursite pré-patelar.	<ul style="list-style-type: none">• Manejo inicial com analgesia*, gelo** e repouso.• Compressão (ex.: enfaixamento ou uso de joelheiras pode oferecer alívio adicional no quadro agudo).• Para o quadro crônico o reforço muscular do quadríceps e alongamento dos isqueotibiais é muito importante no caso das bursites da “pata de ganso”.• Nesses casos, a infiltração de corticoides não parece ser benéfica.• Já nos casos recidivantes das bursites pré patelares a infiltração com corticosteroides pode ser considerada, além da avaliação de indicação cirúrgica em alguns casos.• Considerar encaminhamento***	Médico(a)



O QUE	ACHADOS CLÍNICOS	MANEJO INICIAL	QUEM FAZ
LESÕES LIGAMENTARES	<ul style="list-style-type: none">Muito comuns em esportistas.A história detalhada do mecanismo de trauma aliado ao exame físico e testes específicos em geral gera hipótese diagnóstica da estrutura acometida e até fecha o diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none">Radiografia tem utilidade apenas para descartar fraturas (sobretudo na fase aguda).O exame de escolha para avaliação de estruturas não ósseas (ligamentos) é a RNM e esta deve ser solicitada sempre que houver dúvida diagnóstica.O tratamento depende de muitos fatores, como idade, atividade física, profissão, comorbidades e expectativas para o futuro.Nos quadros agudos: analgesia* adequada, gelo** e repouso até alívio da dor.Após, mobilização precoce protegida, descarga parcial de peso protegida (p.ex.: com uso de muletas) e fortalecimento muscular.Considere encaminhar***, sobretudo esportistas, pessoas jovens e sem comorbidades e lesões extensas.	Médico(a)
LESÕES MENISCAIS	<ul style="list-style-type: none">Mais comuns em esportistas e no menisco medial, por este ser menos flexível.Pode ocorrer ainda em decorrência de lesões ligamentares crônicas, especialmente do ligamento cruzado anterior.Também em decorrência de degeneração pelo envelhecimento.Apresentação mais comum com dor recorrente, episódios de bloqueio articular, especialmente para flexão.Pode haver edema leve-moderado e atrofia muscular, especialmente do vasto medial.	<ul style="list-style-type: none">O diagnóstico pode ser feito com exame físico e manobras específicas. Se houver dúvida, solicitar RNM (na fase aguda, sobretudo se trauma, pode ser necessária radiografia se suspeita de fratura).Fase aguda: analgesia*, gelo**, repouso.Logo que a dor estiver controlada, iniciar reabilitação com exercícios para melhorar arco de movimento e fortalecimento muscular.A indicação de tratamento cirúrgico depende de muitos fatores, como idade, atividade física, profissão, comorbidades e expectativas para o futuro.Considere encaminhar***, sobretudo esportistas, pessoas jovens e sem comorbidades e lesões extensas.	Médico(a)
OSTEOARTROSE	<ul style="list-style-type: none">Causa mais comum de dor no joelho em pessoas acima de 60 anos. Costuma iniciar de forma gradual, piora com atividades de carga e alivia com repouso.Pode haver sensação de falseio, sobretudo ao descer escadas.Dor noturna e rigidez matinal não costumam estarem presentes - esta última, se presente, é leve.Ao exame físico pode se observar crepitações (comuns), redução do arco de movimento (com arco doloroso) e aumento de volume articular.Nos episódios agudos pode haver um quadro inflamatório mais proeminente, com edema, calor e rubor (sempre fazer diagnóstico diferencial com artrite séptica, pois esta exige encaminhamento imediato para emergência. Nesse caso costuma haver sinais sistêmicos, como febre, mal estar geral e vômitos).	<ul style="list-style-type: none">As radiografias são frequentemente desnecessárias, mas se solicitadas podem apresentar redução do espaço articular, osteófitos e esclerose subcondral.Casos mais leves podem ser tratados com analgesia*, gelo** e repouso (na fase de dor).Perda de peso para aqueles com sobrepeso ou obesidade é importante, assim como recomendar atividades físicas de baixa carga (caminhadas e exercícios de fortalecimento parecem ter o mesmo benefício).Infiltração com corticosteroides tem benefício em curto prazo (2 a 3 semanas), NNT:4, sem alterar o curso da doença.Infiltrações a cada 90 dias parecem seguras.Condroitina e glucosamina, além de caras, não parecem ter benefício no alívio da dor ou melhora da capacidade funcional.Considerar encaminhamento***, sobretudo em casos de deformidade articular e perda funcional progressivas, além de dor pouco responsiva as medidas conservadoras.	Médico(a)

*Analgesia: seguir escada analgésica da OMS, ou seja, iniciar com analgésico comum em dose adequada (ex.: paracetamol ou dipirona até 1 grama de 6/6 horas) para dor leve, associar AINE (sempre considerando os riscos associados) para dor moderada ou que não aliviou com analgésico comum e considerar associar opioide de baixa potência para as situações de dor forte, contraindicação ao uso do AINE ou que não obteve alívio com a combinação de analgésico comum com AINE.

**Gelo: 15 minutos, 3 a 4x ao dia, não aplicar diretamente sobre a pele.

*** Encaminhar em casos refratários às medidas conservadoras ou com sintomas muito intensos, progressivos e limitantes.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: dor crônica. Brasília, DF; 2017.



PROJETO

TeleNordeste

5.6

Dor crônica no ombro



INTRODUÇÃO

A dor no ombro representa um queixa importante dos usuários na Atenção Primária e apresenta evolução para cronicidade em grande parte das pessoas acometidas. A dor e a restrição de movimento estão associadas a um alto prejuízo funcional, comprometendo, além das atividades de vida diária e laborais, as questões voltadas à sua relação social e familiar (Gusso; Lopez, 2012).

Pode estar relacionada às patologias intra-articulares (artrose, instabilidade, tumor, infecção), periarticulares (tendinopatias, tendinites, bursites, lesão do manguito rotador, capsulite adesiva), extrínsecas (cervicobraquialgia, patologias cardíacas, tumor de Pancoast, diabetes, hipotireoidismo, colecistopatias) (Duncan, 2013; Gianini et al., 2017).

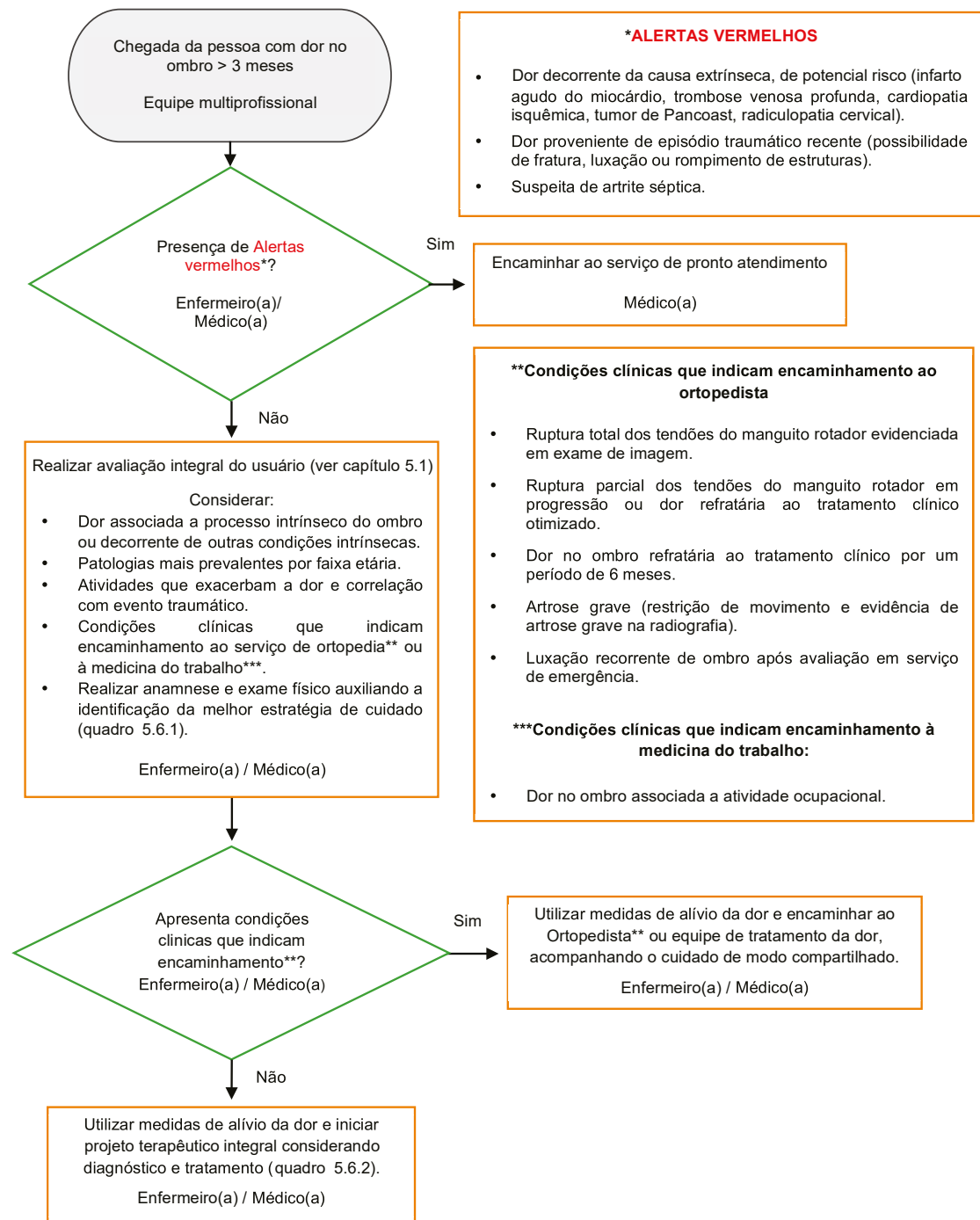
Boa parte das condições relacionadas à dor no ombro acomete pessoas do gênero feminino em maior proporção, mas algumas patologias são mais prevalentes considerando as diferentes faixas etárias (Duncan, 2013).



PROJETO

TeleNordeste

Fluxograma 5.6.1//Avaliação da dor crônica em ombro



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.6.1//Anamnese e exame físico

O QUE FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none">• Identificar a localização da dor (Anterolateral, Posterior, Superior, Anterior, Referida ou Irradiada).• Caracterizar a dor quanto ao tipo, início, duração, fatores de alívio e agravamento, intensidade e irradiação.• Avaliar as patologias prevalentes, considerando a faixa etária da pessoa (20 a 30 anos - luxações e instabilidades; 30 a 50 anos - Bursites, tendinite calcária e síndrome do impacto; 50 a 70 anos - Síndrome do impacto com rupturas de tendão do manguito rotador, capsulite adesiva, osteoartrose do ombro e da articulação acromioclavicular).• Avaliar o grau de impacto da dor no cotidiano da pessoa (compromete a realização das atividades diárias, prejudica o seu sono e repouso).• Investigar atividades relacionadas com a dor (ocupação, prática de esportes) e relação com evento traumático.• Investigar história de câncer (neoplasias primárias ou metástases podem atingir a cintura escapular).	Enfermeiro(a)/ Médico(a)/ Fisioterapeuta
<ul style="list-style-type: none">• Examinar o ombro despido e compará-lo com lado contralateral. Realizar exame neurovascular: investigar áreas de hipoestesia ou parestesias.• Analisar relatos como sensação de frio ou calor, alterações na coloração, alteração de pulso arterial e edema de estase.• Dor durante a palpação ou aumento de sensibilidade local.• Examinar a mobilidade do ombro, a evolução da patologia e a efetividade de seu tratamento.• Registrar a amplitude de movimento do ombro na extensão, flexão, abdução, adução, rotação interna e rotação externa.• Identificar condições específicas da dor no ombro (ver quadro 5.4).	Médico(a)/ Fisioterapeuta
FIQUE ATENTO!	
<ul style="list-style-type: none">• A Fraqueza de ombro sem dor é incomum. Nesse caso, ao identificar essa condição, é importante investigar radiculopatia cervical.• O tabagismo pode acentuar a dor no ombro e há um risco aumentado da patologia tendinosa (nível ombro).• A rigidez pode estar associada à capsulite adesiva.• Patologias do coração, tumor de Pancoast, vesícula biliar e coluna cervical podem ocasionar dor irradiada no ombro.• Algumas condições de saúde (hipotireoidismo e diabetes) podem estar associadas com a capsulite adesiva.	

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Fluxograma 5.6.2//Achados clínicos e manejo de condições específicas da dor no ombro

O QUE FAZER	ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO	QUEM FAZ
Síndrome do impacto e outros estágios de lesão do manguito rotador - Causa mais comum de dor no ombro na APS	Dor (durante movimentos de elevação do braço, especialmente nas atividades acima do nível do ombro, sendo o arco doloroso entre 60° e 120°). Sensação de pinçamento ou rigidez do ombro.	Clínico (anamnese e exame físico, incluindo os Testes de Neer, Hawkins e Jobe). Exames complementares (radiografia simples do ombro antero-posterior, perfil e axilar), caso não ocorra melhora com tratamento conservador inicial ou em suspeita de ruptura completa do supra espinhoso. USG de ombro (patologia tendinosa) - quando há suspeita de lesão completa de tendões do manguito ou quando não houver definição diagnóstica com a radiografia.	Médico(a)/Fisioterapeuta
Tendinite Calcária	Dor na região anterior do ombro, especialmente na flexão do ombro e cotovelo. Sintomas similares aos da síndrome do impacto.	Avaliação radiológica (radiografia simples) para diferenciar da síndrome do impacto. USG se houver suspeita de derrame bursal ou tendinite.	Médico(a)
Capsulite adesiva	Dor intensificada à noite e redução importante da amplitude de movimento (perda da capacidade de elevação, rotação interna e externa do ombro).	Diagnóstico é prioritariamente clínico. Pessoas com Diabetes (principalmente em uso de insulina) e Hipotireoidismo têm o risco aumentado de capsulite adesiva.	Médico(a)
Artrose	Dor (que piora em repouso e melhora com o movimento) e limitação de movimento em todas as direções. Mais prevalente em pessoas acima de 50 anos de idade.	Radiografia simples do ombro em anteroposterior e perfil.	Médico(a)
Tendinite bicipital	Dor no úmero proximal e território da cabeça longa do bíceps. Ao exame clínico, dor à palpação do sulco bicipital entre o tubérculo maior e menor.	Diagnóstico Clínico, associado a teste de Yergason (mais específico) e de Speed (mais sensível) positivos.	Médico(a)

Fonte: Adaptado de Duncan (2013).

O QUE	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Síndrome do impacto e outros estágios de lesão do manguito rotador	<ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia 	Fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none"> Agulhamento seco/úmido (lidocaína 1%) 	Profissional de saúde habilitado
	<ul style="list-style-type: none"> Orientações ao usuário quanto à postura, realização de alongamentos e exercícios de fortalecimento muscular. Compressas frias por 10 a 15 minutos. 	Enfermeiro(a)/Fisioterapeuta/Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none"> Anti-inflamatórios não esteroidais podem ser utilizados por curto período de tempo (melhor ação nas lesões agudas e subagudas). <ul style="list-style-type: none"> Naproxeno (500mg de 8/8 horas VO) Ácido acetilsalicílico (500mg de 8/8 horas VO) 	Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none"> Analgésicos simples podem ser utilizados (investigar histórico de alergia a esses medicamentos e contraindicações). <ul style="list-style-type: none"> Dipirona (500-1000mg de 6/6 horas VO) Paracetamol (500-750mg de 6/6 horas VO) 	Enfermeiro(a)/Médico(a)



O QUE	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Tendinite Calcária	<ul style="list-style-type: none">• Crioterapia e cinesioterapia	Fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none">• Orientações ao usuário quanto à postura, realização de alongamentos e exercícios de fortalecimento muscular.• Compressas frias por 10 a 15 minutos.	Enfermeiro(a)/Fisioterapeuta/Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none">• Anti-inflamatórios não esteroidais podem ser utilizados por curto período de tempo.<ul style="list-style-type: none">◦ Naproxeno (500mg de 8/8 horas VO)◦ Ácido acetilsalicílico (500mg de 8/8 horas VO)	Médico(a)
Capsulite adesiva	<ul style="list-style-type: none">• Analgésicos simples podem ser utilizados (investigar histórico de alergia a esses medicamentos e contraindicações).<ul style="list-style-type: none">◦ Dipirona (500-1000mg de 6/6 horas VO)◦ Paracetamol (500-750mg de 6/6 horas VO)	Enfermeiro(a)/Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none">• No quadro agudo, não imobilizar o ombro afetado, utilizar a analgesia adequada.• Crioterapia (calor por 15 a 20 minutos antes dos exercícios)• Cinesioterapia• Registro semanal ou mensal dos movimentos, pois a melhora pode ser lenta.	Fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none">• Orientações ao usuário quanto à postura, realização de alongamentos e programa de exercícios.• Agulhamento seco/úmido (Lidocaína 1%)	Enfermeiro(a)/Fisioterapeuta/Médico(a) Profissional de saúde habilitado.
Artrose	<ul style="list-style-type: none">• Injeção intra-articular de glicocorticoides para profissionais com treinamento específico• Encaminhamento para especialista e cuidado compartilhado após tratamento clínico otimizado (tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições da pessoa) por 6 meses.	Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none">• Fisioterapia (manutenção da mobilidade e da força muscular)	Fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none">• Compressas mornas locais por 10 a 15 minutos	Enfermeiro(a)/Fisioterapeuta/Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none">• Anti-inflamatórios não esteroidais podem ser utilizados por curto período de tempo<ul style="list-style-type: none">◦ Naproxeno (500mg de 8/8 horas VO)◦ Ácido acetilsalicílico (500mg de 8/8 horas VO)	Médico(a)
Tendinite Bicipital	<ul style="list-style-type: none">• Analgésicos simples podem ser utilizados. (investigar histórico de alergia a esses medicamentos e contra indicações).<ul style="list-style-type: none">◦ Dipirona (500-1000mg de 6/6 horas VO)◦ Paracetamol (500-750mg de 6/6 horas VO)	Enfermeiro(a)/Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none">• Agulhamento seco/úmido Lidocaína 1%	Fisioterapeuta
	<ul style="list-style-type: none">• Anti-inflamatórios não esteroidais podem ser utilizados por curto período de tempo (melhor ação nas lesões agudas e subagudas)<ul style="list-style-type: none">◦ Naproxeno (500mg de 8/8 horas VO)◦ Ácido acetilsalicílico (500mg de 8/8 horas VO)	Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none">• Analgésicos simples podem ser utilizados (investigar histórico de alergia a esses medicamentos e contra indicações).<ul style="list-style-type: none">◦ Dipirona (500-1000mg de 6/6 horas VO)◦ Paracetamol (500-750mg de 6/6 horas VO)	Enfermeiro(a)/Médico(a)



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: dor crônica. Brasília, DF; 2017.



PROJETO

TeleNordeste

5.7

Dor crônica no pé



INTRODUÇÃO

Dor no pé é problema frequente na Atenção Primária à Saúde, assim como as demais queixas de origem musculoesquelética. Dessa forma, as equipes de APS devem estar familiarizadas com a avaliação, diagnóstico e manejo de tais problemas.

As causas são variadas, mas as mais comuns envolvem diversos mecanismos de distensão, em geral relacionadas ao ortostatismo prolongado, andar excessivo, calçado inadequado, terreno irregular, além de saltar e amortecer. Logo em seguida aparecem as entorses (mais comuns no tornozelo) e as fraturas.

É importante destacar que a presença do esporão de calcâneo na radiografia é altamente prevalente, inclusive em pessoas assintomáticas, sendo que a presença dessa alteração radiográfica não deve ser atribuída aos quadros dolorosos.

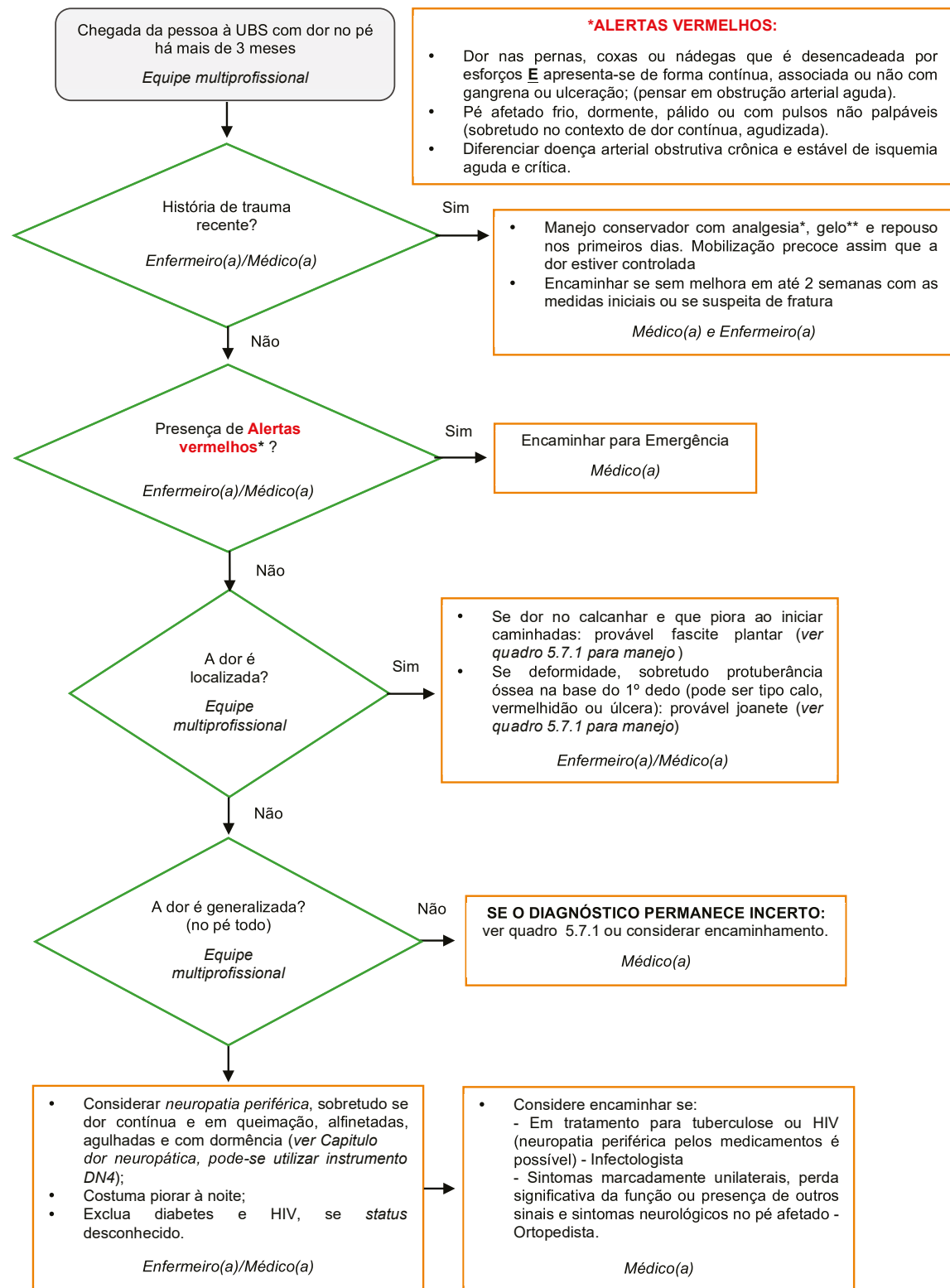
Na avaliação, deve-se ficar atento a sintomas bilaterais (investigar causas sistêmicas, como doenças reumatológicas, vasculares e metabólicas) e se a dor é localizada ou generalizada, pois esses dados ajudam no raciocínio diagnóstico. Lembrar que a crise de gota (mais comum no 1º dedo do pé, mas também pode acometer outras articulações do pé e tornozelo) é sempre unilateral e deve ser diferenciada de artrite séptica.

Princípios gerais do manejo da dor crônica no pé agudizada envolvem proteção (imobilização), repouso—ambos enquanto a dor não estiver satisfatoriamente controlada—gelo, compressão, elevação, medicação e medidas adicionais como fisioterapia quando disponível.

Para o manejo da dor crônica no pé, avaliar causa de base e tratar de acordo (ver fluxograma 5.7.1 e quadro 5.7.1).



Fluxograma 5.7.1//Avaliação da pessoa com dor crônica no pé



*Considere encaminhar ao ortopedista se casos refratários às medidas iniciais, com sintomas muito intensos, progressivos e limitantes ou ainda se incerteza diagnóstica.

**Analgesia: seguir escada analgésica da OMS, ou seja, iniciar com analgésico comum em dose adequada (p.ex. paracetamol ou dipirona (até 1g de 6/6h) para dor leve, associar AINE (sempre considerando os riscos associados) para dor moderada ou que não aliviou com analgésico comum e considerar associar opioide de baixa potência para as situações de dor forte, contraindicação ao uso do AINE ou que não obteve alívio com a combinação de analgésico comum com AINE.

***Gelo: 15min, 3-4x ao dia, não aplicar diretamente sobre a pele.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Quadro 5.7.1//Manejo das causas mais comuns de dor crônica no pé

O QUE FAZER	ACHADOS CLÍNICOS	MANEJO INICIAL	QUEM FAZ
TENDINOPATIAS DO TENDÃO CALCÂNEO	<ul style="list-style-type: none">Mais frequente em corredores e homens.Uso de corticoides, quinolonas, doenças reumatológicas e DM são fatores de risco.Dor localizada, relacionada com atividade física, piora com aumento do esforço ou ao iniciá-lo.Na fase mais aguda (ou agudizada) em geral há dor durante a palpação e edema local. Com o passar do tempo, em geral, há espessamento e nodulação do tendão.	<ul style="list-style-type: none">Sem necessidade de exames complementares****.Analgesia**, gelo***, redução ou suspensão inicial das atividades físicas, com retorno gradual, conforme controle dos sintomas. Pode levar várias semanas.Injeção local de corticoide não indicada devido ao risco de danos ao tendão.Quando encaminhar*.	Médico(a)
FASCITE PLANTAR	<ul style="list-style-type: none">Dor na região plantar medial do calcâneo.Piora ao iniciar atividades e ao levantar da cama pela manhã.Em geral não há edema nem história de trauma.Aumento de atividades com impacto como caminhadas são comuns na história.Diagnósticos diferenciais com:<ul style="list-style-type: none">Compressão do nervo tibial: dor com características neuropáticas (ver capítulo 3, pode-se utilizar questionário DN4)Alterações do coxim gorduroso plantar, sobretudo após fratura de calcâneo.	<ul style="list-style-type: none">Sem necessidade de exames complementares****.A presença do “esporão plantar” NÃO está relacionada com a dor (apenas 50% das pessoas com dor têm essa alteração radiológica e a ela está presente em 16% de pessoas assintomáticas).Analgesia**, gelo***, recomendar calçados com saltos baixos (< 3cm).Alongamentos diários do arco plantar e musculatura posterior da perna.Injeção local com corticoide deve ser evitada pelo risco de ruptura da fáscia.Quando encaminhar*.	Médico(a)
PÉ PLANO ADQUIRIDO QUANDO ADULTO	<ul style="list-style-type: none">Causa mais comum é a disfunção do tendão tibial posterior.Mais comum em mulheres a partir dos 40 anos.Outras causas: neuropatias periféricas, trauma ou degeneração.Dor e edema no trajeto do tendão tibial posterior (fase mais aguda ou agudizada), evolui com deformidade em valgo do retropé e abdução do mediopé (frequentemente observados).Observa-se incapacidade ou grande dificuldade de elevação na ponta do pé, sobretudo em apoio monopodal.Com a progressão do quadro pode haver rigidez e deformidade articular (tornozelo).	<ul style="list-style-type: none">Sem necessidade de exames complementares****.Analgesia**, gelo*** e repouso.Exercícios de resistência do músculo tibial posterior podem ser benéficos.Quando encaminhar*, levar também em consideração grau de deformidade.	Médico(a)
HÁLUX VALGO	<ul style="list-style-type: none">Trata-se de uma deformidade complexa e caracteriza-se por desvio lateral do hálux e variação do 1º metatarso com proeminência medial da epífise distal e luxação lateral dos sesamoides.Predomina em mulheres acima dos 30 anos.Pode ocorrer deformidade dos dedos menores (ex.: joanete do 5º dedo) associada ao hálux valgo ou de forma isolada.	<ul style="list-style-type: none">Tratamento não cirúrgico visa conforto e acomodação das deformidades dentro do calçado.Não existe tratamento clínico que corrija as deformidades.Tratar agudizações com analgesia** e gelo***.Exercícios de flexão e extensão ativa dos dedos para manter arco de movimento e alongamento da musculatura posterior das pernas podem ajudar.Quando encaminhar*, levar também em consideração grau de deformidade.	Médico(a)

*Considere encaminhar ao ortopedista se casos refratários às medidas iniciais, com sintomas muito intensos, progressivos e limitantes ou ainda se incerteza diagnóstica.

**Analgesia: seguir escada analgésica da OMS, ou seja, iniciar com analgésico comum em dose adequada (p.ex. paracetamol ou dipirona (até 1g de 6/6h) para dor leve, associar AINE (sempre considerando os riscos associados) para dor moderada ou que não aliviou com analgésico comum e considerar associar opioide de baixa potência para as situações de dor forte, contraindicação ao uso do AINE ou que não obteve alívio com a combinação de analgésico comum com AINE.

***Gelo: 15min, 3-4x ao dia, não aplicar diretamente sobre a pele.



O QUE FAZER	ACHADOS CLÍNICOS	MANEJO INICIAL	QUEM FAZ
METATARSALGIAS PLANTAR	<ul style="list-style-type: none">• Dor na região do antepé.• Mais comum em mulheres.• Etiologia mecânica em 92% dos casos e não mecânica em 8% (tumores e doença reumatológica, por exemplo).• A dor no antepé é o principal sintoma, mas suas características variam de acordo com a etiologia.• Procurar por alterações anatômicas que possam justificar a dor, como pé cavo, calosidades plantares (sobrecarga dos metatarsos), hálux valgo.• Há piora da dor com aumento da atividade e apoio.• Calçados muito finos ou muito flexíveis ou com saltos altos costumam ser mais desconfortáveis.• Diagnóstico diferencial com neuroma interdigital plantar (de Morton): mais comum entre o 3º e 4º metatarso, dor pior a palpação entre os metatarsos e não sobre eles, pode haver dor em queimação.• Costuma aliviar com a retirada dos calçados, sobretudo os de salto alto ou bico fino.	<ul style="list-style-type: none">• Radiografia é útil para identificar deformidades e variações anatômicas ósseas, bem como alterações articulares (não identifica neuromas, para esses considerar USG ou RNM).• Em casos de agudização da dor: analgesia**.• Evitar salto alto, utilizar sapatos confortáveis que acomodem as deformidades e que tenham apoio adequado para o arco do pé.• Palmilhas podem ser úteis, assim como apoios para descarga de áreas de pressão.• Quando encaminhar*.	Médico(a)

*Considere encaminhar ao ortopedista se casos refratários às medidas iniciais, com sintomas muito intensos, progressivos e limitantes ou ainda se incerteza diagnóstica.

**Analgesia: seguir escada analgésica da OMS, ou seja, iniciar com analgésico comum em dose adequada (p.ex. paracetamol ou dipirona (até 1g de 6/6h) para dor leve, associar AINE (sempre considerando os riscos associados) para dor moderada ou que não aliviou com analgésico comum e considerar associar opioide de baixa potência para as situações de dor forte, contraindicação ao uso do AINE ou que não obteve alívio com a combinação de analgésico comum com AINE.

***Gelo: 15min, 3-4x ao dia, não aplicar diretamente sobre a pele.

****Considerar em casos nos quais haja suspeita de fratura, infecção, tumores ou deformidade (ver Alertas Vermelhos).

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: dor crônica. Brasília, DF; 2017.

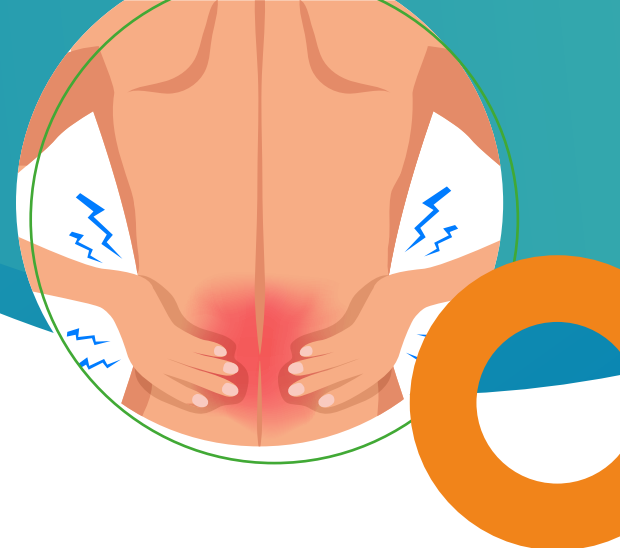


PROJETO

TeleNordeste

5.8

Dor lombar crônica



INTRODUÇÃO

A dor lombar é um dos problemas musculoesqueléticos mais comuns e onerosos na sociedade moderna, podendo ter origem mecânica e/ou radicular. Cerca de 80% da população experimentará dor lombar em algum momento de suas vidas. Os fatores de risco mais comumente envolvidos são o sedentarismo, o trabalho fisicamente extenuante, a idade, problemas de saúde mental como ansiedade e depressão, e o tabagismo.

Os erros no manejo dos quadros agudos (não abordar as causas e fatores associados) são comuns, o que pode provocar cronificação do quadro. A investigação de alterações radiológicas costuma não trazer benefícios, especialmente por postergar o manejo correto da dor e gerar mais ansiedade, além de onerar os sistemas de saúde.

A dor lombar crônica de origem mecânica frequentemente guarda relação com outras etiologias, especialmente a miofascial, a radicular e a neuropática, que devem ser abordadas adequadamente.

Quadro 5.8.1//Medidas não farmacológicas para dor lombar

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Aplicação superficial de calor	<ul style="list-style-type: none">Banhos quentesToalhas e compressas quentesCataplasmasEnvoltórios de calorAlmofadas de calor elétricasLâmpadas de calor infravermelho.	Enfermeiro(a)/ Médico(a)/ Fisioterapeuta
Educação em saúde	<ul style="list-style-type: none">Orientar a pessoa a manter-se ativa, minimizar as angústias e o medo ocasionado pela dor e a limitação da atividade, identificar mecanismos de enfrentamento da dor e de evitar a tensão.Promover mudanças de comportamento para evitar futuras lesões ou episódios de dor.	Equipe multiprofissional
Massagem	<ul style="list-style-type: none">Massagem	Massoterapeuta
Atividades físicas	<ul style="list-style-type: none">Programa de exercícios de grupo (biomecânico, aeróbico, mente-corpo ou uma combinação de abordagens), observando as necessidades, preferências e capacidades específicas das pessoas ao escolher o tipo de exercício.	Educador(a) Físico(a)/ Fisioterapeuta

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.8.2//Tratamento farmacológico para dor lombar

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Antinflamatórios Não Esteroides AINEs	<ul style="list-style-type: none">• Usar a menor dose efetiva pelo menor período possível.• Considerar tratamento gastroprotetor.• Monitorar fatores de risco para toxicidade gastrointestinal, hepática, cardiovascular e renal. NNT = 6, NNH = 40	Médico(a)

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

QUANDO ENCAMINHAR DOR LOMBAR

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (ver quadro 5.8.3);
- perda de força progressiva medida de maneira objetiva;
- dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado;
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral;
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas endovenosas);
- suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem (ressonância magnética nuclear-RMN, preferencialmente, ou tomografia computadorizada-TC) se raio-X normal ou inconclusivo:

Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- sintomas que iniciaram em paciente com mais que 70 anos ou menos que 20;
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso involuntária, febre, outros achados);
- dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna (suspeita de etiologia inflamatória);
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.



PROJETO

TeleNordeste

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina Interna:

- dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na suspeita de causa secundária e impossibilidade de investigar na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurocirurgia ou Ortopedia:

- síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado¹;
- diagnóstico de estenose de canal lombar ou espondilolistese e sintomas compatíveis com síndrome radicular e/ou claudicação neurogênica²;
- suspeita clínica de claudicação neurogênica;
- lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese ístmica (qualquer grau) ou espondilolistese degenerativa \geq grau 2;
- dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS;
- dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado para dor crônica¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

¹ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.

² Claudicação neurogênica: dor e alteração de sensibilidade nas pernas, com ou sem fraqueza, na distribuição das raízes nervosas, precipitados por caminhada ou permanência em pé. Tem alívio lento com repouso (usualmente necessita sentar) e mudança de posição (flexão do tronco).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória (ver quadro 5.8.4).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para Tratamento de Dor crônica (fisiatria, equipe de tratamento da dor):

- dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses;
- dor lombar crônica já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica e sem melhora após tratamento clínico otimizado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) com suspeita de associação com atividade laboral.



PROJETO

TeleNordeste

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1.** sinais e sintomas:
 - a.** descrever características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b.** presença de alterações em exame físico neurológico (sim ou não). Se sim, descreva;
 - c.** outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
- 2.** tratamento em uso ou já realizado para dor lombar [não - farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica); e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta terapêutica); e/ou cirurgias prévias (tipo, data e local em que realizou a cirurgia)];
- 3.** anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
- 4.** presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?
- 5.** se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
- 6.** osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
- 7.** associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
- 8.** número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.8.3//Suspeita de síndrome de cauda equina/compressão de cone medular ou compressão medular

Compressão medular (cervical ou torácica)

Tetra ou paraparesia;

Presença de nível sensitivo – hipo ou anestesia abaixo do provável nível da lesão;

Espasticidade;

Presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão;

Presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner, Babinski, clônus);

Presença do sinal de Lhermitte;

Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal;

Síndrome medular central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos MMSS e, mais proeminentemente, na mão).

Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra)

Perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica);

Anestesia em sela;

Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal;

Fonte: Adaptado de Hennigen et al. (2020).

Quadro 5.8.4//Dor lombar com característica inflamatória (pelo menos 4 entre os 5 critérios)

Primeiros sintomas iniciaram antes dos 40 anos

Início insidioso

Melhora com exercício

Sem melhora com repouso

Dor noturna (com melhora ao se levantar)

Fonte: Adaptado de Hennigen et al. (2020).



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: dor crônica. Brasília, DF; 2017.

Hennigen AW, Martins ACM, Cuervo DLM, Rados DRV, Oliveira EB, Tres GL, et al. Regula SUS. Protocolos de encaminhamento para tratamento da dor [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2020 [citado 4 jul. 2023]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/protocolos_resumos/protocolo_tratamento_dor_TSRS.pdf



PROJETO

TeleNordeste

5.9

Dor miofacial



INTRODUÇÃO

DOR MIOFASCIAL E SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL (SDM)

A dor referida na musculatura esquelética sem relação com processos inflamatórios, acompanhada de piora com pressão de determinados pontos do corpo (pontos sensíveis), é chamada de dor miofascial. Ela pode estar presente em 10% a 50% das pessoas com dor mecânica crônica e atinge mais mulheres que homens, podendo surgir a partir de lesões locais agudas, movimentos repetitivos ou sobrecarga muscular e estresse psicológico, provocando dor que, se não corretamente manejada na fase aguda, pode cronicar. Os pontos sensíveis podem ser chamados de pontos-gatilho quando apresentam as seguintes características:

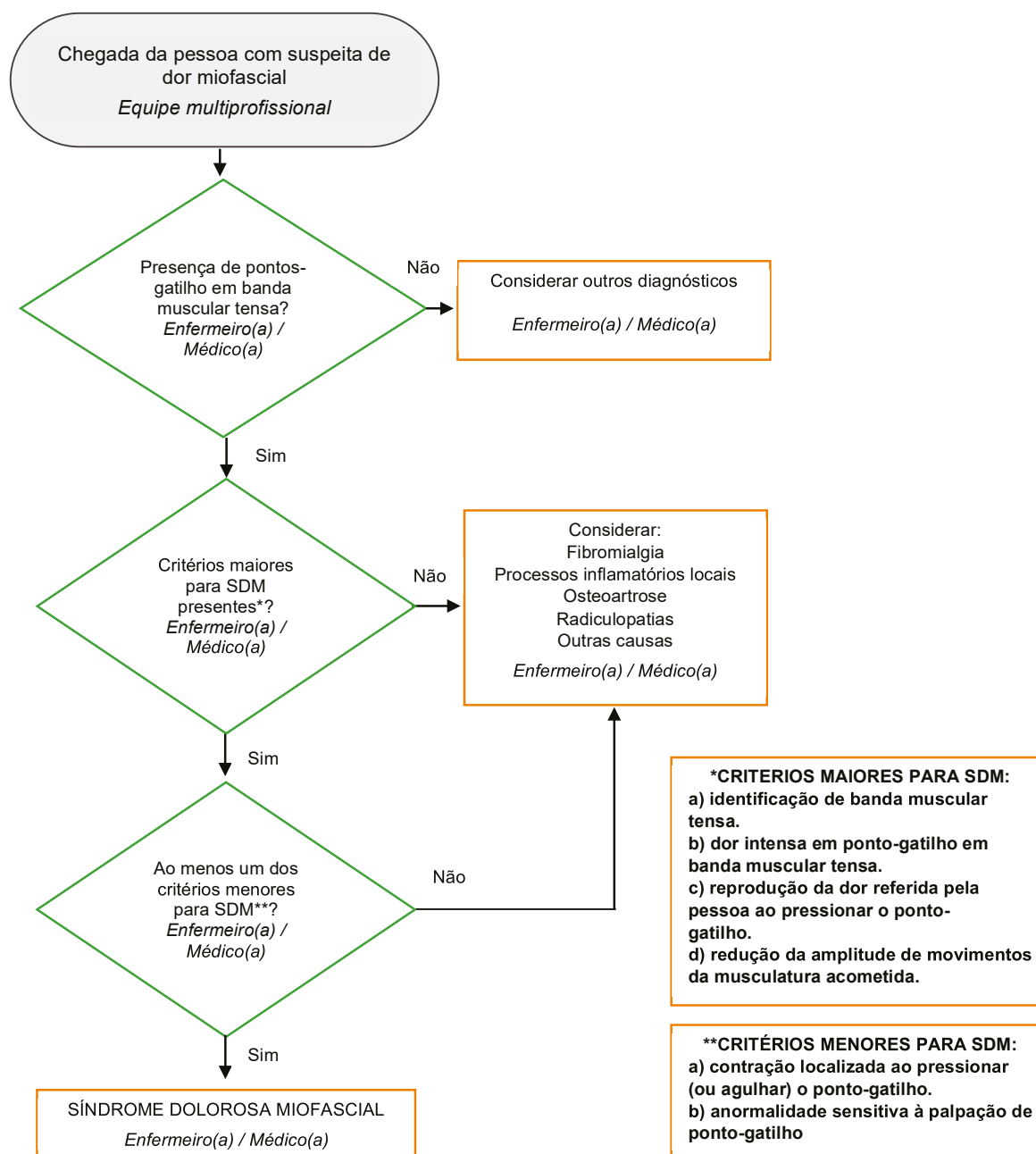
- **Dor referida à distância:** a estimulação (por palpação ou agulhamento) do ponto provoca ou reproduz a dor em locais próximos
- **Reflexo contrátil localizado:** a estimulação do ponto produz contração da musculatura adjacente
- **Nodulação:** palpação de nódulo no local da dor, localizado em banda muscular tensa
- **Sintomas autonômicos:** hiperalgesia, alterações na temperatura da pele, lacrimejamento, sudorese, salivação

A Síndrome Dolorosa Miofascial (SDM) consiste na presença de dor muscular regional, comumente referida em outras regiões do corpo, associada à identificação de pontos-gatilho e sintomas associados como mobilidade reduzida, fraqueza muscular, parestesias, alterações na coordenação motora, sensação de calor ou frio, sudorese aumentada, entre outros. Algumas condições são comumente associadas à SDM e devem ser investigadas, como cefaleias (especialmente tensionais, enxaquecas e disfunções da articulação temporomandibular), história de trauma na área atingida pela dor, infecção por herpes-zoster, cirurgias anteriores, lesões do manguito rotador, epicondilite lateral (“cotovelo de tenista”), escoliose, desigualdade no comprimento das pernas, dores no joelho e fascite plantar. O exame físico pode ainda evidenciar assimetrias musculares, e serve também para investigar as condições referidas na história clínica. Pontos que se distribuem de forma generalizada podem indicar fibromialgia, especialmente na presença de fadiga, alterações do sono e da cognição e humor deprimido ou episódios depressivos. Estas condições serão abordadas em tópicos específicos neste protocolo.



O diagnóstico é feito a partir da identificação de critérios maiores e menores, que podem ser visualizados no fluxograma 5.9.1. O tratamento consiste em medidas não - farmacológicas gerais e manobras específicas nos pontos-gatilho. As opções farmacológicas são de evidência limitada.

Fluxograma 5.9.1//Avaliação da dor miofascial



Fonte: Protocolos da Atenção Básica - Dor Crônica. Versão Preliminar.



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.9.1//Manobras em ponto-gatilho e tratamento farmacológico

O QUÊ FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Massagem/ automassagem*	Compressão isquêmica durante um minuto, com a mão ou com uma bola de borracha	Enfermeiro(a)/ Fisioterapeuta/ Médico(a)
Ordenha (Deep stroking)	Massagem unidirecional e repetida de maneira cuidadosa e lenta, 3 a 12 movimentos curtos a cada 20 segundos	Enfermeiro(a)/ Fisioterapeuta/ Médico(a)
Agulhamento	Inserção de agulha fina no ponto gatilho, com ou sem infiltração de lidocaína a 1% (0,1ml a 0,2ml)	Médico(a)
Calor úmido	Aplicações de 15 minutos, várias vezes ao dia	Equipe multiprofissional

*Evitar a massagem sobre a artéria carótida ou vasos com suspeita de trombose.

Fonte: adaptado de Brasil (2017).

Quadro 5.9.2//Manejo da síndrome dolorosa miofascial (SDM)

MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none">• Evitar fatores desencadeantes (físicos e psicológicos)• Alongamento e fortalecimento muscular• Aplicação de compressas frias• Manobras nos pontos-gatilho
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none">• Analgésicos• Antidepressivos tricíclicos, duais, ISRS

Fonte: adaptado de Brasil (2017).

Quadro 5.9.3//Principais medicamentos no controle da dor mecânica/miofascial

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	CLASSE	POSSÍVEIS EFEITOS ADVERSOS
Paracetamol	500-1000g 4-6x/dia (máx. 4g/dia)	Analgésico	Toxicidade hepática dosedependente
Dipirona	500-1000g até 4x/dia	Analgésico	-
Amitriptilina	10-150mg/dia	Antidepressivo tricíclico	-
Fluoxetina	20-80mg/d	Antidepressivo (ISRS)	-

Obs.: Evidência é insuficiente para recomendar uso de ciclobenzaprina.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Bennett R. Myofascial pain syndromes and their evaluation. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2007; 21(3):427-45.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: dor crônica. Brasília, DF; 2017.



PROJETO

TeleNordeste

5.10

Dor neuropática



INTRODUÇÃO

A dor de característica neuropática é um desafio no atendimento das dores crônicas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo que a maioria dos usuários portadores deste tipo de dor são manejados no contexto da APS e somente uma minoria necessita ser encaminhada ao nível secundário de atenção. No entanto, trata-se de uma síndrome pouco reconhecida, o que pode dificultar o manejo terapêutico (Van Hecke et al., 2014), com poucos estudos que demonstrem sua prevalência. Em estudo em uma capital brasileira, observou-se a prevalência de dor crônica em 42% da população e prevalência de dores com características neuropáticas em 10% dos indivíduos estudados (Moraes Vieira et al., 2012).

Os sintomas clássicos são: sensação de dormência, queimação, ardência, aumento ou diminuição de sensibilidade. A dor pode ser agravada com a fricção da região.

As dores neuropáticas são frequentemente manejadas como dores nociceptivas (com analgésicos, por exemplo), o que é causa frequente de cronificação da dor, uma vez que essas dores demandam abordagem específica. Caso haja dúvidas na identificação da dor neuropática, pode ser utilizado o questionário DN4 (Douleur Neuropathique en 4 questions) (Bouhassira et al., 2005), que identifica as dores de padrão neuropático através de quatro perguntas (ver quadro 5.10.1).

As causas mais prevalentes de dor neuropática incluem a neuropatia diabética dolorosa, neuralgia pós-herpética e a neuralgia do trigêmeo (Van Hecke et al., 2014), sendo que 30% dos quadros de dores neuropáticas não apresentam causa bem definida (Pasnoor; Dimachkie; Barohn, 2013). No Brasil há ainda alta prevalência de hanseníase, com grande número de indivíduos com neuropatias relacionada a esta doença. A síndrome do túnel do carpo também é uma causa prevalente no contexto brasileiro (Posso; Palmeira; Vieira, 2016). É importante recordar que parcela das pessoas com lombalgia apresentam componente neuropático da dor crônica (por compressão nervosa, por exemplo).

As dores neuropáticas podem ser divididas em causas de origem periféricas e causas centrais. As polineuropatias diabéticas, as neuropatias relacionadas a infecção por herpes zoster e hanseníase, as neuralgias do trigêmeo, a síndrome do túnel do carpo, a lombalgia com compressão nervosa são exemplos de dores de origem periférica. As dores que ocorrem após acidente vascular cerebral e após lesão traumática de medula espinhal são consideradas dores de origem central, assim como as dores relacionadas ao mieloma múltiplo (Attal et al., 2010).

A dor neuropática, como qualquer outra dor crônica, apresenta aspectos particulares na individualidade de cada pessoa. Aspectos referentes ao significado, repercussões/limitações no dia a dia e sentimentos a respeito da dor não devem ser ignorados por parte da equipe de saúde e devem ser avaliados sistematicamente e valorizados no manejo da dor.



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.10.1//Questionário DN4* para investigação de dor de características neuropáticas

ENTREVISTA

- Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?
 - 1 – Queimação () SIM () NÃO
 - 2 – Sensação de frio dolorosa () SIM () NÃO
 - 3 – Choque elétrico () SIM () NÃO
- Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?
 - 4 – Formigamento () SIM () NÃO
 - 5 – Alfinetada e agulhada () SIM () NÃO
 - 6 – Adormecimento () SIM () NÃO
 - 7 – Coceira () SIM () NÃO

EXAME

- Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?
 - 8 – Hipoestesia ao toque () SIM () NÃO
 - 9 – Hipoestesia à picada de agulha () SIM () NÃO
- Questão 4: Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:
 - 10 – Escovação () SIM () NÃO

Se 4 ou mais perguntas tenham sido respondidas como SIM, a dor é de característica neuropática.

Se 3 ou menos perguntas tenham sido respondidas como SIM, a dor é de característica nociceptiva.

*O questionário deve ser aplicado pelo profissional de saúde, com sensibilidade de 82,9%, especificidade de 89,9% e valor preditivo positivo de 86%.

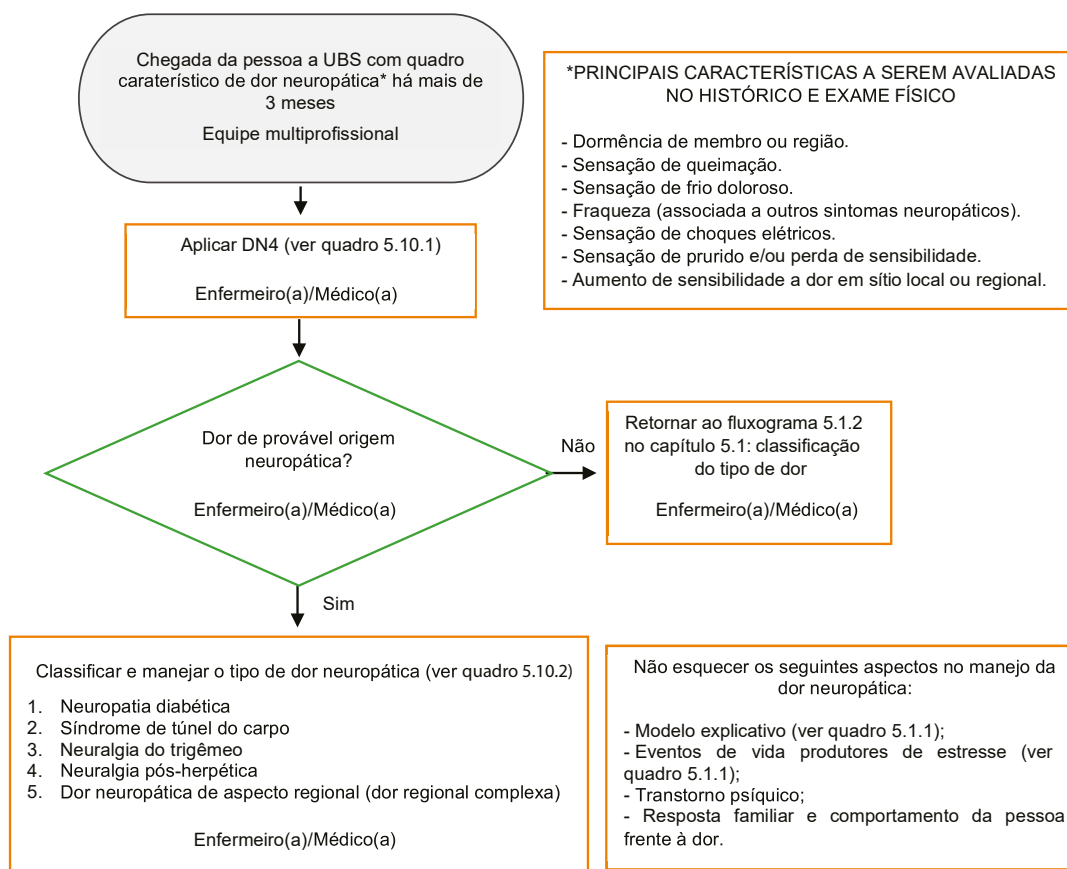
Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Fluxograma 5.10.1//Manejo inicial das causas mais comuns de dor neuropática na APS



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Quadro 5.10.2//Tratamento da dor neuropática

TIPO DE DOR	QUAIS OS SINTOMAS	COMO TRATAR	QUEM FAZ?
NEUROPATIA DIABÉTICA	FASE ASSINTOMÁTICA Diminuição da sensibilidade dos membros (mãos e pés).	FASE ASSINTOMÁTICA E SINTOMÁTICA <ul style="list-style-type: none">Realizar controle e monitoramento glicêmico eficaz é fator importante no controle da dor.Cerca de metade das pessoas podem apresentar remissão completa espontânea da dor em um ano.Movimentar membros e realizar massagem local.Usar calçados e meias confortáveis na prevenção de complicações.Observar diariamente os pés e áreas com redução de sensibilidade para rastreamento de lesões.Corte de unhas no formato quadrado.Não tratar calosidades em casa.Não andar descalço para evitar ferimentos.Orientar procura urgente de serviço de saúde no caso de surgimento de lesões em pele.	Enfermeiro(a)/Médico(a)
	FASE SINTOMÁTICA Perda de sensibilidade, parestesias e/ou dor em mãos e pés.	FASE SINTOMÁTICA PRIMEIRA LINHA DE TRATAMENTO <ul style="list-style-type: none">AmitriptilinaNortriptilina E/OU <ul style="list-style-type: none">CarbamazepinaGabapentina <ul style="list-style-type: none">As diferentes medicações acima podem ser usadas isoladamente ou em conjunto, de acordo com a resposta da dor.As associações devem conter um antidepressivo e um anticonvulsivante. A maior parte das pessoas necessita de associação para controle eficaz da dor.	Médico(a)
NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA	Dor e/ou alterações de sensibilidade em local de infecção herpética prévia, pode permanecer até um ano após o episódio.	<ul style="list-style-type: none">Amitriptilina (NNT = 3,6)Nortriptilina (NNT = 3,6) OU <ul style="list-style-type: none">Gabapentina (NNT = 7) Obs.: Solicitar sorologias para HIV, Sífilis e Hepatites B e C. Pode ser necessário associar os antidepressivos tricíclicos com os anticonvulsivantes para controle da dor.	Médico(a)
		SEGUNDA LINHA DE TRATAMENTO Opioides associados aos medicamentos de primeira linha (para checar doses ver capítulo de dor oncológica)	



TIPO DE DOR	QUAIS OS SINTOMAS	COMO TRATAR	QUEM FAZ?
NEURALGIA DO NERVO TRIGÊMEO CLÁSSICA	Dor paroxística que dura segundos a minutos, distribuída em uma parte maior ou igual a um dos ramos do nervo trigêmeo. A dor é caracterizada como um quadro intenso, agudo, superficial e lancinante ou com sensação de queimação.	1ª ESCOLHA <ul style="list-style-type: none">• Carbamazepina 2ª ESCOLHA <ul style="list-style-type: none">• Gabapentina	Médico(a)
DOR NEUROPÁTICA DE ASPECTO REGIONAL (DOR REGIONAL COMPLEXA)	Dor intensa e com intensidade desproporcional relacionada a histórico de cirurgia/trauma/evento cardiovascular importante	Fisioterapia e encaminhamento para atendimento especializado <ul style="list-style-type: none">• Gabapentina Ou <ul style="list-style-type: none">• Amitriptilina• Nortriptilina	Médico(a)

NNT (Número Necessário para Tratar): É o número de pessoas que precisam ser tratadas para prevenir um desfecho desfavorável. Traz uma ideia mais próxima do poder real de uma intervenção.

RVP (Razão de Verossimilhança Positiva): As razões de verossimilhança são uma forma de descrever o desempenho de um teste diagnóstico. Quanto maior a RVP, melhor o teste. Para ser um bom teste, a RVP deve ser muito maior que 1.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Quadro 5.10.3//Doses, indicações, contraindicações e efeitos adversos frequentes nas medicações para tratamento de dor neuropática

TRATAMENTO	INDICAÇÕES PREFERENCIAIS	CONTRAINDICAÇÕES	EFEITOS ADVERSOS
Amitriptilina Dose inicial: 10 a 12,5mg uma vez ao dia (à noite) Dose máxima: 150 a 200mg/dia	Pessoas com quadros depressivos ou ansiosos associados, pessoas com insônia, pessoas com outras dores crônicas ou dores neuropáticas	Hipersensibilidade ao medicamento, idosos (aumenta o risco de queda e hipotensão postural), bloqueio atrioventricular, epilepsia (reduz limiar convulsivo), arritmias ventriculares, uso concomitante de cisaprida ou IMAOs, infarto agudo do miocárdio recente, gravidez.	Queda em idosos (evitar o uso) Hipotensão postural, boca seca, constipação intestinal, disfunção sexual, tremores, bradicardia, confusão em idosos, ganho ou perda de peso Pode aumentar o risco de suicídio em jovens e crianças.
Nortriptilina Dose inicial: 10 a 12,5mg uma vez ao dia (à noite) Dose máxima: 150 a 200mg/dia	Pessoas com quadros depressivos ou ansiosos associados, pessoas com insônia, pessoas com outras dores crônicas ou dores neuropáticas.	Hipersensibilidade ao medicamento. Idosos (aumenta o risco de queda e hipotensão postural), bloqueio atrioventricular, epilepsia (reduz limiar convulsivo), arritmias ventriculares, uso concomitante de cisaprida ou IMAOs, infarto agudo do miocárdio recente, gravidez.	Hipotensão postural, boca seca, constipação intestinal, disfunção sexual, tremores, bradicardia, confusão em idosos, ganho ou perda de peso. Pode aumentar o risco de suicídio em jovens e crianças.
Gabapentina Doses iniciais: 100mg uma vez ao dia (até 8/8hs) Liberação prolongada: 300mg ao deitar Doses máximas: 3600mg/dia uma vez ao dia até 8/8hs Liberação prolongada: 3000 a 3600mg/dia	Pessoas com quadros epiléticos, dependência do álcool, tosse crônica refratária, fibromialgia, fogachos, soluços de difícil controle, dores crônicas ou neuropáticas, síndrome das pernas inquietas.	Hipersensibilidade ao medicamento. As doses devem ser reduzidas em pessoas com insuficiência renal. Não contraindicação na insuficiência hepática.	Tontura, sonolência, ataxia, fadiga, infecções virais, edema periférico, hostilidade, tremores, labilidade emocional, cefaleia, diarreia, nistagmo, fraqueza muscular.
Carbamazepina Dose inicial: 200mg 12/12hs Liberação prolongada: 200mg uma vez ao dia Dose máxima: 600mg 12/12hs ou 400mg 8/8hs Liberação prolongada: 1200mg/dia até 1600mg/dia	Pessoas com quadros epiléticos, neuralgia do trigêmeo, transtorno afetivo bipolar, dores neuropáticas, síndrome das pernas inquietas, sintomas neuropsiquiátricos nos quadros demenciais.	Hipersensibilidade ao medicamento. Bloqueio atrioventricular. Disfunção hepática. Pessoas com aplasia medular ou disfunção da medula óssea. Uso cauteloso em idosos pelo risco de síndrome de secreção inapropriada de ADH. Possivelmente necessita de correção de dose na pessoa com insuficiência renal (75%).	Aplasia de medula, com anemias graves, reações dermatológicas graves, com úlceras em pele, febre e rash cutâneo doloroso (síndrome de Stevens-Johnson), tontura, sonolência, ataxia, náuseas, vômitos, prurido, constipação intestinal, anemia, visão borrada.
Prednisona Dose: 20mg ao dia por até 14 dias	Processos inflamatórios do sistema musculoesquelético, processos alérgicos, adjuvante no tratamento da hanseníase, adjuvante no tratamento de pneumonia pneumocística moderada ou grave, adjuvante no tratamento com antineoplásico, imunossupressão em doença autoimune, asma grave persistente e asma aguda grave.	Hipersensibilidade ao fármaco ou a algum dos componentes da formulação, infecções sistêmicas, uso concomitante com vacinas de vírus vivos pois a resposta imune pode estar diminuída, varicela.	Síndrome de Cushing, porfiria, mal-estar, cefaleia, agranulocitose, alterações e fraturas ósseas, alterações cutâneas, diminuição da função cardiovascular, infecções, irregularidade menstrual e amenorreia, hiperglicemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia euforia, alucinações, depressão, desorientação, nervosismo, alterações visuais e oculares.

Para dor neuropática localizada, pode-se utilizar tratamento tópico: Lidocaina 5% 12/12h - creme ou adesivo transdérmico

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

QUANDO ENCAMINHAR PACIENTES COM DOR NEUROPÁTICA

Mono ou polineuropatia (neuropatia pós-herpética, neuropatia diabética, neuralgia do trigêmeo e outras etiologias)

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem, ressonância magnética nuclear (RMN), quando disponível na APS:

- todos os pacientes com suspeita de neuralgia do trigêmeo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- paciente com neuralgia do trigêmeo com necessidade de solicitação de ressonância magnética nuclear de crânio (RMN) quando exame não for disponível na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia ou para Tratamento da Dor:

- suspeita ou diagnóstico de neuralgia do trigêmeo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor:

- diagnóstico de neuropatia pós-herpética refratária a tratamento clínico otimizado¹; diagnóstico de neuropatia diabética refratária a tratamento otimizado da dor e diabetes compensado¹;
- dor neuropática de outras etiologias (ex.: pós-cirurgia ou fratura/trauma), refratária a tratamento clínico otimizado¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1.** sinais e sintomas (descrever idade de início da dor, tempo de evolução, características da dor, frequência da dor, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
- 2.** tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- 3.** anexar laudo de exame de imagem (TC ou RNM de crânio) ou Eletroneuromiografia², ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
- 4.** número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso sistêmico com pelo menos dois fármacos em dose otimizada. Mais detalhes sobre tratamento no quadro 5.10.4.

² Exame complementar reservado para avaliação de neuropatias atípicas e/ou complexas, usualmente após investigação inicial por especialista em neurologia.



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.10.4//Tratamento clínico otimizado para dor neuropática

Medicamento	Dose inicial	Dose de manutenção	Efeitos adversos	Uso cauteloso
Amitriptilina * ¥	10mg	25-150mg à noite. (aumento gradativo a cada 3-7 dias)	Sedação, boca seca, constipação, retenção urinária, ganho de peso, hipotensão postural, tontura.	Idosos, glaucoma, cardiopatas, distúrbios da motilidade gastrointestinal, hiperplasia prostática benigna, paciente em uso de outros medicamentos sedativos.
Nortriptilina * ¥	10-25 mg	25-150mg à noite. (aumento gradativo a cada 3-7 dias)	*Nortriptilina possui efeitos adversos menos intensos que a amitriptilina.	
Gabapentina * ¥	300 mg	900-3600mg/dia divididos em 3 doses	Ganho de peso, sedação, vertigem/tontura, edema periférico	Doença renal crônica
Pregabalina * ¥	50-75 mg	300-600mg/dia dividido em 2x/dia. (aumento gradativo a cada 3-7 dias)		
Duloxetina *	30mg	60-120mg/dia	Náusea, sonolência, vertigem, dispepsia, constipação, anorexia, cefaleia, fadiga, xerostomia, insônia.	Transtorno de humor bipolar.
Venlafaxina *	37,5 mg	75-225mg/dia (aumento gradativo a cada semana)		

Obs 1. Quando persiste a dor após o uso de dose otimizada de 1 dos medicamentos, pode ser associado um segundo medicamento de classe diferente.

Obs 2. Na dor leve por neuralgia pós-herpética ou na dor refratária por neuropatia diabética podem ser usados medicamentos tópicos como Capsaicina 0,075% ou emplastro de Lidocaína 5%.

Obs 3. O uso de opioides deve ser reservado a casos específicos e por curto período de tempo.

Obs 4. A terapia de primeira linha para tratamento de neuralgia do trigêmeo é carbamazepina, de 200 a 1200mg/dia ou oxcarbazepina, de 600 a 1800mg/dia.

* Terapia de primeira linha para tratamento de Neuropatia Diabética.

¥ Terapia de primeira linha para tratamento de Neuralgia Pós-herpética.

Fonte: Adaptado de Hennigen et al. (2020).

Síndrome do túnel do carpo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurocirurgia ou Ortopedia-cirurgia da mão:

- síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar; síndrome do túnel do carpo com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos);
- síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.



PROJETO

TeleNordeste

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- problemas de mão e/ou punho há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor:

- síndrome do túnel do carpo já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica, com dor persistente apesar de tratamento clínico otimizado.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever características da dor, tempo de evolução, manobras de Tinel e Phalen, fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes);
2. tratamento em uso ou já realizado para síndrome do túnel do carpo [não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações)];
3. tratamento cirúrgico, se realizado (sim ou não e local de atendimento);
4. anexar laudo da eletroneuromiografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. associação dos sintomas com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, uso de órtese, exercícios e/ou acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Mais detalhes sobre tratamento no quadro 5.10.5.

Quadro 5.10.5// Tratamento clínico otimizado para síndrome do túnel do carpo

- Uso de órtese rígida para o punho, especialmente durante o período de maior sintomatologia (usualmente à noite);
- Fisioterapia/protocolos de exercício e mobilização do carpo;
- Uso de corticoides por via oral (ex.: prednisona 10mg, de 12 em 12 horas, por 14 dias);
- Uso de corticoides por injeção local (ex.: acetato de metilprednisolona 20 a 40mg) – há pequeno risco de lesão direta do nervo, bem como do desenvolvimento de fibrose.

Fonte: Adaptado de Hennigen et al. (2020).



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, et al. European Federation of Neurological Society guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol*. 2010;17(9):1113-23.

Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesion and development a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114(1-2):29-36.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: dor crônica. Brasília, DF; 2017.

Hennigen AW, Martins ACM, Cuervo DLM, Rados DRV, Oliveira EB, Tres GL et al. Regula SUS. Protocolos de encaminhamento para tratamento da dor [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2020 [citado 4 jul. 2023]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/protocolos_resumos/protocolo_tratamento_dor_TSRS.pdf

Moraes Vieira EB, Garcia JB, Silva AA, Muallem Araújo RL, Jansen RC. Prevalence, characteristics, and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in Sao Luis, Brazil. *J Pain and Symptom Manage*. 2012;44(2):239-51.

Pasnoor M, Dimachkie MM, Barohn RJ. Cryptogenic sensory polyneuropathy. *Neurol Clin*. 2013;31(2):463-76.

Posso IP, Palmeira CCA, Vieira EBM. Epidemiology of neuropathic pain. *Rev Dor São Paulo*. 2016;17(suppl 1):11-4.

Van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. *Pain*. 2014;155:654-62.

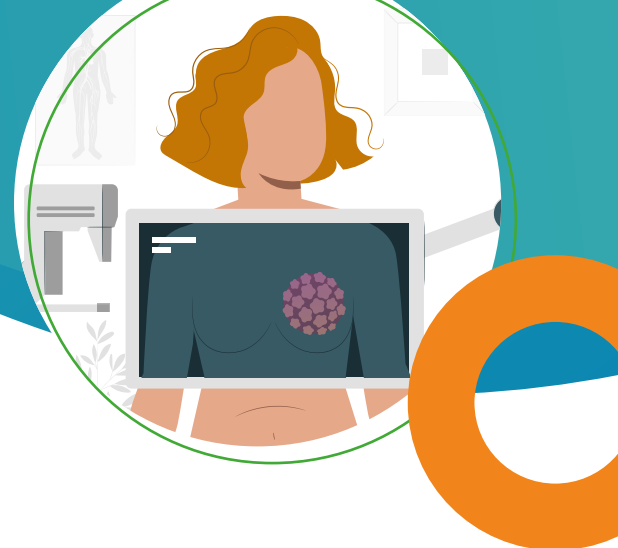


PROJETO

TeleNordeste

5.11

Dor oncológica



INTRODUÇÃO

Considerando a rotina da atenção primária à saúde e as atribuições das equipes de saúde da família no Brasil, o manejo da dor oncológica apresenta-se como uma realidade no cotidiano das equipes, pois entre 30 e 50% dos pacientes com câncer em tratamento apresentam algum tipo de dor crônica e 60-90% daqueles com metástases apresentam dor de nível moderado ou alto, que exigem um opioide no manejo. As neoplasias são a segunda causa de morte no Brasil e, embora a maioria dos pacientes apresentem seguimento no nível terciário de atenção à saúde, o serviço de AB é demandado para melhora da abordagem da dor crônica oncológica por estar mais próximo e mais acessível.

Neste sentido, a Atenção Primária necessita conhecer e se responsabilizar como elemento central no manejo da dor crônica oncológica-coordenando o cuidado, prestando assistência de maneira integral e longitudinal e fornecendo adequado acesso a essas pessoas. Tanto o médico quanto o enfermeiro da equipe necessitam estar familiarizados com os princípios do tratamento da dor crônica oncológica. A dor é passível de controle mesmo em usuários com doença disseminada e incurável.

A abordagem centrada na pessoa deve estar articulada ao manejo terapêutico da dor oncológica, ampliando a discussão com o usuário sobre sua percepção do adoecimento e da saúde (expectativas, ideias, sentimentos e efeitos na função), além dos seus projetos de felicidade incluídos como forma de focar em qualidade de vida e a percepção de sua saúde (ver quadro 5.1.1).

Um aspecto importante é apoiar a pessoa a encarar e enfrentar a possibilidade da morte. Mesmo que essa possibilidade não esteja próxima (pessoas que não estejam em fase de cuidados paliativos), a representação sociocultural da neoplasia é de uma doença potencialmente fatal. Assim sendo, mesmo com diferentes graus de risco real de morte, a doença neoplásica costuma produzir um efeito de reavaliação da vida que a pessoa vem levando e produzir mudanças significativas no sentido dado a esta vida a partir da perspectiva da possibilidade real de morte.

Outro detalhe que não se pode deixar de ilustrar diz respeito ao cuidado na dor oncológica e aos cuidados paliativos, que devem andar juntos, não só nas fases do câncer avançado, mas durante todo o tratamento da pessoa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que os cuidados paliativos (CPs) podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, em especial o câncer. Este tema também foi abordado no PAB Risco Cardiovascular em maiores detalhes (Brasil, 2017).

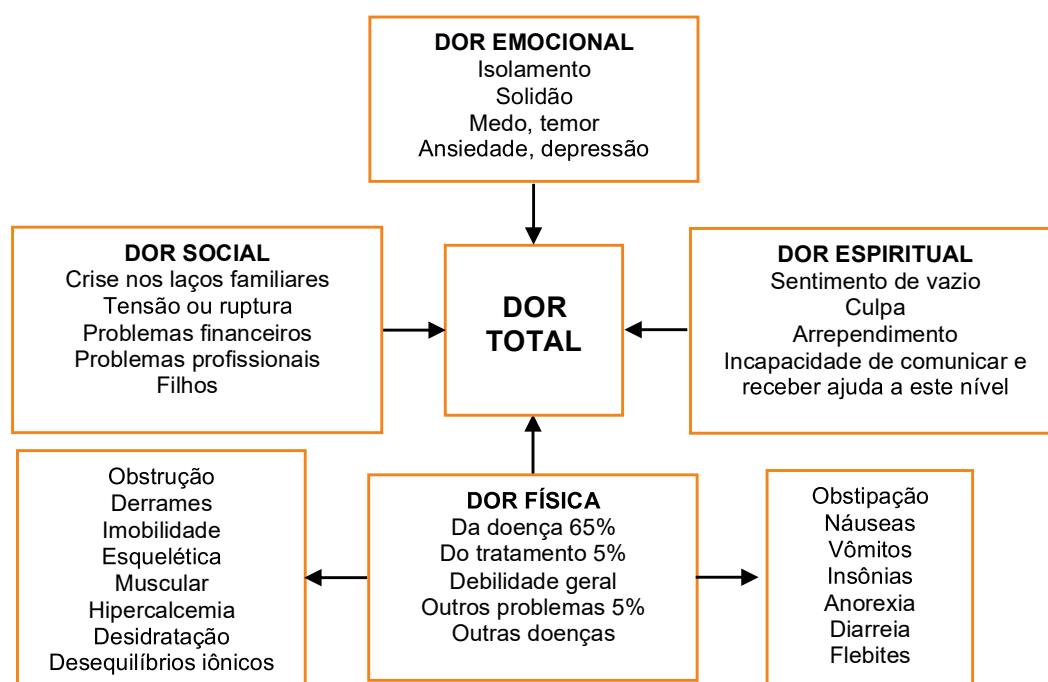


PROJETO

TeleNordeste

A dificuldade da convivência com a finitude da vida e o diagnóstico de irreversibilidade de um quadro clínico é muitas vezes angustiante para a pessoa, a família e a equipe de saúde. Os CPs resgatam a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida. Baseiam-se em conhecimentos e possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional e são regidos por nove princípios e recomendações (ver quadro 5.11.1).

Essa aproximação da morte também tem efeitos na dor associada à neoplasia. Muitas vezes iremos nos deparar com a dor descrita como “Dor Total” (ver figura 5.11.1). Esse conceito, de Cicely Saunders (1990), se refere ao fator de que a dor oncológica, neste contexto, envolve múltiplas dimensões da pessoa: física, psíquica, espiritual e social. Assim sendo, é um conceito fundamental para nortear o cuidado da dor oncológica na APS. Entendê-lo nos permite ampliar a clínica deste cuidado e possibilita estar atentos às diversas dimensões envolvidas e, dessa forma, alcançar melhores resultados no controle da dor oncológica.



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.11.1//Princípios e recomendações dos cuidados paliativos

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS	<ul style="list-style-type: none">Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis.	Equipe Multiprofissional
	<ul style="list-style-type: none">Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida.	
	<ul style="list-style-type: none">Não acelerar nem adiar a morte, tampouco estabelecer prazos.	
	<ul style="list-style-type: none">Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.	
	<ul style="list-style-type: none">Oferecer suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte.	
	<ul style="list-style-type: none">Oferecer suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto.	
	<ul style="list-style-type: none">Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.	
	<ul style="list-style-type: none">Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.	
	<ul style="list-style-type: none">Deve ser iniciado o mais precocemente possível, com outras medidas de prolongamento da vida, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.	
	RECOMENDAÇÕES BÁSICAS	
<ul style="list-style-type: none">Praticar um Modelo de Atenção o mais integral possível.		
<ul style="list-style-type: none">Elaborar um Plano Terapêutico Multidimensional e Sistemático.		
<ul style="list-style-type: none">Identificar valores e preferências da pessoa: Plano de Decisões Antecipadas (Advance Care Planning).		
<ul style="list-style-type: none">Envolver a família e o cuidador principal.		
	<ul style="list-style-type: none">Realizar gestão de caso, atenção continuada, coordenação de cuidados e ações integradas de serviço.	

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.11.2//Conduas não farmacológicas no manejo de dor oncológica

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
ABORDAGEM DA DOR ONCOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none">• Lembrar que nem toda dor é responsiva a analgésicos.	Equipe Multiprofissional
	<ul style="list-style-type: none">• As pessoas com dor crônica relacionada ao câncer percebem que sua dor é intensificada quando há alguma sobrecarga social (dor da separação, dependência financeira, incerteza do futuro) e espiritual (falta de sentido da vida e da morte, religiosidade, sentimentos de culpa).	
	<ul style="list-style-type: none">• A dor referida pela pessoa deve ser compreendida a partir do conceito de dor total, constituída pela dor somática, psicológica, psicossocial e espiritual.	
	<ul style="list-style-type: none">• Orientações à pessoa e à família a respeito da doença.	
	<ul style="list-style-type: none">• Técnicas de autocuidado.	
	<ul style="list-style-type: none">• Suporte emocional para a pessoa e para a família.	
	<ul style="list-style-type: none">• Uso de terapias complementares (musicoterapia, massagem, reflexologia, meditação, relaxamento com respiração e técnicas de distração).	
	<ul style="list-style-type: none">• Estimular fisioterapia e exercícios físicos.	
	<ul style="list-style-type: none">• Aconselhamento sobre a dor e o seu significado.	
	<ul style="list-style-type: none">• Abordar questões espirituais e sobre a finitude da vida.	
	<ul style="list-style-type: none">• Movimentação ativa no leito conforme a possibilidade, caso acamado.	
	<ul style="list-style-type: none">• Mudanças periódicas de posição no leito em pacientes acamados e totalmente dependentes do cuidado. (recomendável 2/2 horas com rodízio para não sobrecarregar proeminências ósseas).	
	<ul style="list-style-type: none">• Treinamento do cuidador para apoio de pessoas com alta dependência.	
<ul style="list-style-type: none">• Controle e prevenção de possíveis infecções, principalmente no manejo com cateteres, sondas e curativos, os quais devem ser cuidadosamente vistoriados pela equipe ou família a fim de evitar possíveis complicações.		
<ul style="list-style-type: none">• Calor local ou frio amenizam a dor. Importante lembrar que jamais se utiliza calor local em feridas oncológicas ou sobre o local do tumor.		

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.11.3//Princípios básicos do tratamento medicamentoso

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
DOR ONCOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none">A pessoa deve ser orientada a utilizar as medicações de maneira diária e rotineira. O uso diário, mesmo em dias sem dor, é central no controle e reduz a intensidade global da dor.A pessoa deve ser orientada quanto a estratégias de resgate em dias em que a medicação de uso contínuo não é suficiente para o controle da dor (para mais detalhes sobre a prescrição de doses de resgate, ver quadros a seguir).Na necessidade de otimização do esquema medicamentoso, é fundamental a associação de medicamentos: por exemplo, analgésicos simples apresentam sinergia com opioides e não devem ser retirados. A associação de medicamentos que aumentam o limiar para dor podem melhorar o controle, como antidepressivos e anticonvulsivantes (adjuvantes).	Enfermeiro/ Médico
	<ul style="list-style-type: none">Incorporando a abordagem centrada na pessoa, devemos incluir a expectativa do usuário. Podemos checar a preferência ou rejeição por medicamentos específicos, por via de uso/tomada.Importante reconhecer efeitos adversos específicos da medicação e orientar no auxílio ao plano terapêutico.	
	<ul style="list-style-type: none">Preferência à via oral para a administração de analgésicos na cronicidade (após avaliação das condições físicas), depois seguindo a escala: via sublingual, via retal, via transdérmica, via subcutânea, via intramuscular e via endovenosa.Caso a pessoa tenha necessitado muitos dias de uso da medicação de resgate, a medicação de uso contínuo deve ser aumentada ou escalonada (ver mais detalhes de como fazer nos quadros seguintes) para passo seguinte na escada analgésica da OMS (ver fluxograma 5.1.3). A dor crônica, de modo geral, é subtratada em relação à intensidade da dor.	Médico

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

Quadro 5.11.4//Princípios na prescrição de analgésicos na dor oncológica

“Pela boca”:	preferência pela via oral.
“Pelo relógio”:	prescrição de acordo com o tempo de ação da droga, antes da dor voltar, e não “se tiver dor”.
“Pela escada”:	uso de uma hierarquia analgésica, ou seja, “subir o degrau” quando o medicamento anterior não proporciona analgesia adequada (ver fluxograma 5.1.3).
Individualização:	para os opioides, em geral, não existe dose padrão. A dose “certa” é a dose que alivia a dor. Atenção para a tolerabilidade e manejo dos efeitos adversos.
Detalhes importantes sobre a prescrição:	letra legível (se manuscrita), informações claras, horários regulares, informações sobre como fazer “doses extras” em caso de necessidade (resgates), sobre efeitos adversos esperados e de alerta e o número de comprimidos necessários até o retorno são alguns detalhes importantes.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.11.5//Princípios gerais na prescrição dos opioides na dor oncológica

- **Não há dose máxima:** os ajustes de dose devem ser baseados na presença ou não de dor e efeitos indesejáveis. Se a pessoa apresenta dor por pelo menos 4 horas por dia, a dose está no limite inferior (dor não controlada) e deve ser aumentada. A ausência de dor significa que a droga está na faixa analgésica adequada (deve ser mantida e reavaliada frequentemente). O limite superior pode ser observado com a presença de efeitos adversos significativos como sonolência, sedação, vômitos intensos e mioclônias (a dose deve ser reduzida).
- Todos os opioides podem causar dependência física quando usados por tempo prolongado (estar atento a essa questão). Atentar também para a possibilidade de sintomas de abstinência quando a droga é reduzida ou retirada (sugere-se redução ou suspensão gradual).
- **Precauções gerais com objetivo de minimizar efeitos adversos:**
 - Reduzir a dose se sedação/sonolência excessiva (sobretudo durante o dia).
 - Otimizar a dose dos adjuvantes, sobretudo nos casos de dor neuropática (ver Capítulo 5.10).
 - Tratamento sintomático dos efeitos adversos.
 - Troca do opioide (ex.: em situações de dor não controlada, controle insatisfatório dos efeitos adversos, hiperalgesia induzida pelo uso do opioide).
- **Titular a dose: toda vez que se inicia um opioide forte ou que se troca um por outro:**
 - **Dose regular:** é a dose que é prescrita nos horários fixos.
 - **Dose total diária:** é a soma total das doses administradas em 24h (de ação rápida e longa, ou seja, a dose regular + a dose de resgate).
 - **Dose de resgate:** dose extra de opioide, utilizada para tratar dor episódica de intensidade moderada a forte.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

Quadro 5.11.6//Como prescrever morfina

MORFINA	O QUE FAZER	EXEMPLO:
Dose inicial (sempre com apresentações de liberação rápida).	5-10mg por VO (preferencial) de 4/4h ou 2,5-5mg por via parenteral de 4/4h (nesse caso, se a VO não é possível, preferir a via subcutânea).	Pessoa em uso de morfina VO 10mg 6/6h (essa é a dose regular). Portanto, o resgate nesse caso será com morfina VO 5mg a 10mg (50% a 100% da dose regular). O resgate pode ser prescrito até a cada 1/1h (avaliar tolerabilidade, efeitos adversos e controle da dor).
Resgates (sempre com apresentações de liberação rápida).	Fazer resgates com 50% a 100% da dose regular (aquela que é prescrita nos horários fixos) sempre que dor episódica moderada a forte (e sempre com apresentações de liberação rápida e de preferência com o mesmo opioide).	



PROJETO

TeleNordeste

MORFINA	O QUE FAZER	EXEMPLO:
	Considerar a dose total utilizada nas últimas 24 horas (soma da dose regular mais doses de resgate utilizadas). Com isso, chegaremos à dose total diária.	Uma pessoa em uso de morfina VO 10mg 4/4h recebeu nas últimas 24h 6 resgates de 5mg cada de morfina VO. Sendo assim, a dose total diária foi de 90mg (60mg em dose regular + 30mg em resgates). Para nova dose basta dividir 90mg por 6 (a cada 4h) = 15mg de morfina VO (liberação rápida) a cada 4h será a dose ajustada.
Ajuste da dose:	Prescrever morfina de liberação prolongada: titular a dose utilizada nas últimas 24-48h (somar a dose total diária) e dividi-la por 2 (tomada de 12/12h - comprimidos de liberação prolongada). Resgates: nesse caso, 10% da dose total diária.	Dica: O aumento de dose, em geral, será de 25 a 50% da dose anterior (ex.: de 5 para 10 e para 15 e para 20, 30, 45, 60, 90, 120, 180, 240, 360mg e assim sucessivamente). Pessoa em uso de morfina VO 20mg 4/4h (sem uso de resgates). Dose total diária: 120mg. A dose com morfina de liberação prolongada será de 60mg a cada 12h. Nesse caso, para cálculo da dose de resgate, utiliza-se 10% da dose total diária (10mg de resgate com morfina de liberação imediata se necessário).
Aumento da dose:	Pode ocorrer por evolução da doença ou tolerância. Recalcular a dose da morfina, sobretudo se uso frequente de doses de resgate.	Pessoa em uso de morfina de liberação prolongada 60mg 12/12h (equivalente a 20mg de morfina de liberação rápida a cada 4 horas - dose total diária = 120mg), nos últimos 2 dias utilizou resgates de 10mg (10% da dose total diária) 3x por dia. Sendo assim, podemos aumentar a dose da morfina de liberação rápida em 50% (de 20 para 30mg a cada 4 horas, chegando em uma nova dose total diária de 180mg). Pode-se ainda, para maior conforto, prescrever morfina de liberação prolongada 100mg 12/12h ou ainda 1cp de 30 + 1cp de 60mg 12/12h. Resgates podem ser feitos com 15mg a 30mg, sempre de liberação rápida (aproximadamente 10% da dose total diária ou 50% a 100% da dose regular de liberação rápida).
Dicas:	<ul style="list-style-type: none">• Quando a dor aparece sistematicamente 1 hora ou mais antes da próxima dose do opioide OU se há dor por mais de 5h/dia: deve-se aumentar a dose do opioide.• Quando há sonolência, sobretudo diurna: deve-se reduzir a dose.	

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.11.7//Considerações sobre metadona

Diante da farmacologia individual e, muitas vezes, imprevisível, a indicação da metadona no tratamento da dor crônica oncológica deve ser realizada por médico experiente.

Cabe ao médico da APS conhecer as principais características da droga, indicações principais, efeitos adversos, interações medicamentosas e saber prescrever dose de resgate para episódios agudos de dor (resgates).

Coordenação adequada do cuidado é vital nesses casos (comunicação efetiva com a equipe de oncologia/ cuidados paliativos por meio de referência e contrarreferência).

Potência similar à morfina. É mais efetiva para alívio de dores neuropáticas e desenvolve menos tolerância quando comparada à morfina.

Efeito analgésico de início rápido e de longa duração. Pode ser administrada a cada 8, 12 ou 24 horas. Fase de eliminação do organismo é longa e variável, ou seja, pode ser diferente em cada pessoa, exigindo sempre titulação das doses. Pode ser utilizada em casos de doença renal crônica, inclusive dialíticos (metabolização hepática com excreção de metabolitos inativos pelos rins).

Menos sedativa que a morfina. Antes de deprimir a respiração, causa náusea, vômitos e sedação, o que pode ser considerado como um “sinal de alerta”. Por esse motivo, não se recomenda a utilização de antieméticos de rotina.

Principais efeitos adversos: sedação, alterações cognitivas. Cuidado em cardiopatas, pois pode prolongar o intervalo QT. Como a metabolização é hepática (via citocromo P450), atentar para interação medicamentosa, sobretudo com antidepressivos, antivirais, antifúngicos e alguns antibióticos.

COMO PRESCREVER A DOSE DE RESGATE?

1/6 a 1/10 da dose total diária, que pode ser repetida a cada 4 horas. Se a necessidade de resgates é frequente e sistemática (ou se há mais de 4-5h/dor ao dia), considerar recalcular doses fixas (discutir o caso com equipe assistente do nível secundário/terciário).

Equipotência com morfina: 1/2 a 1/3 da morfina para dores nociceptivas. Por exemplo, 20-30mg de morfina equivalem a 10mg de metadona. Atenção: para doses maiores de morfina essa relação pode mudar, chegando a 1/10 para doses altas como 400mg de morfina (40mg de metadona). Sempre discutir com médico experiente na prescrição de metadona.

1/5 da dose regular de morfina para dores neuropáticas. Por exemplo, 20-30mg de morfina equivalem a 5mg de metadona.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Quadro 5.11.8//Principais fármacos, doses e via de administração no manejo da dor oncológica disponíveis no SUS

	APRESENTAÇÕES (RENAME)	DOSE MÁXIMA	EFEITOS ADVERSOS	QUEM FAZ
ANALGÉSICOS SIMPLES	Paracetamol: comprimidos de 500mg e solução oral de 200mg/ml.	4g/dia	Hepatotoxicidade com o paracetamol (sempre alertar). Atenção a alergias conhecidas.	Enfermeiro(a)/Médico (a)
	Dipirona: comprimidos de 500mg, solução oral de 500mg/ml e solução injetável de 500mg/ml (ampola com 2ml).	4g/dia		
ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO - ESTEROIDAIS*	Ibuprofeno: comprimidos de 200, 300 e 600mg e suspensão oral de 50mg/ml.	2400mg/dia	Atenção para uso crônico de anti-inflamatórios não esteroidais e risco de insuficiência renal, sangramento gastrointestinal e aumento do risco CV (muito cuidado em pessoas com IC ou evento CV prévio). Muita cautela em idosos e não utilizar em pessoas com insuficiência renal ou antecedente de varizes esofágicas e hemorragia digestiva.	Médico(a)
	Naproxeno: comprimidos de 250 e 500mg.	1250mg (dose máxima no dia 1) e 1000mg (nos demais dias).		
OPIOIDES DE BAIXA POTÊNCIA	Codeína: comprimidos de 30 e 60mg, solução oral de 3mg/ml (frasco com 120ml) e solução injetável de 30mg/ml (ampola com 2ml)	360mg/dia	Constipação, Sedação, Dependência.	Médico(a)
OPIOIDES DE ALTA POTÊNCIA	Morfina: comprimidos de 10 e 30mg, cápsulas de liberação prolongada de 30, 60 e 100mg, solução oral de 10mg/ml (frasco com 60ml) e solução injetável de 10mg/ml (ampola com 1ml).	Não há dose máxima (ver quadros 6.6 e 6.7). Basear dose na intensidade/ presença da dor, tolerabilidade e efeitos adversos.	Constipação intestinal, diminuição das secreções biliares e pancreáticas, sonolência, letargia, dificuldade de concentração, euforia, alucinação, disforia, miose, tolerância e dependência (ver mais detalhes sobre os cuidados com o uso de morfina no quadro 1.7).	Médico(a)
	Metadona: comprimidos de 5 e 10mg e solução injetável de 10mg/ml (ampola com 1ml).	Médico(a) com experiência na prescrição da droga		

*Para medicamentos adjuvantes (antidepressivos, anticonvulsivantes), ver outros capítulos deste protocolo.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Quadro 5.11.9//Analgésia em dor oncológica conforme intensidade da dor (adultos)

Escala	Analgésico	Apresentações mais comuns	Posologia	Dose máxima diária	Considerações sobre efeitos colaterais/Eficácia
ANALGÉSICOS NÃO OPIOIDES					
Dor leve	Dipirona	Comprimidos com 500 e 1000mg Solução oral 500mg/mL Ampola de 2mL com 500mg/mL	500 a 1000mg VO ou EV 6/6h	4g/24h	Frequência não definida: Agranulocitose, neutropenia, trombocitopenia, anemia aplásica
	Paracetamol	Comprimidos com 500 e 750mg Solução gts 200mg/mL	500 a 1000mg VO 6/6h	4g/24h	Frequência não definida: Dano hepático (aumento da fosfatase alcalina e das bilirrubinas), nefrotoxicidade (overdose crônica)
	Ibuprofeno	Comprimidos com 200, 300 e 600mg Suspensão oral 50mg/mL	200 a 800mg VO 6/6h a 8/8h	2,4g/24h	Os AINEs podem ser especialmente úteis em pacientes com dor óssea ou dor relacionada a lesões grosseiramente inflamatórias, limitada pelos efeitos adversos, como sintomas gastrointestinais, dano renal, com risco de nefrite intersticial.
	Naproxeno	Comprimidos com 250 e 500mg	250 a 500mg VO 12/12h	1g/24h	
OPIOIDES FRACOS					
Dor moderada	Codeína	a Comprimidos com 30 e 60mg Solução oral 3mg/mL	15 a 60mg VO 4/4 h	360mg/24h	Constipação, náuseas e vômitos, tontura e sonolência. A constipação é mais prevalente com codeína do que com outros opioides.
	Tramadol	Cápsulas com 50 e 100mg Solução oral 50 e 100mg/mL Ampola com 50 e 100mg	25 a 100mg VO 6/6 h	400mg/24h	Causa menos constipação intestinal, depressão respiratória e dependência do que outros opioides em doses analgésicas equipotentes.
OPIOIDES FORTES					
Dor Forte	Morfina [§]	Comprimidos com 10 e 30mg Comprimido liberação cronogramada 30, 60 e 100mg Solução oral 10mg/mL Ampola de 1mL com 10mg/mL	Oral: 5mg VO 4/4h Oral LC: 30 a 100mg 12/12h EV/SC: 2,5 a 15mg 4/4h	Não há	Uso cauteloso na presença de insuficiência renal, em pacientes com comprometimento pulmonar agudo, asma, aumento da pressão intracraniana e insuficiência hepática.
	Metadona ^{§§}	Comprimidos com 5 e 10mg Ampola de 1mL com 10mg/mL	2,5mg a cada 6 a 8h (incrementos de 2,5mg a cada 4 a 7 dias, até dose estável de manutenção, quando intervalo pode ser aumentado para 12 até 24h)	Não há	Apresenta menor potencial de dependência, menos euforia e sedação do que a maioria dos outros opioides. É uma opção em pacientes com insuficiência renal que apresentam sonolência ou delírio com a morfina. Devido à sua meia-vida de eliminação ser extremamente variável (3 a 128 h) e farmacocinética complexa, deve ser usada somente por profissionais com experiência no seu uso ou sob supervisão de especialista.
	Oxicodona ^{§§§}	Comprimido revestido liberação cronogramada 10, 20 e 40mg	10mg VO 12/12h	Não há	Uma recente revisão sistemática da oxicodona na dor oncológica concluiu que não há evidência de diferença significativa na analgesia ou efeitos adversos entre oxicodona e morfina.
	Fentanil ^{§§§§}	Adesivo transdérmico (patch) 12, 25, 50, 75 e 100mcg Frasco-ampola com 2mL de 50mcg/mL	12,5mcg/h 72/72h	Não há	Pode ser usado em pacientes com insuficiência renal e nos pacientes em diálise, com cuidado quanto à titulação de sua dose. É o opioide que menos provoca constipação intestinal.

[§] aprox. R\$ 40,00 (50cp 10mg); ^{§§} aprox. R\$ 70,00 (40cp 10mg); ^{§§§} aprox. R\$ 300,00 (30cp 10mg); ^{§§§§} aprox. R\$ 400,00 10 adesivos.

* Estudos recentes mostram que a morfina também pode ser usada em baixas doses para dor moderada (doses ≤ 30mg/dia), em substituição aos opioides fracos como codeína e tramadol.

Fonte: Adaptado de Hennigen et al. (2020).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.11.10//Principais fármacos adjuvantes para dor oncológica

Classe	Exemplos	Considerações sobre o uso
Antidepressivos	Tricíclicos Amitriptilina: 25mg a 75mg/dia Nortriptilina: 25mg a 150mg/dia Imipramina: 10, 25 e 75mg/dia	Não recomendado para o paciente com glaucoma de ângulo estreito e arritmias cardíacas.
	Duloxetina: 30mg a 120mg/dia	Fortes evidências sobre os efeitos analgésicos. Menores efeitos anticolinérgicos e risco cardiovascular que os tricíclicos. Alto custo.
	Venlafaxina: 75mg a 225 mg/dia	
	Fluoxetina: 10 a 80mg/dia	Bom efeito ansiolítico. Pouca evidência sobre a eficácia analgésica dessa classe.
Bupropiona: 100mg a 150mg/dia (máx. 300mg/dia)	Evidência de eficácia para dor neuropática. Menor risco de sonolência e pouco interfere na libido. Bons resultados com fadiga. Deve ser evitada em pacientes com risco de convulsões.	
Anticonvulsivantes	Gabapentina: 300mg a 900mg/dia inicialmente (máx. 3600mg/dia)	Os anticonvulsivantes são amplamente utilizados no manejo da dor neuropática caracterizada como lancinante, paroxística, em queimação, agulhada, choque ou formigamento.
	Carbamazepina: 100 a 200mg/dia inicialmente (máx. 1600mg/dia)	
	Pregabalina: 150mg a 300mg/dia inicialmente (máx. 600mg/dia)	
Glicocorticoides	Dexametasona: 4 a 20mg/dia	Indicados para neoplasias com infiltração de estruturas nervosas (compressão epidural e intracraniana), metástases ósseas, obstrução intestinal, além de favorecer o controle de náuseas, melhora do apetite e qualidade de vida por curto prazo.
	Prednisona: 5 a 20mg/dia	

Fonte: Adaptado de Hennigen et al. (2020).



PROJETO

TeleNordeste

QUANDO ENCAMINHAR

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- dores agudas em pacientes oncológicos-sobretudo se suspeita de fratura patológica ou quadro compatível com abdome agudo (atentando para obstrução intestinal, de vias biliares, de ureter ou sangramento de lesão tumoral).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor/Cuidados Paliativos (preferencialmente no mesmo serviço de tratamento do câncer):

- dor oncológica não controlada com analgesia otimizada¹ (ver quadro 5.11.9 e quadro 5.11.10);
- indicação de rotação de opioide por analgesia inadequada ou efeitos adversos intoleráveis;
- indicação de procedimento intervencionista para tratamento da dor no câncer (bloqueios neurais, radiofrequência, neurólise química).

Condições clínicas que indicam encaminhamento para Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/Programa Melhor em Casa), quando disponível:

- pacientes oncológicos com funcionalidade comprometida temporária ou permanentemente (PPS 40% ou inferior – ver quadro 5.11.12);
- pacientes oncológicos com dor associada à lesão por pressão estágio 3 ou 4.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. diagnóstico oncológico, local de tratamento do câncer e tratamentos já realizados;
2. características da dor (localização, tipo da dor, intensidade, comportamento temporal da dor, fatores de piora e melhora) e sintomas associados (ex.: parestesia, náuseas);
3. comorbidades associadas (insuficiência renal, hipertensão, diabetes e outras);
4. medicações utilizadas para controle de dor (tempo, posologia, medicações não toleradas, resposta terapêutica);
5. história de abuso de substância(s)? Se sim, qual(is)?
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Analgesia otimizada é definida como uso de analgésico não opioide associado a analgésico opioide e medicamento adjuvante (por exemplo: corticoide, antidepressivo, anticonvulsivante). Mais informações no quadro 5.11.9 e quadro 5.11.10.



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: dor crônica. Brasília, DF; 2017.

Hennigen AW, Martins ACM, Cuervo DLM, Rados DRV, Oliveira EB, Tres GL et al. Regula SUS. Protocolos de encaminhamento para tratamento da dor [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2020 [citado 4 jul. 2023]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/protocolos_resumos/protocolo_tratamento_dor_TSRS.pdf

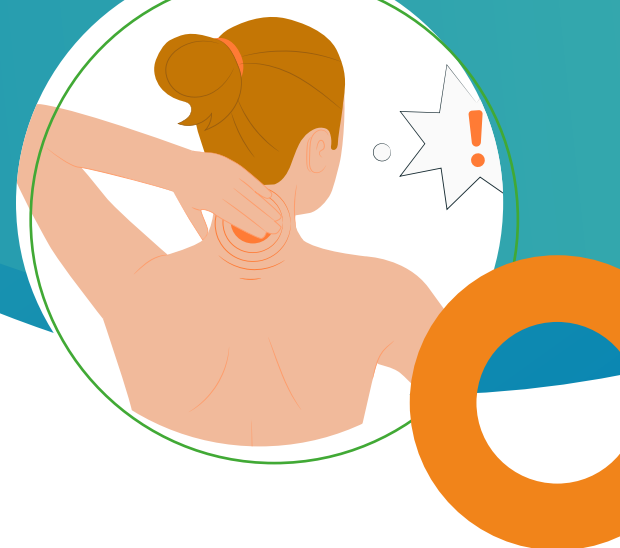


PROJETO

TeleNordeste

5.12

Fibromialgia



INTRODUÇÃO

A fibromialgia é condição dolorosa difusa, de características crônicas, diárias ou quase diárias, com curso flutuante, com piora e melhora parcial frequentes. Acomete mais mulheres de meia idade, com coexistência frequente de transtornos psiquiátricos ou eventos de vida produtores de estresse. Parece estar relacionada a um estado de hiperalgesia (Heymann, 2006) de origem central que pode ser desencadeada em pessoas pré-dispostas por eventos ou processos estressantes relevantes de diversas naturezas.

Sua definição específica tem sido associada à presença de pontos de dor distribuídos bilateralmente, tanto acima como abaixo da cintura, na presença de outros sintomas: fadiga, alterações do sono, alterações cognitivas (de memória e atenção, descritos como “fibrofog”) e cefaleia, além de uma alta prevalência no momento atual ou na história de vida de transtornos depressivo-ansiosos (Wolfe et al., 2016). Outras síndromes funcionais e problemas de saúde estão associadas ao quadro com alguma frequência, como síndrome do colón irritável, cefaleias de tensão, cistite intersticial, vulvodínea, dor pélvica crônica, dor torácica atípica e síndrome da fadiga crônica, entre outros.

O diagnóstico da síndrome de fibromialgia pode ser feito independentemente de outros diagnósticos. Neste Protocolo será utilizada a atualização dos critérios diagnósticos de 2016 (Wolfe et al., 2016), no qual a verificação dos *tender points* foram substituídas pela verificação das queixas indicadas pela pessoa. A síndrome da fibromialgia não exclui a presença de outras doenças clinicamente importantes e compartilha sintomas com algumas delas. Devido ao desconhecimento ou inexistência de uma sólida base anátomo-fisiológica explicativa, é uma condição bastante controversa, embora não seja rara. É um construto nosológico incluído entre as chamadas “síndromes funcionais”.

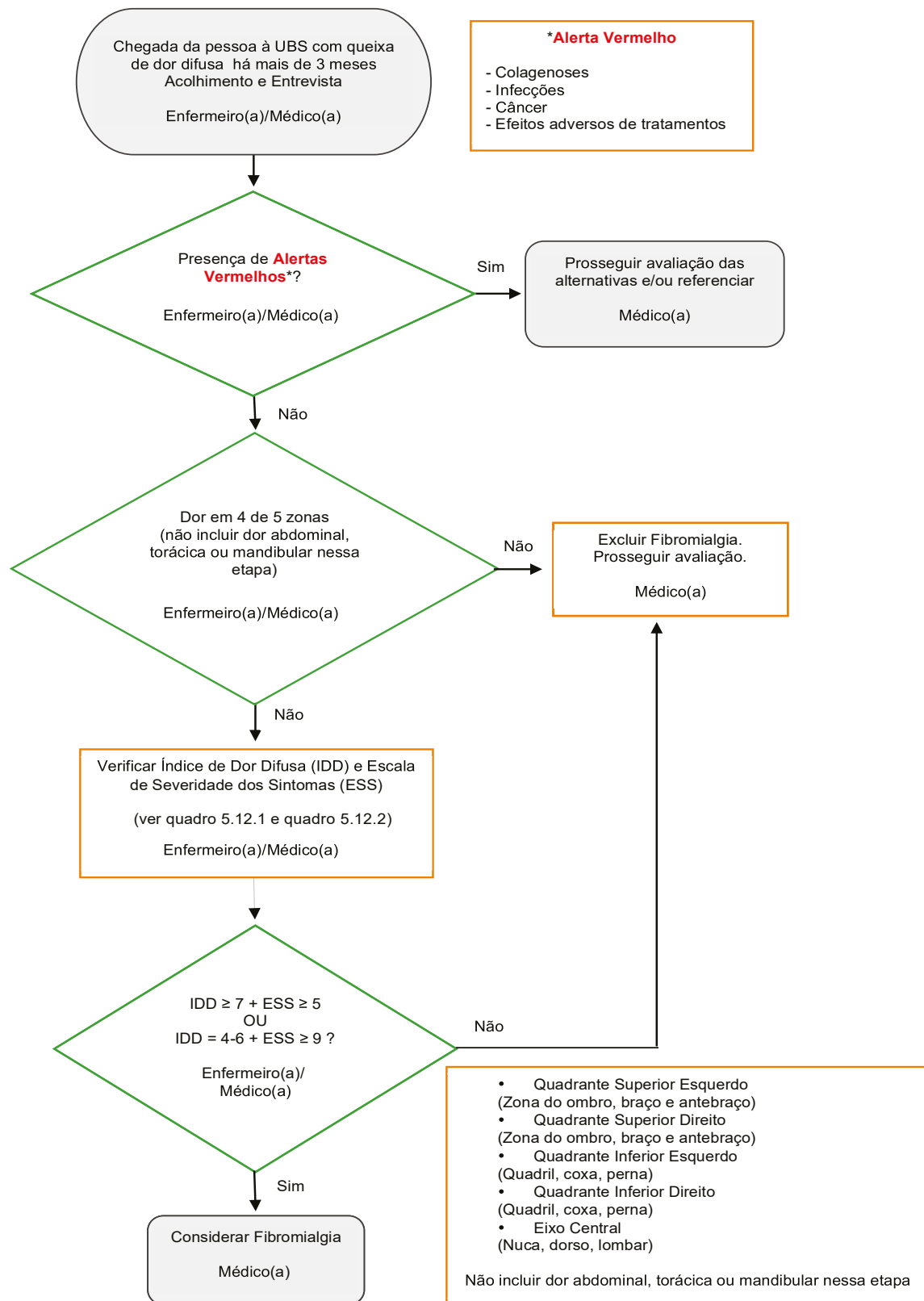
Em seu manejo, é fundamental conhecer a história de vida, especialmente traumas e abusos, incluindo o contexto atual. São frequentes os relatos de situações de grande vulnerabilidade e impotência. A presença de doenças físicas e estresses psicossociais, atuando como desencadeantes, deve ser avaliada e receber abordagem adequada. Para compreender o contexto particular da síndrome na vida de cada pessoa, é importante avaliar a presença de comportamento anormal de dor, como amplificação das queixas álgicas na presença do profissional (diferente de sentir-se autorizado a queixar-se), catastrofização e busca repetida ou sucessiva de cuidados médicos. O desenvolvimento dos chamados comportamentos anormais de dor (Pilowsky, 1969) pode apontar que a identidade de doente sirva ao manejo de problemas interpessoais, principalmente familiares, mas também profissionais e financeiros (Oliveira, 2000). Tais situações demandam intervenções terapêuticas específicas quando detectadas.



PROJETO

TeleNordeste

Fluxograma 5.12.1//Abordagem inicial de fibromialgia



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.12.1//Índice de Dor Difusa (IDD)

Assinale as zonas com dor nos últimos 7 dias, considerar 1 ponto para cada marcação de SIM

ZONAS	REGIÕES DE AVALIAÇÃO	SIM
QUADRANTE SUPERIOR ESQUERDO	MANDÍBULA	
	ZONA DO OMBRO	
	BRAÇO	
	ANTEBRAÇO	
QUADRANTE SUPERIOR DIREITO	MANDÍBULA	
	ZONA DO OMBRO	
	BRAÇO	
	ANTEBRAÇO	
QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO	QUADRIL	
	COXA	
	PERNA	
QUADRANTE INFERIOR DIREITO	QUADRIL	
	COXA	
	PERNA	
EIXO CENTRAL	NUCA	
	DORSO	
	LOMBAR	
	TÓRAX	
	ABDOME	
TOTAL		

*A avaliação do IDD inclui dor abdominal, torácica ou mandibular.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.12.2//Escala de severidade de sintomas (ESS)

	0	1	2	3
Fadiga				
Acordar cansado				
Fibro-Fog*				
Subtotal:				

	0 (ausente)	1 (presente)
Cefaleia		
Acordar cansado		
Fibro-Fog*		
Subtotal:		

TOTAL

*Fibro-Fog é um conjunto de dificuldades de atenção e memória relacionadas ao quadro.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

Quadro 5.12.3//Construindo autocompreensão com quem sofre de fibromialgia

A causa e a consistência nosológica ainda são incertas. Apesar dos músculos e articulações estarem aparentemente normais, a dor pode ser resultado de uma hipersensibilidade generalizada do sistema nervoso, que faz com que, especialmente na presença de estresse crônico, as pessoas que sofrem dessa condição sintam mais dor que as outras.

Os sentimentos envolvidos com a condição (medos, preocupações, raiva, culpa etc.) são legítimos. As ideias, incertezas e expectativas devem ser respeitadas.

Outras condições podem estar associadas: síndrome do intestino irritável, cefaleia tensional, síndrome da fadiga crônica, cistite intersticial, transtornos mentais. Acolher as variações sem culpabilização.

Haverá dias bons e ruins. Não oferece risco à vida, não costuma piorar com o tempo, mas não pode ser curada na maioria das vezes.

Reconhecimento de desencadeantes das crises de dor dá base ao empoderamento para o automanejo.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 5.12.4//Abordagem inicial de fibromialgia – medidas não farmacológicas

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
MEDIDAS GERAIS	<ul style="list-style-type: none">• Estimular o empoderamento/autonomia (“saber”), a motivação/autoeficácia (“querer”), o autocuidado/automanejo (“cuidar”), entendendo e compartilhando os sentimentos (sentir);• Ajudar a pessoa a identificar metas específicas para melhorar qualidade de vida (personalizar, utilizar a abordagem centrada na pessoa), “o que importa mais para cada um”;• Seguimento frequente, personalizado, com foco no cuidado em equipe e não em um único profissional;• Considerar terapias complementares;• Identificar se há necessidade de compartilhar o cuidado com profissionais da saúde mental.	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
ATIVIDADE FÍSICA	<ul style="list-style-type: none">• Personalizar de acordo com preferências, disponibilidade, motivação, buscando atingir metas graduais aumentando-se progressivamente a intensidade da atividade, sempre mantendo um nível em que se possa manter uma conversa confortável com quem o acompanhe;• Estimular em todas as consultas: atividades aeróbicas e de resistência, apoiando a perseverança;• Não desestimular outras formas de atividade física se a pessoa estiver motivada para tal.	Enfermeiro(a)/ Médico(a) Profissional de Educação Física (se disponível)
AVALIAÇÃO E MANEJO DO QUADRO EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Rastreamento de transtornos depressivos e ansiosos.• Foco no sentir. Explorar e manejar sentimentos envolvidos com a condição crônica (dor):<ul style="list-style-type: none">◦ ideias;◦ preocupações;◦ impacto funcional;◦ expectativas;◦ como lida com a dor;◦ suporte social.• Empoderar para manejo de desencadeantes;• Detectar violência doméstica e outras, atuais ou pregressas;• Buscar abordagem terapêutica de reatribuição e resolução de problemas;• Buscar abordagem cognitivo-comportamental com apoio matricial quando disponível.	Enfermeiro(a)/ Médico(a) Profissional de Psicologia e Grupos de apoio e auto manejo (se disponíveis)



PROJETO

TeleNordeste

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
TERAPIAS COMPLEMENTARES	<ul style="list-style-type: none">• Agulhamento seco;• <i>Mindfulness</i>;• Tai Chi Chuan ou Yoga;• Relaxamento com respiração profunda;• Terapias manuais.	Enfermeiro(a)/ Médico(a) (profissional treinado)

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

Quadro 5.12.5 - Abordagem inicial de fibromialgia - medidas farmacológicas

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
ANTIDEPRESSIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Amitriptilina (AMT): 1ª opção na ausência de depressão. Inicie a partir de 10mg (ou 25mg se apresentação indisponível) na hora de deitar. Aumente 25mg a cada 2-4 semanas até 100mg. Doses maiores podem ser necessárias se sintomas depressivos presentes (dose máxima: 300mg).• O uso associado de ISRS e tricíclicos pode potencializar os benefícios quando a depressão se apresenta com dor, ou quando os efeitos da amitriptilina isolada não forem significativos após 3 meses. Seus efeitos podem ser similares aos de drogas inibidoras da recaptção de serotonina e noradrenalina, os chamados antidepressivos duais. Nessa associação, a fluoxetina pode ser iniciada com 20mg/d e aumentada em 20mg cada mês até 80mg/d. A amitriptilina segue seu próprio padrão de aumento. Nos casos em que as REMUMES a incluam, a venlafaxina pode ser prescrita. A dose inicial recomendada é de 75mg ao dia dividida em 2 tomadas, junto às refeições. Pode ser dobrada ou triplicada progressivamente, com aumentos a cada 4 dias.	Médico(a)
AINES	<ul style="list-style-type: none">• O uso de AINEs não é de indicação geral, por ausência de comprovação de benefícios e por riscos gastrointestinais, renais e cardiovasculares, especialmente em idosos. Susceptibilidades individuais podem justificar seu uso por breves períodos.• Ibuprofeno 600mg: dose padrão 1cp VO de 8/8h, dose máxima de 2400mg/dia.	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
ANTICONVULSIVANTES	<ul style="list-style-type: none">• Gabapentina, em doses de 1200 a 2400mg/d pode ser efetiva para algumas pessoas, mas também não é de indicação geral.	Médico(a)
ANALGÉSICOS COMUNS	<ul style="list-style-type: none">• Paracetamol e/ou Dipirona 500 a 1000mg VO de 6/6h.• Uso para crises pontuais, como resgate.• Evitar uso contínuo e regular.	Enfermeiro(a)/ Médico(a)



PROJETO

TeleNordeste

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
OPIOIDES	<ul style="list-style-type: none">• Tramadol 37,5mg, nos municípios em que estiver disponibilizado na REMUME ou, em sua indisponibilidade, Codeína 30mg em combinação com paracetamol tem seu efeito potencializado, mas dados os efeitos indesejáveis, deve ser restrito ao uso como última escolha.• Atenção às precauções sobre opiáceos (ver quadro 5.1.7) e aos efeitos adversos: constipação, sedação, dependência.	Médico(a)

Guiar-se pelos sintomas, doses máximas e efeitos adversos, podendo necessitar combinação de fármacos.

Iniciar em doses baixas e aumentar conforme resultados esperados e tolerabilidade.

No uso associado de tramadol e antidepressivo, atentar ao risco de síndrome “serotoninérgica”.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

QUANDO ENCAMINHAR

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para equipe de Tratamento da Dor:

- fibromialgia sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado¹ por pelo menos 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas:

- a. Citar áreas em que o paciente sente dor, características da dor e tempo de evolução;
- b. presença de fadiga (sim ou não). Se sim, descreva gravidade;
- c. Paciente apresenta sono reparador (sim ou não). Se não, descreva gravidade;
- d. Presença de sintomas cognitivos (sim ou não). Se sim, descreva-os e a gravidade;
- e. Outros sinais e sintomas gerais (edema articular, fraqueza, fenômeno de Raynaud, alteração hábito intestinal, sintomas constitucionais) (sim ou não). Se sim, quais.

2. Paciente apresenta sintomas depressivos ou outra comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, descreva quais são e os medicamentos em uso;

¹ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento não medicamentoso (educação em saúde, exercícios físicos, higiene do sono e psicoterapia, se necessária) e medicamentoso (para modulação da dor e analgesia) adaptado às condições do paciente. Mais informações sobre tratamento no quadro 5.12.6.



- 3 Tratamento em uso ou já realizado para fibromialgia [não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e/ou farmacológico utilizado (dose, posologia e resposta)];
4. Número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Quadro 5.12.6 - Tratamento otimizado para fibromialgia

Educação em saúde	É fundamental que o paciente entenda a doença e sua responsabilidade para o sucesso terapêutico. Orientações sobre o diagnóstico, curso da doença, plano terapêutico, controle da dor e programas de autocontrole devem ser fornecidas. Ressaltar que se trata de uma doença real, porém é importante tranquilizar quanto ao seu caráter benigno. A Sociedade Brasileira de Reumatologia disponibiliza uma cartilha com informações sobre a fibromialgia. .
Exercícios	Têm importância fundamental no tratamento. Devem ser fortemente encorajados. Explicar ao paciente que a dor pode ser exacerbada temporariamente ao iniciar um exercício. Atividades aeróbicas de baixo impacto (caminhada, bicicleta, natação, hidroginástica) ou de fortalecimento muscular melhoram a dor, a funcionalidade e o sono. O incremento deve ser lento, atingindo o ponto de resistência leve, não o ponto de dor, reduzindo, dessa forma, a dor induzida pelo exercício. Pequenos ganhos na rotina de exercícios (como 10 minutos ao dia) devem ser reconhecidos e parabenizados.
Psicoterapia	Terapia cognitivo comportamental e outras formas de psicoterapia.
Higiene do sono	A higiene do sono e o controle de estímulos podem e devem ser orientados por qualquer profissional da equipe de saúde.
Terapia farmacológica	<p>Para modulação da dor:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ciclobenzaprina 5 a 10mg à noite usualmente, podendo aumentar conforme tolerância até 40mg/dia (10mg pela manhã e 30mg à noite), doses altas podem provocar muita sedação;• Amitriptilina* 12,5 a 50mg à noite (tomar 2 horas antes de dormir para evitar sonolência excessiva ao acordar);• Fluoxetina* 20mg pela manhã, associado à Amitriptilina 25mg à noite;• Duloxetina* 30 a 60mg pela manhã;• Gabapentina 300mg à noite, aumentar conforme tolerância até 1200 a 2400mg/dia; de 8 em 8 horas (medicação disponível no SUS mediante laudo de solicitação de medicamentos especiais para tratamento de dor crônica, CID-10 52.1 ou 52.2).• Pregabalina 75mg à noite, com aumento gradual, doses usuais entre 150 e 300mg/dia, podendo aumentar até 450mg/dia; de 12 em 12 horas, (preferir se distúrbios do sono predominantes ou uso concomitante de antidepressivos);• Duloxetina* 30 a 60mg pela manhã associado à Pregabalina 75mg à noite, podendo aumentar a dose até 450mg/dia.



PROJETO

TeleNordeste

Terapia farmacológica

Para analgesia:

- Paracetamol 1g, de 6 em 6 horas;
- Dipirona 1g, de 6 em 6 horas;
- Tramadol 50 a 100mg, de 6 em 6 horas, máximo 400mg/dia (reduzir doses se insuficiência hepática ou renal).

Para distúrbios do sono:

- Se não houver melhora com Ciclobenzaprina, Amitriptilina ou Pregabalina, é possível associar Zolpidem 5 a 10mg à noite (apesar do seu potencial de dependência e alteração de memória).

Não há evidência para uso de corticoides, anti-inflamatórios, codeína e benzodiazepínicos no tratamento da fibromialgia e, portanto, esses medicamentos não devem ser utilizados.

Acesso no link <https://www.reumatologia.org.br/cartilhas/#:-:text=Fibromialgia,do%20corpo%20que%20n%C3%A3o%20doa>

As orientações estão sintetizadas no link: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/insonia/>

*Se comorbidades psiquiátricas presentes, como depressão e ansiedade, doses maiores podem ser usadas.

Fonte: Adaptado de Martins et al. (2022).



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: dor crônica. Brasília, DF; 2017.

Heymann R. Novos conceitos em fibromialgia. AtualizaDOR Programa de Educação Médica em Ortopedia; 2006.

Martins ACM, Saldanha CF, Piovesan DM, Rados DRV, Oliveira EB, Tres GL, et al. Regula SUS. Protocolos de regulação ambulatorial: reumatologia [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2022 [citado 4 jul. 2023]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_reumatologia_20170911_v015_cvc.pdf.

Oliveira JTD. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. Arq Neuro-Psiquiatr. 2000;58:360-5.

Pilowsky I. Abnormal illness behaviour. Br J Med Psychol. 1969;42(4):347-51.

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Hauser W, Katz RL, et al. Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Semin Arthritis Rheum. 2016;46(3):319-29.



5.13

Síndromes dolorosas complexas, de origem central e associadas a transtornos mentais



Quadro 5.13.1//Diagnóstico de Síndrome Complexa Regional

Definição:

É um distúrbio de uma região do corpo, geralmente dos membros distais, que se caracteriza por dor, edema, limitação de movimento, instabilidade vasomotora, alterações da pele e fâneros e desmineralização óssea irregular. Frequentemente começa após um evento desencadeante como fratura, lesão de tecidos moles ou cirurgia.

Critérios diagnósticos de Budapeste:

- Dor contínua, que é desproporcional ao evento desencadeante;
- Evidência de pelo menos 1 sintoma em três ou mais categorias;
- Evidência de pelo menos 1 sinal clínico em duas ou mais categorias, à data da observação;
- Ausência de outro diagnóstico que melhor justifique o quadro clínico.

Categorias:

- **Sensitiva:** alodinia (ao toque leve/temperatura, pressão somática profunda ou movimento articular) e/ou hiperestesia (à picada);
- **Vasomotora:** assimetria de temperatura ($> 1^{\circ} \text{C}$) e/ou assimetria de cor da pele, alterações da cor da pele;
- **Autonômica:** edema, alterações na sudorese, assimetria na sudorese;
- **Motora/trófica:** diminuição da amplitude de movimento, disfunção motora (fraqueza, tremor ou distonia) e/ou alterações tróficas (no cabelo, em unhas ou na pele).

Fonte: Adaptado de Hennigen et al. (2020).



PROJETO

TeleNordeste

Quando encaminhar

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor:

- Suspeita ou diagnóstico de Síndrome Dolorosa Complexa Regional (ver quadro 5.12.1);
- Dor do membro fantasma;
- Dor após avulsão de plexo braquial;
- Dor central¹ de qualquer etiologia (ex.: pós-lesão/trauma medular, pós-acidente vascular cerebral);
- Dor por crises vaso-oclusivas em pacientes com anemia falciforme.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (caracterização do quadro, história de trauma ou cirurgia prévia, exame físico completo);
2. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta terapêutica);
3. Número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹A dor central é provável quando se apresenta com distribuição corporal compatível com a lesão identificada no SNC, associada a alterações somatossensitivas positivas ou negativas. No entanto, não é obrigatório que toda área seja envolvida. É possível que outras áreas do corpo apresentem quadro de dor musculoesquelética decorrente da sobrecarga a que são submetidos para compensar o membro acometido.

Fonte: Adaptado de Hennigen et al. (2020).

DOR ASSOCIADA A TRANSTORNOS MENTAIS (INCLUSIVE A DEPENDÊNCIA DE OPIOIDES)

Quadro 5.13.2//Critérios para transtorno por uso de opioides

Padrão problemático de uso de opioides, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. Os opioides são frequentemente consumidos em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de opioides.



PROJETO

TeleNordeste

-
3. Muito tempo é dedicado a atividades necessárias para obtenção do opioide, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.

 4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar opioides.

 5. Uso recorrente de opioides resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.

 6. Uso continuado de opioides apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos.

 7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de opioides.

 8. Uso recorrente de opioides em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.

 9. O uso de opioides é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
-

Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

10.
 - Necessidade de quantidades progressivamente maiores de opioides para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
 - Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de opioide.
Nota: esse critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de opioides se dá unicamente sob supervisão médica adequada.
-

Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

11.
 - Síndrome de abstinência característica de opioides.
 - Cessação ou redução do uso pesado e prolongado de opioides (algumas semanas ou mais) OU
 - Administração de um antagonista de opioides após um período de uso de opioides
 - Três ou mais dos seguintes sintomas, desenvolvidos no prazo de alguns minutos a alguns dias após algum dos eventos descritos anteriormente: humor disfórico, náuseas ou vômito, dores musculares, lacrimejamento ou rinorreia, midríase, piloereção ou sudorese, diarreia, bocejos, febre ou insônia.
 - Opioides (ou uma substância estreitamente relacionada) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
-

Fonte: Adaptado de Hennigen et al. (2020).



PROJETO

TeleNordeste

Quando encaminhar



Atenção: É importante tentar diferenciar dependência de opioides de pseudodependência (ou pseudoadição). Pseudodependência é a síndrome iatrogênica, resultante de dor subtratada, que leva o paciente a solicitar doses crescentes de analgésicos e acarreta alteração do comportamento. Tal condição é resolvida ao se otimizar o manejo terapêutico da dor.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- sintomas agudos de abstinência com risco de auto ou hetero agressão;
- intoxicações agudas por uso de analgésicos e/ou outras substâncias psicoativas (instabilidade hemodinâmica e/ou depressão do sensorio secundárias);
- risco alto de suicídio.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Psiquiatria:

- transtorno psiquiátrico predominante em relação ao quadro de dor (incluindo Transtorno de Sintomas Somáticos e transtornos relacionados) sem resposta à abordagem realizada na atenção primária.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor:

- dor crônica de difícil resposta terapêutica, relacionada a transtorno por uso de opioides (ver diagnóstico no quadro 5.13.2);
- pseudodependência (pseudoadição) refratária ao manejo da dor crônica na atenção primária;
- dor crônica refratária, apesar de tratamento psiquiátrico da doença de base otimizado (ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos dois psicofármacos isolados ou em associação, mantidos por pelo menos 8 semanas cada).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Histórico psiquiátrico:
 - a. Transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (especialmente episódios prévios de transtorno de humor) (sim ou não)? Se sim, descreva;
 - b. Internações psiquiátricas anteriores (sim ou não). Se sim, número de internações, duração e ano das internações;



PROJETO

TeleNordeste

- c.** Presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não)? Se sim, descreva;
- d.** Tratamento atual ou já realizado para a condição psiquiátrica [psicoterápico (tipo, duração e resposta) ou farmacológico (dose, posologia e resposta)];
- 2.** Descrição do quadro atual de dor (descrever tempo de duração, intensidade, localização, repercussões e tratamentos realizados);
- 3.** Descrição do quadro atual e histórico do uso de substâncias (descrever substâncias, quantidade, tempo de uso e outras características que sugerem transtorno por uso de substâncias);
- 4.** Apresenta prejuízo funcional associado à condição (sim ou não)? Se sim, descreva;
- 5.** Número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Hennigen AW, Martins ACM, Cuervo DLM, Rados DRV, Oliveira EB, Tres GL, et al. Regula SUS. Protocolos de encaminhamento para tratamento da dor [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2020 [citado 4 jul. 2023]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/protocolos_resumos/protocolo_tratamento_dor_TSRS.pdf



PROJETO
TeleNordeste



6

Obesidade



PROJETO

TeleNordeste

INTRODUÇÃO

É necessário um cuidado multiprofissional longitudinal, por meio de abordagens individuais e coletivas.

Devem ser considerados os determinantes e condicionantes do sobrepeso e da obesidade, sem culpabilização, estigmatização e discriminação da pessoa ou sua família.

Fonte Ministério da Saúde/Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável.

AVALIAÇÃO INICIAL

Na avaliação inicial:

- Mensurar grau de obesidade (IMC)/obesidade central (circunferência abdominal);
- Investigar comorbidades ou fatores de risco;
- Verificar presença de doença ou uso de fármacos causadores do excesso de peso.

Tabela 2 – Fármacos Obesogênicos

Antipsicóticos Atípicos	Olanzapina, clozapina, risperidona
Antidepressivos	Amitriptilina, mirtazapina, paroxetina
Estabilizadores de Humor	Lítio
Glicocorticoides	Prednisona
Betabloqueadores	Propranolol
Hipoglicemiantes	Insulina, sulfoniureias (glibenclamida)
Anticonvulsivantes	Fenitoína, ácido valproico, gabapentina, carbamazepina
Anti-histamínicos	Principalmente 1º geração

Fonte: CAB de obesidade.



PROJETO

TeleNordeste

Anamnese

- Motivo principal da consulta (excesso do peso ou complicações do excesso do peso);
- Grau de motivação para perda de peso;
- Peso desejado;
- Trajetória do peso (registrar peso máximo);
- Tentativas prévias de emagrecer;
- Prática de atividades física;
- Fatores precipitantes de recaídas;
- Hábitos;
- Presença de transtornos alimentares;
- Presença de doenças psiquiátricas: depressão, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade, transtorno de humor bipolar, adição a drogas;
- Compreensão das consequências físicas e psíquicas da perda de peso.

Exame físico

- Peso e estatura;
- Medidas de pressão arterial com manguito adequado;
- Sinais clínicos de obesidade secundária (ex.: estrias cushingóides).

Fonte: Brasil (2022).

Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliar obesidade e risco para diabetes 2 e doença cardiovascular

Risco de complicações metabólicas	IMC (kg/m ³)	Circunferência abdominal (cm)	
		Homem: 94-102 Mulher: 80-88	102+ 88+
Baixo peso	< 18,5	-	
Peso saudável	18,5-24,9	-	Aumentado
Grau 1	25-29,9	Aumentado	Alto
Grau 2	≥ 30,0	Alto	Muito alto



PROJETO

TeleNordeste

Classificação de peso pelo IMC

Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré-obeso	25-29,9	Aumentado
Obeso I	30,0-34,9	Moderado
Obeso II	35,0-39,9	Grave
Obeso III	≥ 40	Muito grave

Fonte: adaptado de Radominski et al. (2010).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2014a) sugere pontos de corte de IMC para os idosos diferentes dos propostos para os adultos, principalmente quanto ao sobrepeso, que é definido neste grupo como IMC > 27 (Lipschitz, 1994).

Fonte: Brasil (2006).

Exames iniciais

- Glicemia de jejum e colesterol total (e triglicérides).
- Outros exames devem ser guiados conforme achados na história e exame físico.

MANEJO

Tríade principal do manejo:

- Apoio à mudança do estilo de vida;
- Dieta para provocar déficit calórico;
- Estímulo à atividade física regular.



Intervenções medicamentosas ou cirúrgicas, sem os elementos acima, agregam riscos e podem falhar ou desembocar em recidivas e complicações.



PROJETO

TeleNordeste

- Objetivos viáveis e respeito aos limites do paciente. Meta terapêutica: perda de 5 a 10% do peso inicial em 3 a 6 meses.



Atenção à redução da circunferência abdominal para reduzir o risco cardiovascular

A escolha da técnica adequada depende da fase de motivação do paciente. Assim, para que possamos ter a percepção adequada e correlacionar com a intervenção adequada, podemos pensar da seguinte forma:

Estágios de Mudança de Prochaska e DiClemente	Tarefas Motivacionais do Terapeuta
Pré-contemplação	Levantar dúvidas — aumentar a percepção do paciente sobre os riscos e problemas do comportamento atual.
Contemplação	“Inclinar a balança” — evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a auto-suficiência do paciente para a mudança do comportamento atual.
Preparação	Ajudar o paciente a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.
Ação	Ajudar o paciente a dar passos rumo à mudança.
Manutenção	Ajudar o paciente a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída.
Recaída	Ajudar o paciente a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

Fonte: Adaptado de Gusso e Lopes (2012).



PROJETO

TeleNordeste

Recomendações da OMS

Recomendações da OMS para a prevenção da obesidade e de outras doenças associadas à alimentação:

- preferir alimentos *in natura* e evitar ultraprocessados;
- limitar o consumo de gorduras, especialmente frituras e produtos de origem animal;
- aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e oleaginosas (amêndoas, castanhas etc.);
- limitar o consumo de açúcares livres;
- limitar o consumo de sal (sódio) de todas as fontes.

Fonte: Brasil (2006).



Síntese das recomendações do guia alimentar da população brasileira

- Procurar fazer as refeições diárias sempre nos mesmos horários.
- Evitar “beliscar” alimentos nos intervalos entre as refeições.
- Comer devagar, sem se envolver em outra atividade.
- Mastigar bem os alimentos.



PROJETO

TeleNordeste

Comer em ambientes apropriados

- Procurar comer em locais limpos e tranquilos. Evitar locais que estimulem o consumo de grandes quantidades de alimentos.
- Evitar comer diante da TV, utilizando o computador ou o telefone, na mesa de trabalho, em pé ou em veículos de transporte.
- Procurar servir o prato apenas uma vez ou aguardar algum tempo para servir novamente.



Ainda de acordo com a OMS:

- Recomenda-se prática de atividades físicas de intensidade leve ou moderada diariamente ou na maior parte dos dias da semana por pelo menos 60 minutos diários.
- Recomenda-se que as pessoas adotem um estilo de vida mais ativo em seu cotidiano (optando, por exemplo, por caminhar e subir escadas em vez de usar carro e elevador ou escada rolante).
- Estimular que elas identifiquem que atividades físicas lhes dão prazer.

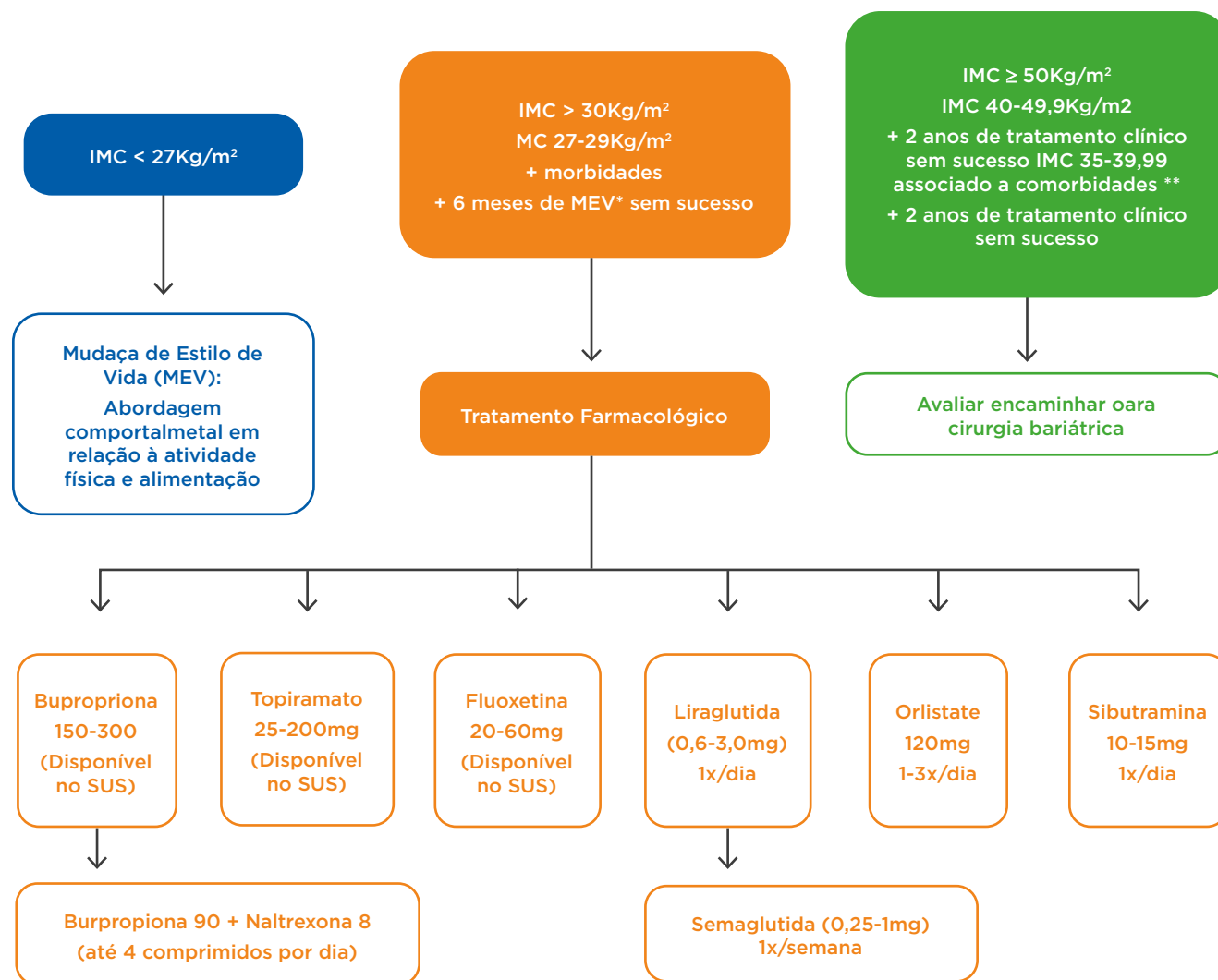
Fonte: Brasil (2006).



PROJETO

TeleNordeste

Fluxograma para tratamento de obesidade



Comorbidades

- Risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos;
- Doença cardiovascular;
- Hipertensão arterial de difícil controle;
- Diabetes Mellitus de difícil controle;
- Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono;
- Doença articular degenerativa.

Fonte: Adaptado de Brasil (2022).



ATRIBUTOS DOS COMPONENTES DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PARA OBESIDADE

Princípio ativo	Efeito sobre a perda de peso	Dosagem	Contraindicação	Efeitos adversos
Sibutramina ¹	Aumento da saciedade e do gasto energético.	10mg, 1x/dia (inicial) e 15mg, 1x/dia (após 30 dias, se pressão arterial e frequência cardíaca normais).	Hipertensão arterial mal controlada, insuficiência renal, disfunção hepática grave, glaucoma, abuso de drogas e doença cardiovascular estabelecida.	Aumento da FC e a PA, insônia, xerostomia, constipação e nervosismo.
Orlistate	Inibe a absorção de gorduras ingeridas.	120mg, 3x/dia, administrado junto às principais refeições.	Má absorção, colestase ou cálculos de oxalato de cálcio.	Flatulência, cólicas abdominais, urgência e/ou incontinência fecal com esteatorreia e deficiência de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K).
Liraglutida	Aumento da saciedade e atraso do esvaziamento gástrico.	0,6mg 1x/dia, SC, sendo aumentada semanalmente para 1,2mg, 1,8mg, 2,4mg e 3,0mg (dose máxima).	Gestantes e pacientes com história familiar de carcinoma medular de tireoide ou história pessoal de neoplasia endócrina múltipla 2A ou 2B.	Gastrointestinais (náuseas, vômitos, constipação, diarreia).
Semaglutida ² off-label	Aumento da saciedade e atraso do esvaziamento gástrico. Uso aprovado no Brasil para tratamento de diabetes.	0,25mg, SC 1x/semana, aumentada mensalmente para 0,5mg, 1mg, 1,7mg e 2,4mg ³ .	Gestação e pacientes com história pessoal de pancreatite ou história pessoal ou familiar de neoplasia endócrina múltipla 2A ou 2B.	Gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia).
Bupropiona ² off-label	Antidepressivo inibidor da recaptção da norepinefrina e dopamina.	150mg, 1x/dia e pode ser aumentada para até 150mg, 2x/dia.	Epilepsia, TCE grave prévio e em pacientes descontinuando uso de etanol e/ou benzodiazepínicos, história de bulimia e/ou anorexia ou em uso concomitante de IMAOs.	Xerostomia, insônia, cefaleia e constipação. Pode diminuir o limiar convulsivo.
Topiramato ² off-label	Redução do apetite	25mg, 1x/dia, até 100mg, 2x/dia, conforme tolerância.	Gestação.	Associado à redução da eficácia de contraceptivos hormonais, sonolência, parestesias e efeitos cognitivos como a dificuldade de concentração e piora da memória.

FC: frequência cardíaca; IMAOs: inibidores da monoamina oxidase; PA: pressão arterial; SC: subcutânea; TCE: trauma cranioencefálico.

¹ Exige termo de consentimento, assinado por médico e paciente, que deve ser entregue na farmácia.

² A indicação para tratamento da obesidade não consta na bula das medicações. O uso off-label tem lugar na prática médica e é largamente aceito e praticado, não sendo uma violação das boas práticas da medicina.

³ No Brasil apenas as apresentações de 0,5 e 1mg por injeção estão disponíveis.

Fonte: Adaptado de Brasil (2022).



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica, n. 12. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília, DF; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada. Volume 1. Endocrinologia adulto. Brasília, DF; 2022.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.

Radominski RB, Benchimol AK, Halpern A, Mattos AG, Gelonese B, Cercato C, et al. Projeto Diretrizes. Obesidade e sobrepeso: tratamento farmacológico. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2010.



PROJETO
TeleNordeste



Hipotireoidismo



PROJETO

TeleNordeste

HIPOTIREOIDISMO

A forma mais frequente de apresentação do hipotireoidismo (95% dos casos) é decorrente de alterações primárias da glândula tireoide (hipotireoidismo primário).

O TSH só deve ser solicitado para pacientes com suspeita de disfunção tireoidiana, não havendo indicação de solicitá-lo para rastreamento populacional, em pessoas assintomáticas ou em gestantes assintomáticas de baixo risco.

A Ultrassonografia da tireoide só deve ser solicitada quando houver alterações na palpação cervical.

Fonte: Brasil (2022).

Sinais e sintomas

Os sintomas são inespecíficos e dependem do grau de deficiência na produção de hormonal e tempo de doença.

Diagnóstico do hipotireoidismo

É baseado em resultados laboratoriais do TSH e T4 livre solicitados após suspeita diante da clínica inespecífica.

1. Hipotireoidismo clínico primário

↑ TSH/↓T4livre

2. Hipotireoidismo Subclínico

↑ TSH/T4 livre normal

3. Hipotireoidismo Central

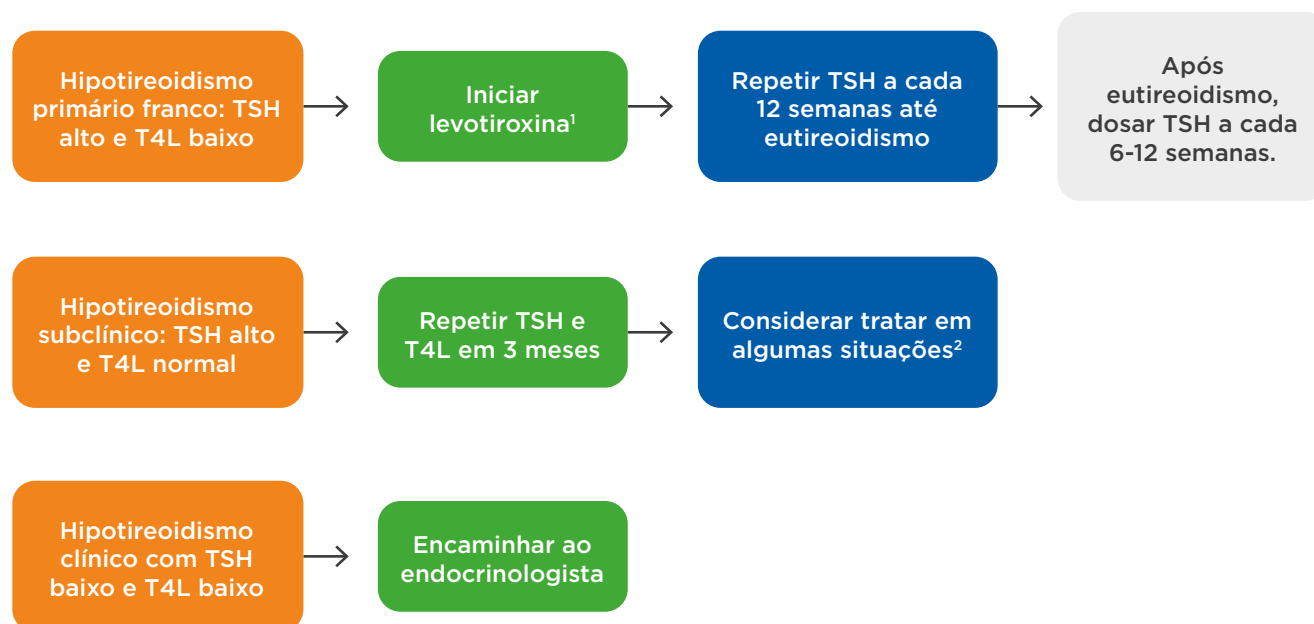
↓ ou normal TSH/↓T4 livre



PROJETO

TeleNordeste

Tratamento do Hipotireoidismo



1. Introduzir dose plena de Levotiroxina (1,6mcg/Kg) em adultos < 60 anos. Em idosos ou coronariopatas, iniciar com 12,5-25mcg/dia e progressão gradual. Monitorar sintomas de angina.
2. Recomenda-se o tratamento nas seguintes situações:
 - TSH persistentemente > 10mcUI/ml;
 - TSH persistentemente \geq 7mcUI/ml (mas \leq 10mcUI/ml) e mais um dos fatores:
 - idade < 65 anos;
 - idade \geq 65 anos e sintomas muito sugestivos de hipotireoidismo;
 - TSH acima do limite normal do laboratório e < 7mcUI/ml em pessoa com idade inferior a 65 anos e mais um dos fatores:
 - anti-TPO positivo em altos títulos;
 - bócio;
 - Sintomas muito sugestivos de hipotireoidismo.

Recomenda-se iniciar o tratamento com doses de 25 a 75mcg/dia. Se optado por não iniciar o tratamento, deve-se repetir o TSH após 6 a 12 meses.

Fonte: Brasil (2022).



PROJETO

TeleNordeste

A TIROIDE E A GESTANTE

Gestantes sem diagnóstico prévio de hipotireoidismo

Quando solicitar o TSH?

- Na presença de suspeita clínica;
- Diabetes Mellitus tipo 1;
- História pessoal ou familiar de doença da tireoide.

Quais os valores de referência de TSH na gestação?

- 1º trimestre: 0,1 a 4mcUI/L;
- 2º e 3º trimestres: 0,5 a 4,5mcUI/L;
- Na presença de valores definidos para a população específica estabelecidos pelo laboratório, usar os valores ajustados do laboratório.

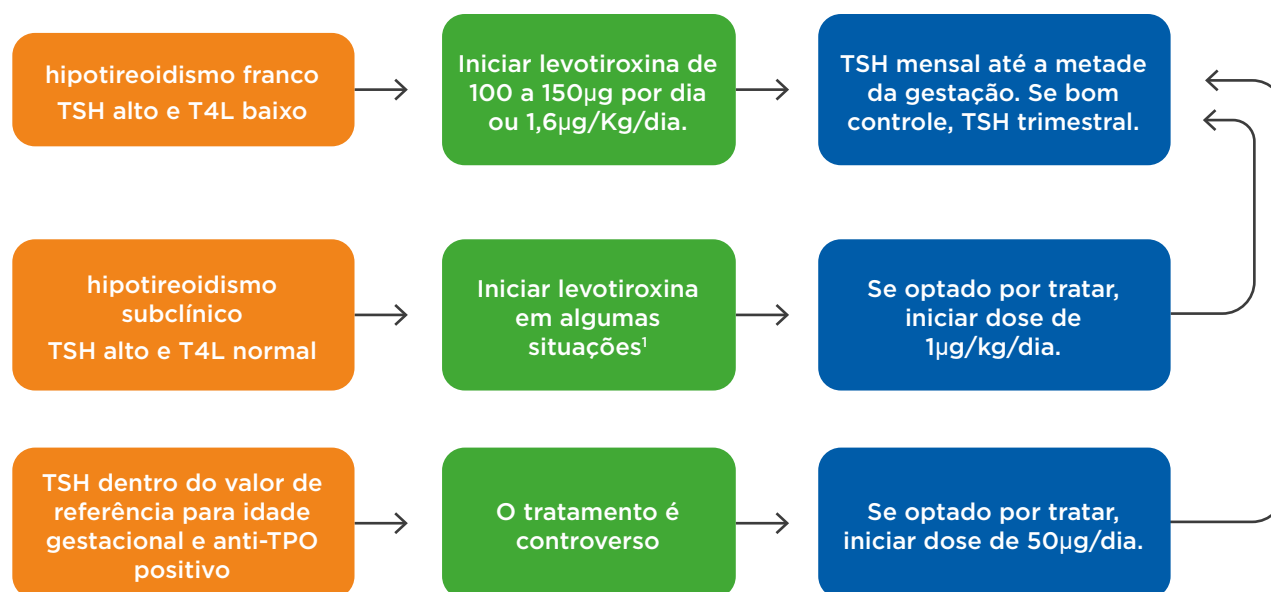
Quais os valores de referência de hormônios periféricos na gestação?

- Utilizar os valores ajustados do laboratório,
- Na ausência deles, usar a dosagem do T4 total, considerando como limite superior os valores de população adulta não grávida multiplicado por 1,5 e como o limite inferior o mesmo fornecido pelo laboratório.



PROJETO

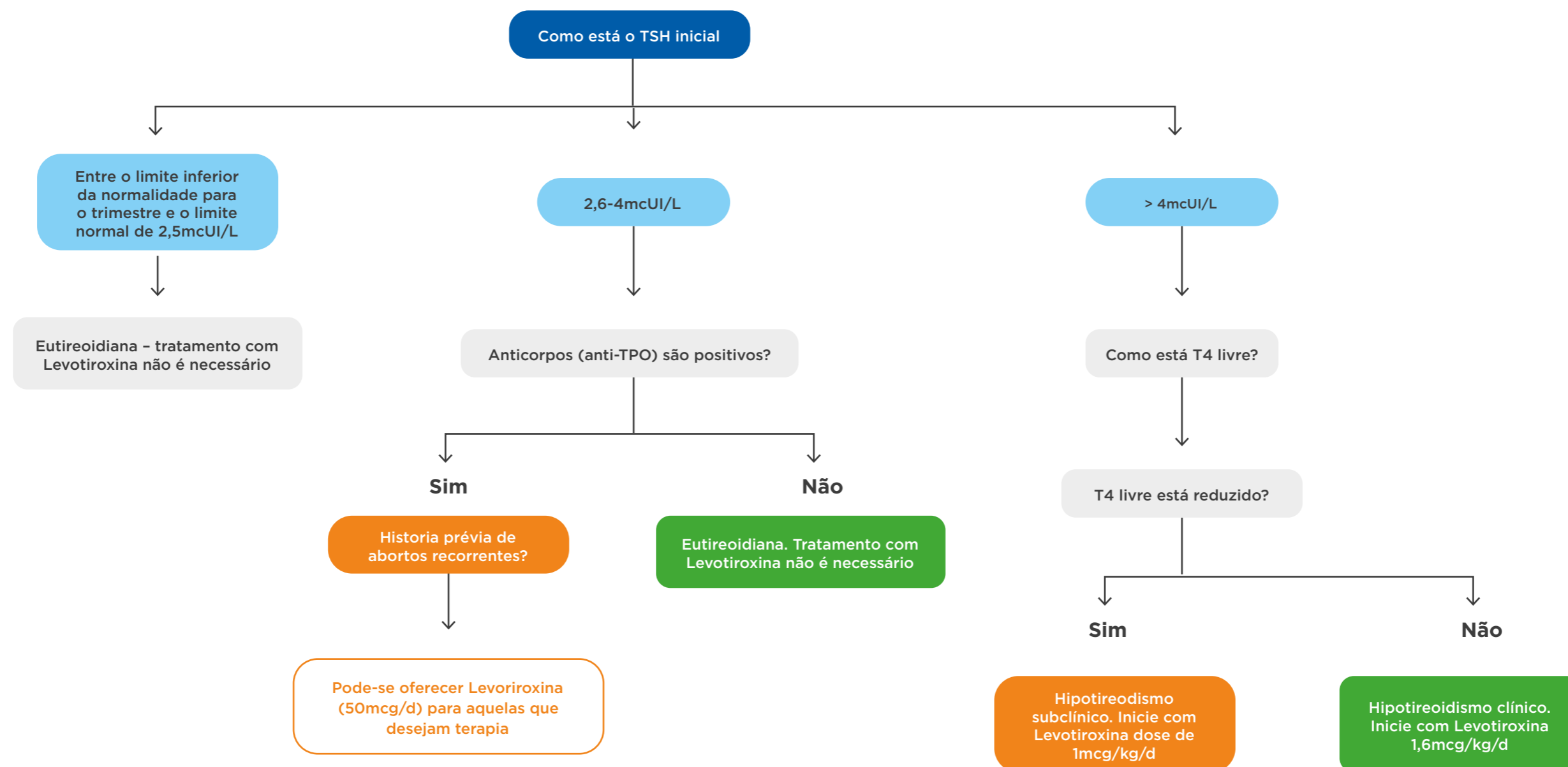
TeleNordeste



1. Se o diagnóstico de hipotireoidismo subclínico for feito na gestação, a recomendação de tratar é feita nas seguintes situações:

- TSH acima de 10mcUI/L,
- TSH elevado para o trimestre da gestação e anti-TPO positivo.
- O tratamento pode ser considerado em pacientes com: TSH abaixo de 10mcUI/L e acima do limite superior e antiTPO negativo identificadas antes de 12 semanas, idealmente antes de 8 semanas.

Fonte: Adaptado de Brasil (2022).



- **Se não tratar:** Repetir TSH no 2º trimestre (30% evolui para hipotireoidismo)
- Gestante com anti-TPO positivo deve ter TSH dosado a cada 4 semanas até a metade da gestação.

Seguimento:

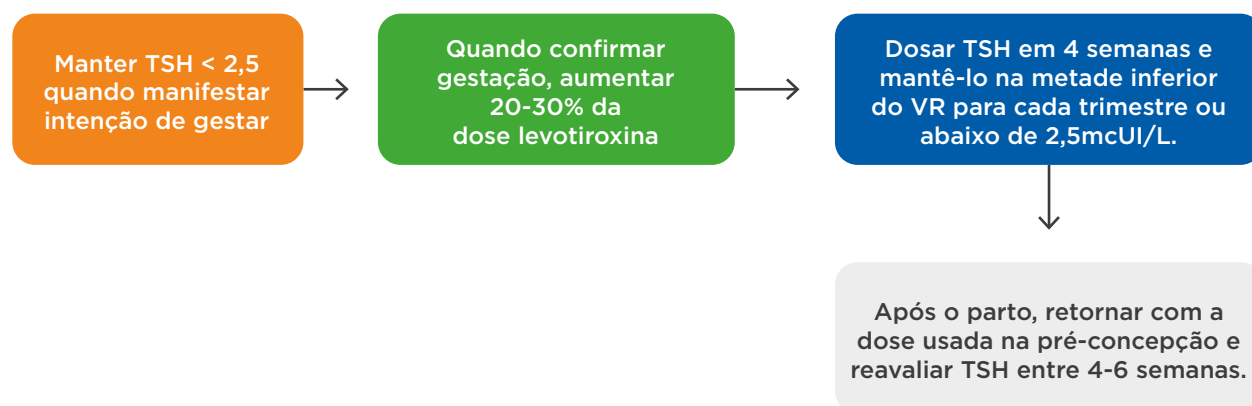
- Função tireoidiana a cada 4 semanas até 16-24 semanas de idade gestacional e pelo menos uma vez entre 26ª e 32ª semanas de gestação.



PROJETO

TeleNordeste

Hipotireoidismo prévio a gestação



Quando encaminhar para o especialista?

- Gestante com suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo);
- Gestante com hipotireoidismo primário usando mais de 2,5mcg/kg/dia de levotiroxina sem controle adequado.



PROJETO

TeleNordeste



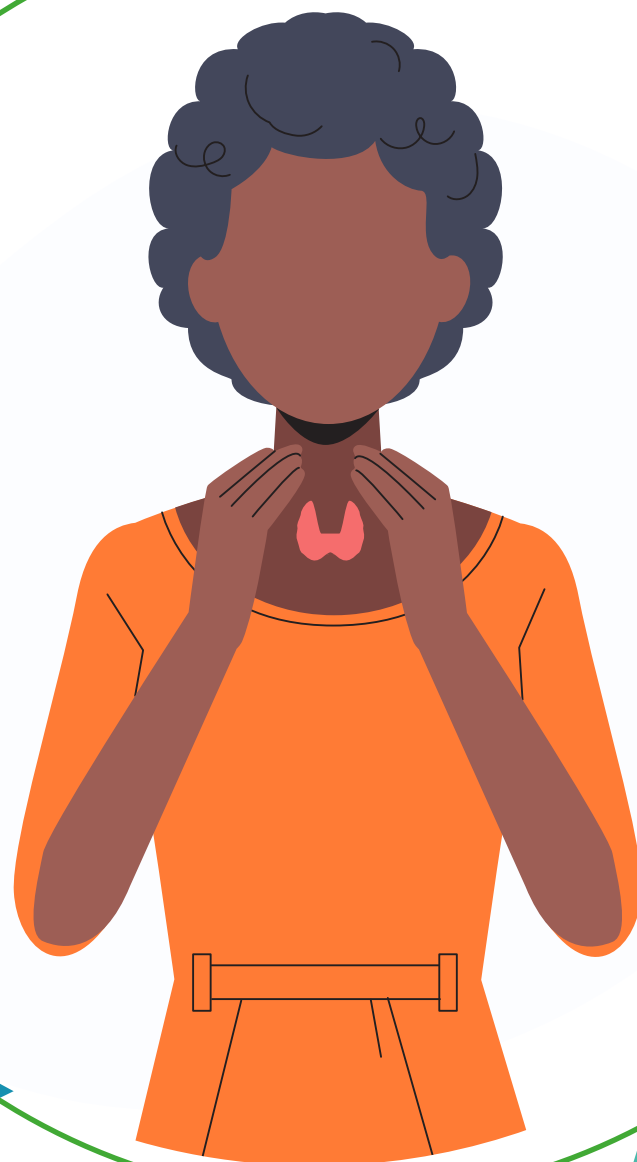
REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada. Volume 1. Endocrinologia adulto. Brasília, DF; 2022.



PROJETO

TeleNordeste



Hipertireoidismo



PROJETO

TeleNordeste

CONCEITOS

Hipertireoidismo:

Síndrome clínica caracterizada pelo excesso de produção dos hormônios tireoidianos.

Tireotoxicose:

Síndrome clínica decorrente da exposição do organismo a elevadas concentrações de hormônios de tireoidianos circulantes. Pode decorrer do próprio hipertireoidismo primário (Doença de Graves, adenoma tóxico, bócio multinodular tóxico), das tireoidites, de fonte extratireoidiana de hormônios (factícia).

CLÍNICA

Sintomas	Sinais clínicos
Hiperatividade	Taquicardia sinusal
Irritabilidade	Fibrilação atrial
Insônia	Tremores finos
Ansiedade	Hiperreflexia, hipercinesia
Palpitações	Pele quente e úmida
Fadiga, Fraqueza	Eritema palmar
Dispneia ao Exercício	Queda de cabelos
Perda de peso	Miopatia proximal
Hiperfagia	Insuficiência cardíaca congestiva
Hiperdefecação	Aumento de velocidade de crescimento
Oligomenorreia	Osteopenia
	Sudorese excessiva

Fonte: Adaptado de BVS APS (2016).

Diagnóstico de Hipertireoidismo

Diagnóstico	TSH	T4 livre	T3
Hipertireoidismo primário/Tireoidites	Baixo	Alto	Alto
T3 toxicose	Baixo	Normal	Alto
Hipertireoidismo subclínico	Baixo	Normal	Normal
Hipertireoidismo Central	Alto	Alto	Alto

Fonte: Adaptado de BVS APS (2016).



PROJETO

TeleNordeste

Classificação de acordo com a Captação de Iodo

Captação normal ou aumentada

Doença de Graves
Bócio multinodular tóxico
Adenoma tóxico
Adenoma hipofisário produtor de TSH
Tecido tireoidiano ectópico

Captação ausente ou baixa

Tireoidite subaguda de Quervain
Tireoidite subaguda linfocítica
Tireoidite exógena
Tireoidite induzida por amiodarona

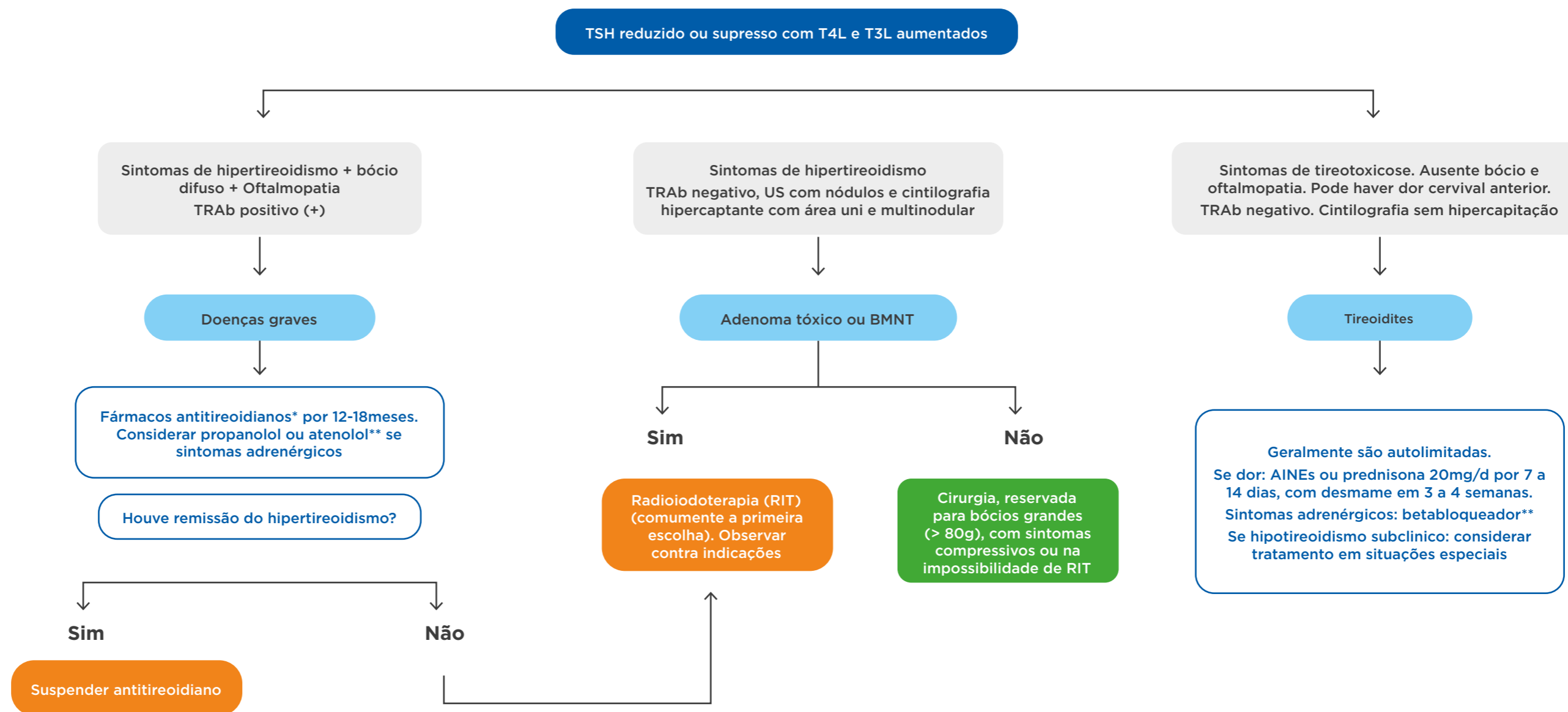
Fonte: Adaptado de BVS APS (2019).





Fluxograma para diagnóstico e tratamento das possíveis etiologias de tireotoxicose

Fonte: Elaboração própria.



Abreviaturas: TRAb: Anticorpo anti-receptor de TSH; BMNT: bócio multinodular tóxico; AINEs: anti-inflamatórios não - esteroidais; RIT: radioiodoterapia.

* Metimazol é a droga de escolha, exceto no 1º trimestre de gestação quando Propiltiuracil deve ser preferido. Pode haver aumento de enzimas canaliculares, AST e ALT. Tolera-se elevações de transaminases de até 5x o limite superior de normalidade. O efeito colateral mais grave é agranulocitose (em até 0,5%) e todo paciente em uso de metimazol deve ser orientado a realizar um leucograma sempre que tiver sintomas infecciosos e interromper a droga até a exclusão de agranulocitose.

**Propranolol 40-120mg/dia dividido em 2 a 3 doses e Atenolol 25-50mg/d em dose única.



PROJETO

TeleNordeste

DOENÇA DE GRAVES

Definição

- É uma doença autoimune.
- É a causa mais frequente de hipertireoidismo

Epidemiologia

- O pico de incidência acontece entre 20 e 40 anos
- Mais comum em mulheres (7:1)

Clinica

- Hipertireoidismo com bócio difuso
- Oftalmopatia (que clinicamente evidente em até 50% dos pacientes)
- Dermatopatia em área pré-tibial e dorso de pés, caracterizada por um edema não compressível e espessamento da pele (lesão em “casca de laranja”)

Diagnóstico

- Presença do anticorpo anti-receptor de TSH (TRAb)
- T3 e T4 livre aumentados
- TSH suprimido
- O diagnóstico de Doença de Graves pode ser firmado em pacientes com sintomas típicos de hipertireoidismo + bócio + oftalmopatia de início recente, sem a necessidade de outros exames complementares

Observações

- Encaminhar ao oftalmologista

Fonte: Adaptado de BVS APS (2019).



PROJETO

TeleNordeste

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

1- Promover a redução da síntese dos hormônios tireoidianos (fármacos antitireoidianos)

Metimazol (comprimidos de 5 e 10mg)
Dose 15-40mg/dia em única tomada

- É o tratamento de escolha, exceto no primeiro trimestre de gestação
- Deve ser mantido de 12 até 18 meses. A chance de remissão **não aumenta com o tratamento após 18 meses.**
- Na suspensão, níveis indetectáveis de TRAb favorecem a remissão.
- Efeitos colaterais leves: prurido, rash, reações urticariformes. Nesses casos não há necessidade de suspensão, podendo associar-se anti-histamínicos.
- Artralgias e desconforto abdominal também ocorrem e, em geral, desaparecem após alguns dias de tratamento.
- Em 5% dos casos pode ter aumento de enzimas canaliculares, e mais raramente de AST e ALT. A medicação só deve ser diminuída ou suspensa se elevação acima de 5 vezes o limite superior de normalidade.
- O efeito colateral mais grave é agranulocitose (em até 0,5%), com alto grau de mortalidade. É mais comum em idosos e com tratamentos superiores a 30mg/dia.
- Todo paciente em uso de metimazol deve ser orientado a realizar um leucograma sempre que sentir febre, dor de garganta ou outra infecção, e interromper a droga até a exclusão de agranulocitose.
- Em caso de agranulocitose, fator estimulador de granulócitos tem sido utilizado como terapia adjuvante.

Propiltiouracil (PTU)
(comprimidos de 100mg)
100-300mg/d dividido em 2-3 doses

- Uso mais restrito ao primeiro trimestre de gestação e a crises tireotóxicas.
- Cerca de 50% dos pacientes que apresentam efeitos colaterais com metimazol também apresentam com PTU.
- A hepatotoxicidade pode levar a necrose hepática focal, hepatite fulminante e até necessidade de transplante hepático.
- Pode haver vasculite com ANCA positivo.

2- Alívio dos sintomas causados pelo aumento do tônus adrenérgico

Propranolol

- Dose 40-120mg/dia dividido em 2 a 3 tomadas

Atenolol

- Dose de 25-50mg/d em tomada única
- Controles de sintomas adrenérgicos típicos
- Evitar se paciente com asma ou insuficiência cardíaca grave. Nestes casos, os bloqueadores do canal de cálcio poderão ser utilizados.

Fonte: Adaptado de BVS APS (2019).



PROJETO

TeleNordeste

Monitorização do tratamento

- Reavaliações iniciais a cada 4-6 semanas
- Redução gradual se eutireoidiano, até obter a menor dose.
- O TSH pode permanecer suprimido por meses após o início do tratamento e não deve ser utilizado para monitorização na fase inicial. **Desta forma, desejamos a normalização do T4 livre como parâmetro de controle inicial.**

Fonte: Adaptado de BVS APS (2019).

Radioiodoterapia (RIT)

Dose	<ul style="list-style-type: none">• 10-30mCi (Dose única)
Indicação	<ul style="list-style-type: none">• Considerada a terapia de melhor custo-benefício.• Principal: Opção de primeira linha no tratamento definitivo.• Contraindicação ao uso dos fármacos anti-tireoidianos (Metimazol e Propil).• Ausência de remissão laboratorial e clínica do hipertireoidismo com o uso dos fármacos anti-tireoidianos.• Recidiva do hipertireoidismo após um período de remissão inicial.
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Hipotireoidismo definitivo. Este geralmente ocorre nos primeiros três meses (raramente até 12 meses).
Contra indicações	<ul style="list-style-type: none">• Não deve ser usado em mulheres grávidas ou amamentando.• Evitar concepção por 3-6 meses após o RIT.• Não usar em nódulo tireoidiano de citologia suspeita ou indeterminada.• Alergia ao iodo não representa contra indicação para o I131.• Não usar se oftalmopatia grave ou em atividade inflamatória.
Observações	<ul style="list-style-type: none">• Cinco por cento necessitam de uma nova dose 12 meses depois. Neste caso a nova dose deve ser sempre mais alta.• Em caso de oftalmopatia leve, pode ser prevenida com uso de glicorticoide em dose baixa (Prednisona 0,3-0,5mg/Kg/dia) iniciado no mesmo dia da dose do radioiodo, mantendo-se por 30 dias e redução progressiva após 2-3 meses.



PROJETO

TeleNordeste

Tratamento Cirúrgico

Indicações	<ul style="list-style-type: none">• Bócios acima de 80g• Coexistência com nódulos tireoidianos de natureza indeterminada• Sintomas compressivos• Exoftalmopatia grave• Pacientes que desejam engravidar nos próximos 6 meses• Reações adversas ao tratamento medicamentoso e impossibilidade de se submeter ao RIT (ex.: gravidez)
Complicações	<ul style="list-style-type: none">• Lesões no nervo laríngeo recorrente, hipoparatiroidismo.

Fonte: Adaptado de BVS APS (2019).

Bócio multinodular tóxico

Clínica	<ul style="list-style-type: none">• Hipertireoidismo subclínico ou com hipertireoidismo franco similar ao da doença de Graves• O bócio pode ser volumoso e pode provocar sintomas compressivos• Não há oftalmopatia ou dermatopatia de Graves.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• TSH suprimido com T3 e T4 livre normais (hipertireoidismo subclínico) ou aumentados• TRAb não estará presente• A USG de tireoide irá determinar o número e tamanho dos nódulos• Lembrar que os nódulos serão captantes (“quentes”) à cintilografia, desta forma não há necessidade de PAAF, pois a chance de malignidade é praticamente nula.
Tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Radioiodoterapia é o tratamento usualmente mais indicado; a cirurgia fica reservada para bócios volumosos.• Antitireoidianos como Metimazol/PTU são alternativa ao tratamento cirúrgico, <u>porém não são definitivos</u> e não impedem o aumento dos nódulos.

Fonte: Adaptado de Vilar (2016).



PROJETO

TeleNordeste

Adenoma Tóxico

Etiologia	<ul style="list-style-type: none">• Nódulo tireoidiano único funcionante e autônomo
Clinica	<ul style="list-style-type: none">• Hipertireoidismo subclínico ou com hipertireoidismo franco similar a doença de Graves
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• Presença de TSH reduzido; T3 e T4L podem estar normais ou altos.• Na presença de TSH suprimido e um nódulo, a cintilografia é obrigatória.• Cintilografia: área com captação aumentada e restante do parênquima com captação reduzida.• A ultrassonografia revela nódulo único, sem necessidade de PAAF.
Tratamento	<ul style="list-style-type: none">• O tratamento de escolha é a Radioiodoterapia• Tratamento cirúrgico pode ser realizado, sendo indicado a lobectomia• Antitireoidiano leva o paciente ao eutireoidismo, mas com a suspensão, a produção autônoma se manterá

Fonte: Adaptado de Vilar (2016).

Hipertireoidismo subclínico (HiSC)

Causa mais comum: exógena (devido ao uso de Levotiroxina)

A dosagem do T3 (ou T3 livre) é obrigatória para excluir a possibilidade de tireotoxicose por T3.

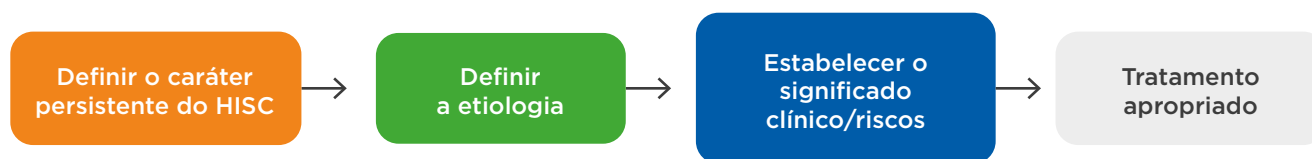
Classificação e características bioquímicas das hiperfunções tireoidianas subclínicas

Condição	Níveis de TSH (um/l)	Hormônios tireoidianos	Comentários
Hipertireoidismo subclínico (HiSC)	< 0,45	T4L e T3 (ou T3L) dentro dos valores de referência	Dosagem de T3 é obrigatória
Grau 1	≥ 0,1 a 0,44	=	
Grau 2	< 0,1	=	

Fonte: Aadaptado de BVS APS (2019).



Figura 2//Fluxograma do manejo do hipertireoidismo subclínico (HiSC)



1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa
Estabelecer se o HiSC é persistente	Estabelecer Etiologia	Estabelecer riscos cardíacos e ósseos associados
Deve-se repetir a dosagem de TSH, T4L e T3 (ou T3L) em período de 3 a 6 meses	Ultrassonografia	ECG, Holter, Ecocardiograma, Densitometria mineral óssea
	Cintilografia e TRAb	

Fonte: adaptado de Biondi et al. (2015).

Tratamento

Semelhante ao hipertireoidismo clínico (vide quadro de tratamento medicamentoso)

Devido à existência de poucos estudos consistentes sobre o tema, não existe consenso sobre a conduta mais adequada em pacientes com hipertireoidismo subclínico. A doença parece estar associada com fibrilação atrial, disfunção cardíaca, redução da densidade mineral óssea e progressão para hipertireoidismo. Os riscos do tratamento com drogas antitireoidianas são reações alérgicas graves e agranulocitose.

Quadro - Decisão de iniciar tratamento conforme parâmetros clínicos e laboratoriais

Parâmetros clínicos	Parâmetros Laboratoriais	
	TSH 0,1–0,44mU/L	TSH < 0,1mU/L
Idade ≥ 65 anos	Considerar tratamento	Sim
Idade < 65 anos com comorbidades		
• DCV ou RCV elevado	Sim	Sim
• Osteoporose*	Considerar	Sim
• Mulheres pós-menopausa	Considerar	Sim
• Presença de sintomas	Teste terapêutico	Sim
Idade < 65 anos sem comorbidades	Não	Sim**

* Sem fazer uso de estrogênio ou bisfosfonato

** Decisão compartilhada com paciente para iniciar terapia

DCV: Doença cardiovascular

RCV: Risco cardiovascular

Fonte: Adaptado de BVS APS (2009).



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Biondi B, Bartalena L, Cooper DS, Hegedus L, Laurberg P, Kahaly GJ. Tje 2015 European Thyroid Association Guidelines on Diagnosis and Treatment of Endogenous Subclinical Hyperthyroidism. Eur Thyroid J. 2015;4(3):149-63.

BVS APS. Quando está indicado o tratamento de pacientes com hipertireoidismo subclínico? [Internet]. São Paulo: Bireme/Opas; 2009 [citado 30 jan. 2023]. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quando-esta-indicado-o-tratamento-de-pacientes-com-hipertireoidismo-subclinico/>

BVS APS. Hipertireoidismo [Internet]. São Paulo: Bireme/Opas; 2016 [citado 30 jan. 2023]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/hipertireoidismo-2/>

BVS APS. Taxonomia. Hipertireoidismo [Internet]. São Paulo: Bireme/Opas; 2019 [citado 30 jan. 2023]. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/decs/hipertireoidismo/>

Vilar L. Endocrinologia clínica. 6, ed. Barueri: Guanabara Koogan; 2016.



PROJETO

TeleNordeste



Nódulos de tireoide



PROJETO

TeleNordeste

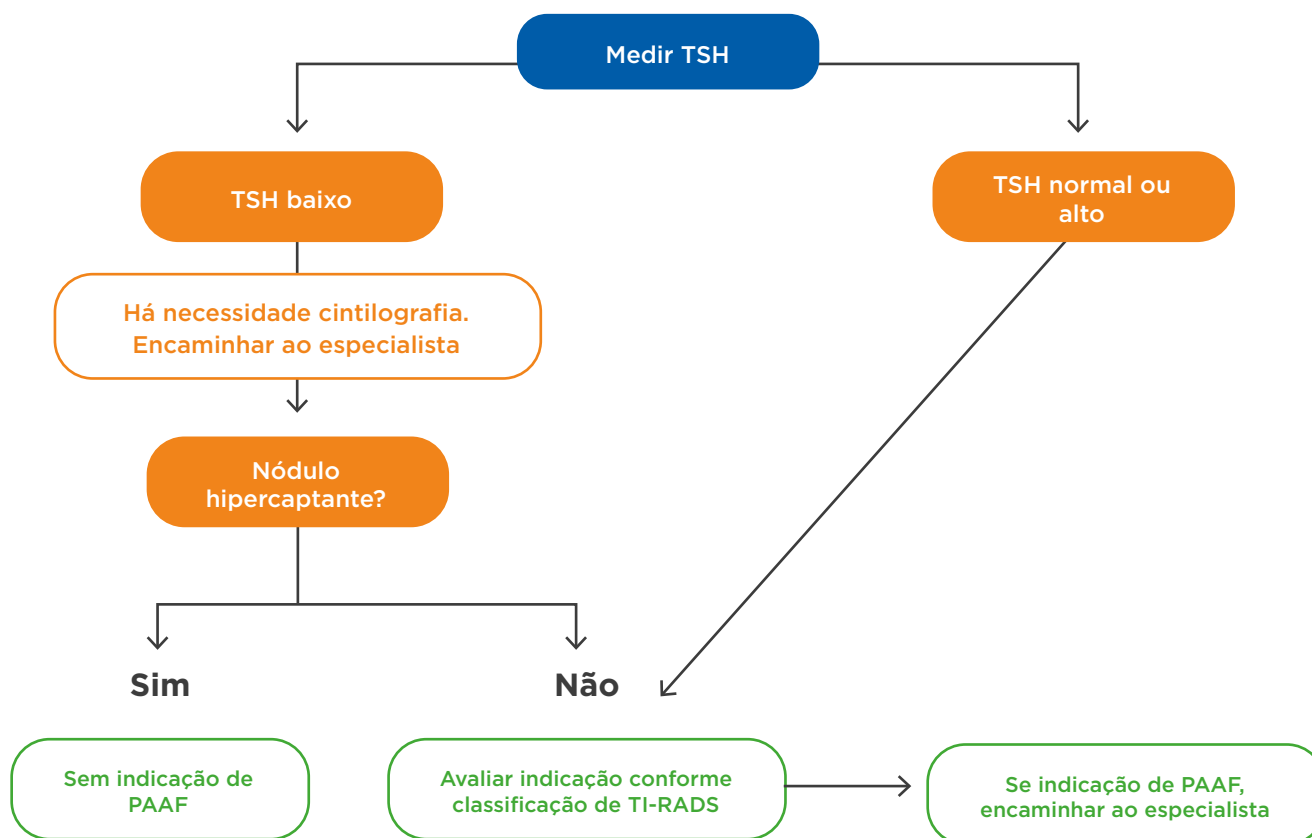
NÓDULOS DE TIREOIDE

O diagnóstico é clínico através da palpação da região cervical.

Se um nódulo for identificado, está indicada a solicitação de ecografia para definir as características do nódulo.

O objetivo da avaliação é descartar ou referir malignidade, a qual é encontrada em 5%-15%.

Avaliação dos nódulos de tireoide



Fonte: Elaboração própria

Obs: Se cintilografia estiver disponível na APS, encaminhar para atenção secundária



ATENÇÃO: Nódulos tireoidianos acompanhados de sintomas compressivos atribuíveis à tireoide (disfagia, rouquidão, tosse e dispneia), independente de apresentar ou não alterações na função tireoidiana, têm recomendação de encaminhamento para a atenção secundária.

Nos casos de nódulo de tireoide com linfonodomegalia cervical suspeita, existe indicação de realizar biópsia do linfonodo alterado



PROJETO

TeleNordeste

Achados ao ultrassom e associação com risco de malignidade

Achados associados com maior risco de câncer	Achados associados com menor risco de câncer	Achados associados com benignidade
Hipoecogenicidade	Hiperecogenicidade	Nódulos puramente císticos (sem componente sólido).
Microcalcificações	Calcificações grosseiras	
Vascularização central	Vascularização periférica	
Margens irregulares	Aparência espongiforme	
Halo incompleto	Imagem em cauda de cometa	
Aumento do diâmetro antero-posterior, comparado ao latero-lateral		
Crescimento documentado do nódulo no seguimento		
Linfonomegalia cervical		

O TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) elaborado pelo ACR (American College of Radiology) é um sistema que tem por objetivo classificar o risco de o nódulo ser maligno, a fim de auxiliar o médico assistente a tomar a conduta mais apropriada quanto à necessidade de punção e seguimento:



(escolha um dos abaixo)

Cístico ou quase completamente cístico	0	Anecóico	0	Mais largo do que alto	0	Discreta	0	Nenhum ou grandes artefatos de cauda de cometa	0
Esgongiforme	0	Hiperecoico ou isoecoico	1	Mais alto do que largo	3	Bem definida	0	Macrocalcificações	1
Misto (cístico e sólido)	1	Hipoecoico	2	-	-	Lobulado ou irregular	2	Calcificações periféricas	2
Sólido ou quase completamente sólido	2	Muito hipoecoico	3	-	-	Extensão extratireoidiana	3	Focos de pontos ecogênicos	3

CLASSIFICAÇÃO DO NÓDULO	SOMA DOS PONTOS ACIMA	RISCO DE MALIGNIDADE (%)	INDICAÇÃO DE PAAF	INDICAÇÃO DE SEGUIMENTO(MM)
TI-RADS 1	0	0,3	Não há indicação	Não há indicação
TI-RADS 2	2	1,5	Não há indicação	Não há indicação
TI-RADS 3	3	4,8	≥ 25	≥ 15
TI-RADS 4	4 a 6	9,1	≥ 15	≥ 10
TI-RADS 5	≥ 7	35	≥ 10	≥ 5

Fonte: Adaptado de Brasil (2022).

Baseando-se na classificação do ACR TI-RADS, sugere-se seguimento de nódulos de tireoide sem indicação de PAAF:

- nódulo TI-RADS 5 \geq 0,5cm: repetir ecografia anualmente por até 5 anos;
- nódulo TI-RADS 4 \geq 1cm: repetir ecografia em 1, 2, 3 e 5 anos;
- nódulo TI-RADS 3 \geq 1,5cm: repetir ecografia em 1, 3 e 5 anos.

O acompanhamento com ecografia pode ser interrompido em 5 anos se não houver mudança no tamanho.

Não há indicação de seguimento ecográfico de nódulos classificados como TI-RADS 1 ou TI-RADS 2.



PROJETO

TeleNordeste

Para interpretação da PAAF utilizamos a classificação de Bethesda:

BETHESDA I AMOSTRA INSATISFATÓRIA OU NÃO DIAGNÓSTICA	REPETIR PAAF
BETHESDA II BENIGNO	TI-RADS 3 \geq 1,5CM: REPETIR USG EM 1, 2, 3 E 5 ANOS TI-RADS 4 \geq 1CM: REPETIR USG BENIGNO EM 1, 3 E 5 ANOS TI-RADS 5 \geq 0,5CM: REPETIR USG EM 1, 2, 3, 4 E 5 ANOS
BETHESDA III, IV, V E IV	REFERENCIAR PARA ENDOCRINOLOGISTA.

Fonte: Elaboração própria.

Pacientes já submetidos à PAAF com citologia benigna e alta suspeita devem repetir ecografia e PAAF em 12 meses;

Nódulos com suspeita intermediária ou baixa que apresentarem crescimento significativo ou desenvolverem características ecográficas suspeitas devem ser submetidos a nova PAAF ou acompanhamento ecográfico em intervalos mais curtos, considerando PAAF se o nódulo continuar em crescimento.

Tratamento

A maioria dos nódulos não necessita de tratamento específico e a indicação será conforme a presença de sintomas e o resultado de malignidade da PAAF.

O uso de tiroxina não está indicado para redução de nódulos em pacientes sem hipotireoidismo.



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada. Volume 1. Endocrinologia adulto. Brasília, DF; 2022.



PROJETO
TeleNordeste



10

Tremores





PROJETO

TeleNordeste

TREMORES

Causas mais comuns: tremor fisiológico/induzido por drogas e parkinsonismos (como principal, a Doença de Parkinson).

Tabela 10.1//Principais tipos de tremor

TREMORES	Tremor fisiológico	Tremor essencial	Doença de Parkinson
Frequência	Tremor geralmente fino (10-12Hz)	4-6Hz	Tremor geralmente frequência de 6-12Hz
Característica	Postural/cinético	Predominantemente postural/cinético Tremor mais de flexão/ extensão	Repouso (podendo ter componente postural/cinético) Tremor mais de supinação/pronação
Localização	Simétrico/bilateral	Geralmente, simétrico/bilateral	Unilateral/assimétrico
Distribuição	MMSS	MMSS (pode ocorrer na cabeça, voz, MMII - não pode ser de forma isolada)	MMSS/MMII (geralmente não acomete a cabeça, mas pode ocorrer no queixo, lábios)
Importante	Piora com substâncias estimulantes e estresse metabólico	Geralmente de longa data (> 3 anos), histórico familiar, pode melhorar com uso de álcool	Bradicinesia (obrigatório para diagnóstico). Pode ter rigidez, instabilidade de marcha, micrografia

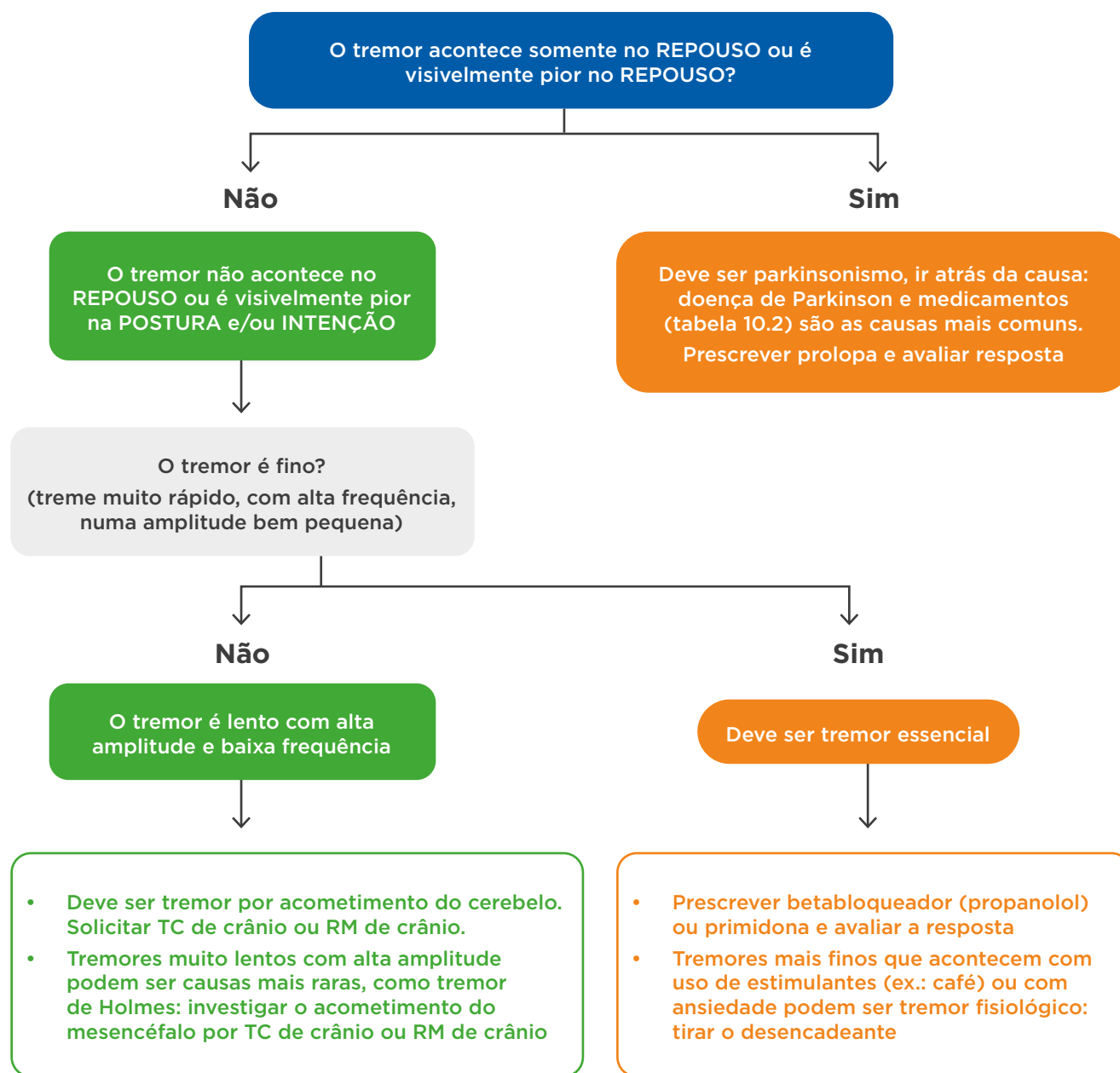
Fonte: Adaptada de Bhatia et al. (2018).



PROJETO

TeleNordeste

Fluxograma - avaliação de tremor



Técnica:



- Coloque as mãos do paciente viradas para cima, em cima de suas pernas, relaxadas, e distraia-o fazendo perguntas (REPOUSO)
- Depois peça para o paciente deixar os braços estendidos (POSTURA)
- Depois peça para o paciente enconstar o dedo indicador no nariz e depois estender bem para o lado e repetir várias vezes nos dois lados (INTENÇÃO)

Fonte: Elaboração própria.



PROJETO

TeleNordeste

Tabela 10.2//Medicamentos que podem causar parkinsonismo

Antipsicóticos de primeira geração	Haloperidol Clorpromazina Levomepromazina Periciazina
Antipsicóticos de segunda geração	Risperidona Olanzapina Sulpirida Aripiprazol *Clizopina e quetiapina dose baixa causam menos parkinsonismo e são os antipsicóticos de escolha em quem tem parkinsonismo
Antieméticos	Metoclopramida Prometazina *Domperidona não causa parkinsonismo e é o pró-cinético de escolha em quem tem parkinsonismo
Bloqueadores do canal de cálcio	Cinarizina Flunarizina
Agentes depletors de dopamina	Deutetrabenazina Tetrabenazina
Outros reportados, mas que são causas raras de parkinsonismo	Halotano, Opioides, Amitriptilina, Procaina, Tiopental, Bupropiona, Clomipramina, Mirtazapina, Trazodona, Venlafaxina, Amiodarona, Captopril, Metildopa, Nifedipino, Ciclofosfamida, Ciclosporina, Tacrolimus, Tamoxifen, Talidomida, Hormônios (estrógenos e progestágenos), Naproxeno, Anfotericina B, Cloroquina, Lítio, Sulfametoxazol-trimetriprim, Carbamazepina, Gabapentina, Lamotrigina, Oxcarbazepina, Fenitoína, Pregabalina, Ácido Valproico, Vigabatrina

Fonte: Adaptada de Borges e Ferraz (2006).



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Bhatia KP, Bain P, Bajaj N, Elble RJ, Hallett M, Louis ED, et al. Consensus Statement on the classification of tremors from the task force on tremor of the International Parkinson and Movement Disorder Society. *Mov Disord.* 2018;33(1):75-87.

Borges V, Ferraz HB. Tremores. *Rev Neurocienc.* 2006;14(1):43-7.



PROJETO
TeleNordeste



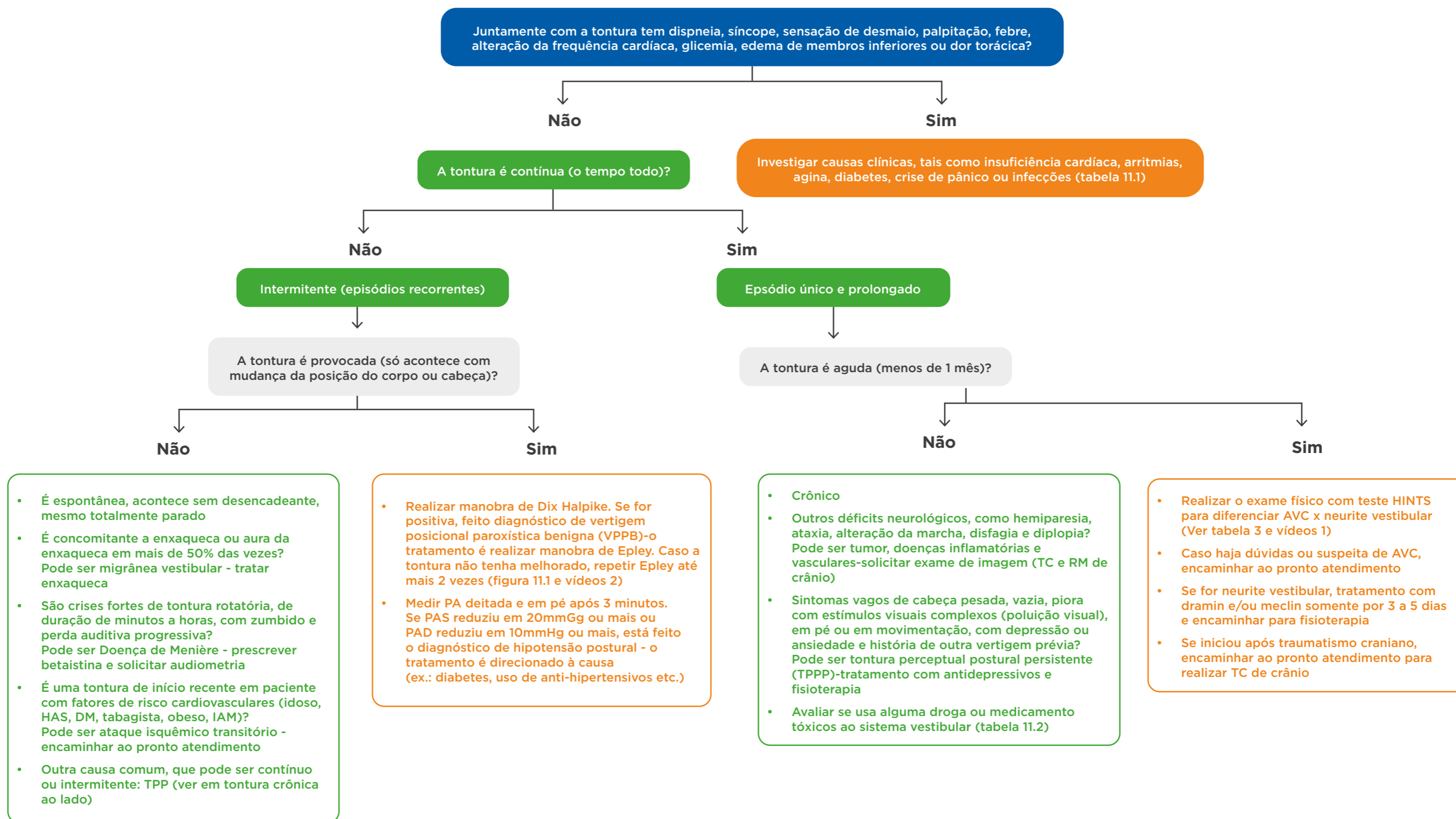
11

Tontura





FLUXOGRAMA - AVALIAÇÃO INICIAL DE TONTURA



Manobra de Epley pode ser realizada na APS. Reabilitação vestibular mais ampla pode ser realizada com fisioterapeuta habilitado ou fonoaudiólogo

Se a tontura não se encaixa bem nas descrições, ou não melhorou com o tratamento, encaminhar ao especialista para causas mais raras

EVITAR CINARIZINA, FLUNARIZINA E SIMILARES, EM ESPECIAL PARA IDOSOS, PORQUE CAUSA PARKINSONISMO

Fonte: Elaboração própria.



PROJETO

TeleNordeste

Tabela 11.1//Sinais e sintomas associados à tontura e diagnósticos diferenciais

Tontura + sinais ou sintomas	Doenças relacionadas
Alteração do estado mental	Epilepsia, álcool, monóxido de carbono, encefalopatia de Wernicke, hipertensão, encefalite
Perda de consciência	Síndrome coronariana aguda, epilepsia, dissecação de aorta, embolia pulmonar, AVC, síncope vasovagal, hemorragia subaracnoidea, hipovolemia, arritmia
Dor cervical	Dissecação de vasos craniocervicais
Dor no peito ou no dorso	Síndrome coronariana aguda, dissecação de aorta
Dor abdominal	Ruptura de aneurisma, dissecação de aorta
Dispneia	Embolia pulmonar, pneumonia, anemia
Palpitação	Arritmia vasovagal, ataque de pânico, hipertireoidismo, sangramento ou perda de fluidos
Febre	Mastoidite, meningite, encefalite, outras infecções
Glicemia alterada	Hipoglicemia, cetoacidose diabética

Fonte: Adaptado de Newman-Toker e Edlow (2015).

Tabela 11.2//Medicamentos e substâncias que podem gerar vertigem

Antibióticos: aminoglicosídeos (gentamicina), metronidazol
Antiepilépticos: fenitoína, carbamazepina, primidona e barbitúricos
Organofosforados e monóxido de carbono
Álcool, maconha e opioides
Descontinuação de ISRS ou duais



PROJETO

TeleNordeste

Tabela 11.3//Hints

AVC x Neurite vestibular (NV); se 1 deles for sugestivo de AVC, encaminhar ao pronto atendimento

HI (head impulse - teste do impulso)	Normal: sugere AVC; alterado: NV
N (nistagmo)	Bate para o lado que olha: AVC; bate para um lado só: NV
TS (test of Skew - desalinhamento ocular vertical)	Com desalinhamento vertical: AVC; sem desalinhamento: NV
PLUS	Zumbido ou alteração de audição: sugere AVC





PROJETO

TeleNordeste

MATERIAIS DE APOIO

VÍDEOS 1

Demonstração de HINTS:

- Sem vertigem: <https://collections.lib.utah.edu/ark:/87278/s6zs6jsb>
- Com neurite vestibular: <https://collections.lib.utah.edu/ark:/87278/s6546h55>
- Central: <https://collections.lib.utah.edu/ark:/87278/s66d9r6q>
<https://collections.lib.utah.edu/ark:/87278/s6g776f7>

FIGURA 11.1 - Dix-Hallpike

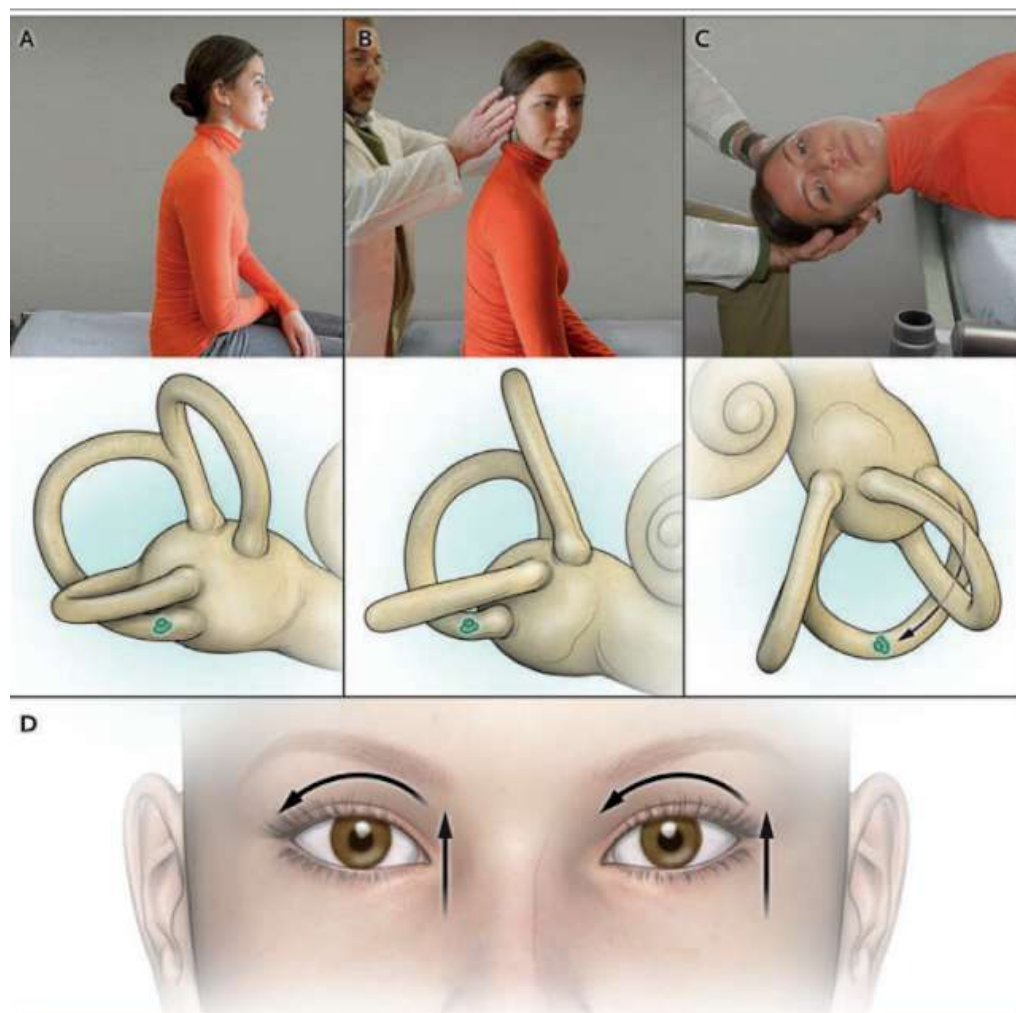


Figura 1: Uso da manobra de Dix-Hallpike para induzir nistamo na Vertigem Posicional Paroxística Benigna envolvendo o Canal Semicircular posterior direito.

Com o paciente sentado (painel A), gire a cabeça em 45° para a direita do paciente (Painel B). O paciente então é movido passando da posição sentada para supina, com a cabeça pendente abaixo da mesa de exame, num ângulo de 20° (Painel C). O nistagmo resultante pode ser para cima e torsional (Painel D).



PROJETO

TeleNordeste

VÍDEOS 2

- Dix Hallpike: <https://collections.lib.utah.edu/details?id=1281864&q=dix+hallpike>
- Dix Hallpike paciente sozinho por vídeo: <https://collections.lib.utah.edu/details?id=1757564&q=dix+hallpike>
- Epley: <https://collections.lib.utah.edu/details?id=187680&q=epley>
- Nistagmo pré e pós Epley: <https://collections.lib.utah.edu/details?id=1281863&q=vertigo>
- <https://knowledgetranslation.co.za/download/15024/>



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: A Novel, Evidence-Based Approach to Diagnosing Acute Dizziness and Vertigo. *Neurol Clin.* 2015;33(3):577-99.



PROJETO

TeleNordeste



12

Convulsões



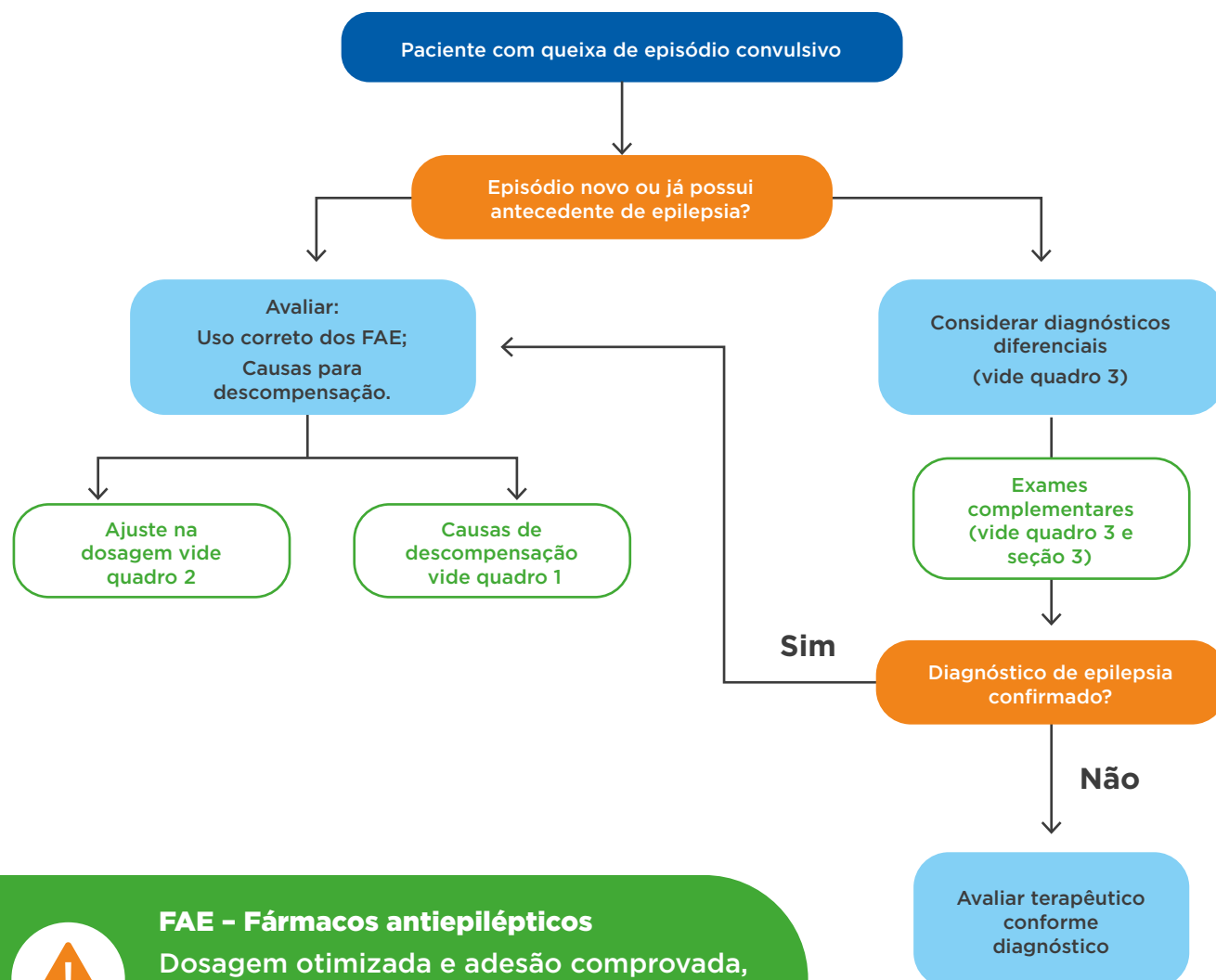
PROJETO

TeleNordeste

1 - DEFINIÇÃO DE EPILEPSIA

1. 2 crises ou mais separadas por mais de 24 horas
2. 1 única crise, com maior risco de recorrência, com 1 dos seguintes:
 - crise à noite durante o sono
 - EEG alterado
 - Lesão estrutural em exames de imagem
 - Alguma síndrome epiléptica característica

Fluxograma de diagnóstico de manejo inicial de convulsão



FAE - Fármacos antiepilépticos

Dosagem otimizada e adesão comprovada, acrescentar segunda droga, apoiar adesão e otimizar sua dosagem

Fonte: Elaboração própria.



PROJETO

TeleNordeste

Quadro 12.1//Causas de descompensação de crises convulsivas

Hipoglicemia

Hiperglicemia

Hiponatremia

Hipocalcemia

Hipomagnesemia

Uremia

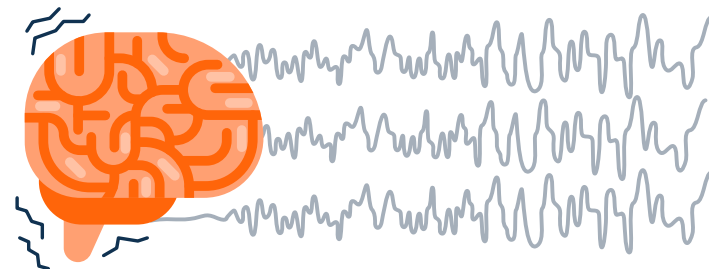
Hipertireoidismo

Suspensão abrupta dos medicamentos antiepilépticos

Uso de drogas

Infecções (especialmente do trato urinário)

Fonte: Adaptado de LBE (2021).





Quadro 12.2//Doses e interações entre fármacos antiepilépticos

FÁRMACO	INDICAÇÃO	DOSAGEM	EFEITOS COLATERAIS	INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS
CARBAMAZEPINA	Monoterapia ou terapia adjuvante de crises focais com ou sem generalização secundária Crises tônico-clônicas generalizadas OBS: algumas crises generalizadas podem piorar com seu uso, tais como ausência e mioclônias	Iniciar com a dose de 400mg/dia (200 + 200) e aumentar em 1 semana para 600mg (200-200-200) Dose máxima de 1200mg/dia (15-20mg/kg/dia)	Náuseas, vômitos, diarreia, hiponatremia, rash cutâneo e prurido, indutor enzimático no fígado (diminui hormônios, diminui nível sérico de outros medicamentos, risco de osteopenia/osteoporose)	Associação com fenitoína, diminui o efeito da carbamazepina
ÁCIDO VALPRÓICO/ VALPROATO DE SÓDIO	Monoterapia e terapia adjuvante de pacientes com mais de 10 anos de idade, com qualquer forma de epilepsia, em especial epilepsias generalizadas	10-15mg/kg/dia até dose máxima de 60mg/kg/dia Iniciar com 250mg de 12/12h, depois de 1 semana aumentar para 500mg 12/12h	Ganho de peso, náuseas, vômitos, alopecia, alteração na função plaquetária Em mulheres, há aumento do risco de cisto ovariano Risco de malformação congênita, recomendado não usar em mulher em idade fértil	Em associação com carbamazepina, diminui o efeito do valproato Aumento da toxicidade da fenitoína se em associação
FENITOÍNA	Crises tônico-clônicas generalizadas, focais ou complexas Prevenção e tratamento de crises epiléticas durante ou após procedimento neurocirúrgico	Dose inicial de 100mg/dia Dose recomendada de 300mg/dia (100 + 100 + 100) Doses maiores não são recomendadas sem saber o nível sérico	Hipertrofia de gengiva, rash cutâneo, ataxia, indutor enzimático no fígado (diminui hormônios, diminui nível sérico de outros medicamentos, risco de osteopenia/osteoporose)	Em associação com carbamazepina, diminui o efeito desta Em associação com valproato pode haver aumento da toxicidade pela fenitoína
FENOBARBITAL	Tratamento de crises focais e generalizadas	Dose única de 100mg/dia Dose máxima de 100mg/dia	Náuseas, rash cutâneo, ataxia, aumenta risco de demência, indutor enzimático no fígado (diminui hormônios, diminui nível sérico de outros medicamentos, risco de osteopenia/osteoporose)	Em associação com valproato, pode haver aumento da toxicidade do valproato
CLONAZEPAM	Crises de ausência Crises tônico-clônicas primárias ou secundárias Crises tônicas Crises clônicas Crises focais Crises mioclônicas Mioclônias Difícilmente usado em monoterapia, pode ser usado como adjuvante	Iniciar na dose de 1 a 2mg/noite Dose máxima de 8mg/dia Em epilepsia mioclônica, pode ser usado de resgate (se necessário) para abortar a persistência ou progressão das crises	Sonolência, sedação, quedas, aumenta risco de demência, dependência (risco de síndrome de abstinência se ficar sem e risco de abuso se diminuir o efeito)	Em associação com carbamazepina, diminui o efeito desta Em associação com fenitoína, há diminuição do efeito do clonazepam
CLOBAZAM	Terapia adjuvante de crises parciais e generalizadas refratárias	Dose inicial de 10mg/noite Dose máxima de 20mg/dia	Aumento da salivação, náuseas, vômitos e constipação	

Fonte: Adaptado de LBE (2021).



Quadro 12.3//Diagnósticos diferenciais de crise convulsivas

SUSPEITA DIAGNÓSTICA	ACHADOS CLÍNICOS	DURAÇÃO DO EVENTO	RECORDATÓRIO DO EVENTO	PISTAS DIAGNÓSTICAS
CRISES CONVULSIVAS FOCAIS	Sintomas dependem da região cerebral afetada Alguns sintomas podem surgir antes da crise tônico-clônica generalizada, podendo ser uma “pista” localizatória. Exemplos: movimentos bruscos em uma parte do corpo, alterações visuais, luzes piscantes etc.	Usualmente são muito rápidos (< 2min)	Variável Depende se o paciente apresentou perda da consciência ou não	Neste caso o EEG pode mostrar alterações, embora a sensibilidade seja baixa Caso seja uma crise nova (sem episódios prévios) a realização de exame de neuroimagem está indicada.
CRISES CONVULSIVAS GENERALIZADAS	Alteração súbita da consciência, geralmente sem sinais de alerta Movimentos mioclônicos, olhar parado, mordedura na lateral da língua e liberação esfinteriana podem ocorrer	Usualmente são muito rápidos Duração até 5min Crises de ausência costumam durar menos de 1min	Amnésia completa do evento Importante colher as informações com uma testemunha	EEG pode mostrar alterações Exames de neuroimagem podem ser normais Atenção se for uma crise nova ou sem causa definida
CRISES PSICOGÊNICAS (não epiléticas)	Quadro clínico usualmente caracterizado por movimentos estereotipados, assíncronos, olhar fechado, movimento cefálico para ambos os lados, perda parcial da consciência e raramente apresenta mordedura da língua	Menos de 1min	Paciente pode se recordar de algum pródromo, usualmente a causa é algum evento estressante	Na suspeita de crises psicogênicas, não há indicação de exames
SÍNCOPE	Perda transitória da consciência resultando em queda da própria altura. Pode haver pródromos de taquicardia, sudorese fria, mal-estar, vertigem, ou mesmo postura tônica antes da queda.	1 a 2min	Usualmente o paciente consegue descrever os sintomas prodrômicos	Neste caso está indicada a investigação cardiológica com ECG e/ou Ecocardiograma transtorácico
ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO	Déficit motor súbito a depender do território vascular acometido. Quadro súbito de início muito sintomático com recuperação completa dos sintomas após alguns minutos.	Até uma hora	Geralmente o paciente consegue se recordar do evento	Investigação da causa com definição de fatores de risco cardiovasculares, investigação com ecocardiograma transtorácico e ultrassom de artérias cervicais.
ENXAQUECA COM AURA	Sintomas neurológicos variáveis podem preceder o quadro de cefaleia de forte intensidade com progressão para pico algíco em torno de 5 minutos Pode estar associado a sintomas de fotofobia, fonofobia, náuseas e/ou vômitos.	Em torno de uma hora	Paciente descreve o evento em detalhes	História de eventos semelhantes prévios História familiar de cefaleia
AMNÉSIA GLOBAL TRANSITÓRIA	Caracterizada por episódio de amnésia anterógrada súbita e alterações variáveis de amnésia retrógrada Sintomas de confusão mental, desorientação no tempo, questionamento repetitivo. Muito raro de ocorrer em menores de 50 anos.	1 a 10 horas de duração. Reversão completa dos sintomas.	Amnésia completa do evento	Quadro clínico típico.

Fonte: Adaptado de LBE (2021).



PROJETO

TeleNordeste

3 - QUANDO SOLICITAR EXAMES COMPLEMENTARES

Algumas situações em que é recomendado que o médico da APS solicite exames complementares são:

Exames complementares	Situações
ELETOENCEFALOGRAMA (EEG) SIMPLES	Crises convulsivas novas (sem história prévia), descompensação de crises de paciente estável sem desencadeantes, dúvida diagnóstica. Não há indicação de realização de EEG de “rotina” em situações em que o usuário se encontra estável e em controle adequado das suas crises.
NEUROIMAGEM	os exames de neuroimagem compreendem tomografia de crânio sem e com contraste e ressonância magnética de encéfalo sem e com contraste. A solicitação destes exames está indicada na suspeita de crise nova sem desencadeantes, na descompensação de crises em paciente previamente estável e sem causa identificada, em pacientes oncológicos na suspeita de lesão secundária ou quando o médico identificar algum sintoma suspeito que sugira alteração de consciência ou déficit focal novo (ex.: afasia, hemiparesia, ataxia). Não há indicação de realização de exames de neuroimagem de “rotina” em situações em que o usuário se encontra estável e em controle adequado das suas crises.
LABORATÓRIO	os exames laboratoriais compreendem nível sérico do medicamento em uso (ex.: carbamazepina, fenobarbital, fenitoína), e, dependendo do fármaco, monitoramento com hemograma, plaquetas e função hepática a cada 3-6 meses.
DEMAIS EXAMES	Demais exames complementares, como líquido, deverão ser avaliados individualmente

Fonte: adaptado de LBE (2021).

4 - RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS

Recomendação para mulheres em uso de fármaco anticrise

1. Evitar uso de ácido valproico em mulher em idade fértil, porque aumenta muito o risco de malformação congênita
2. Orientar paciente a fazer planejamento da gestação para manejarmos em conjunto os fármacos anticrise e o método contraceptivo; idealmente engravidar em momento de estabilidade da epilepsia, mas a doença em si não é contraindicação para gestação
3. Uso de anticoncepcional oral pode diminuir eficácia com os inibidores da CYP, como carbamazepina, fenitoína e fenobarbital, aumentando o risco de gravidez indesejada. O ideal é usar anticoncepcionais sem passagem pelo fígado, como injetáveis ou DIU.
4. Uso de anticoncepcional oral diminui o nível sérico de lamotrigina, então pode ser necessário usar doses maiores de lamotrigina para o mesmo efeito
5. O uso de ácido fólico está recomendado em mulheres de idade fértil em uso de fármacos anticrise



PROJETO

TeleNordeste

Recomendações para mulheres grávidas em uso de fármacos anticrise

- 1.** Durante a gestação, evitar suspender ou fazer mudanças bruscas de medicações, porque existe risco de a mulher ter descontrole das crises e entrar em estado de mal epilético, com riscos para o binômio mãe-feto, além de SUDEP (morte súbita em epilepsia)
- 2.** Durante a gestação, avaliar mais precocemente o controle de crises e, se necessário, o nível sérico, porque os fármacos diminuem a concentração no sangue nos últimos meses da gestação por hemodiluição



PROJETO

TeleNordeste



REFERÊNCIAS

Liga Brasileira de Epilepsia. Manual para o Diagnóstico e Tratamento das Epilepsias. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2021.



PROJETO

TeleNordeste

projetotelenordeste@haoc.com.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

