

# PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA:

**PARTE I – PROMOÇÃO À SAÚDE**

**PARTE II – PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO ÀS INTERCORRÊNCIAS**

**PARTE III – PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO ÀS ESPECIALIDADES**

**PARTE IV - ANEXOS**

## PARTE I – PROMOÇÃO À SAÚDE (em elaboração)

## PARTE II – PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO ÀS INTERCORRÊNCIAS

### DIABETES MELLITUS

#### 1) CLASSIFICAÇÃO:

A classificação atual do Diabetes Mellitus é a seguinte:

- **DM tipo 1:** destruição da célula  $\beta$ , levando à deficiência absoluta de insulina.
- **DM tipo 2:** graus variados de resistência insulínica e de deficiência na secreção de insulina.
- **GESTACIONAL**
- **OUTROS TIPOS:** decorrentes de defeitos genéticos, associado com outras doenças e desencadeado pelo uso de fármacos diabetogênicos.

**Consequentemente, os termos anteriormente utilizados como DM insulino-dependente e não-insulino-dependente não devem ser mais empregados.**

#### 2) DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de Diabetes Mellitus é feito laboratorialmente. O quadro a seguir mostra as faixas de alterações laboratoriais que definem as categorias de tolerância à glicose e o diagnóstico de Diabetes Mellitus.

<b>CATEGORIAS DE TOLERÂNCIA À GLICOSE</b>			
<b>CATEGORIAS</b>	<b>GLICEMIA ( mg/dl )</b>		
	<b>JEJUM (8 H)</b>	<b>2 H APÓS 75 G DE GLICOSE</b>	<b>CASUAL</b>
<b>NORMAL</b>	menor que 110	menor que 140	
<b>GLICEMIA DE JEJUM ALTERADA</b>	110 ou maior, menor que 126		
<b>TOLERÂNCIA À GLICOSE DIMINUÍDA</b>	menor que 126	140 ou maior, menor que 200	
<b>DIABETES</b>	126 ou maior *	200 ou maior	maior que 200, com sintomas *

\* necessita de um segundo exame (glicemia plasmática) para confirmação.

**OS SEGUINTE SINAIS E SINTOMAS DEVEM ALERTAR PARA A POSSIBILIDADE DE DIABETES MELLITUS:**

- poliúria / nictúria.
- Polidipsia / boca seca.
- Polifagia.
- Emagrecimento rápido.
- Fraqueza / astenia / letargia.
- Prurido vulvar ou balanopostite.
- Diminuição brusca da acuidade visual.
- Achado de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina.
- Sinais ou sintomas relacionados às complicações de DM: proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica,

impotência sexual, paralisia oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição, etc.

O rastreamento laboratorial para descoberta de novos casos de Diabetes Mellitus deve levar em conta a presença de fatores de risco para a doença:

### **CONDIÇÕES DE RISCO PARA RASTREAMENTO DO DM TIPO 2: \***

- Idade maior que 40 anos.
- Histórico familiar ( pais, filhos, irmãos, etc. ).
- Excesso de peso ( IMC maior que 25 ).
- Obesidade ( particularmente do tipo central ).
- Hipertensão Arterial.
- Presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos.
- Histórico prévio de hiperglicemia e/ou glicosúria.
- Mães de recém-nascido com mais de 4 kg.
- Mulheres com antecedentes de abortos frequentes, partos prematuros, mortalidade perinatal, polidrâmnio, diabestes gestacional.
- HDL-colesterol menor ou igual a 35 mg/dl.
- Triglicérides maior ou igual a 200 mg/dl.
- Uso de medicamentos diabetogênicos ( corticóides, anticoncepcionais,etc. ).
- Sedentarismo.

\* O rastreamento poderá ser feito com glicemia capilar ( a ser confirmado posteriormente com glicemia plasmática de jejum de 8 horas ), e deverá ser feito:

- 1) a cada 3 a 5 anos para indivíduos com 45 anos ou mais.
- 2) a cada 1 a 3 anos quando houver:
  - história de DM gestacional.
  - evidências de 2 ou mais componentes da síndrome plurimetabólica.
  - presença de 2 ou mais fatores de risco.
- 3) uma vez por ano ou mais frequentemente quando:
  - a glicemia de jejum alterada ou tolerância à glicose diminuída (mais frequentemente quando a suspeita é de DM tipo 1).
  - houver complicações relacionadas com o DM.

### **DIAGNÓSTICO DO DIABETES GESTACIONAL:**

Os critérios são baseados no TOTG, com administração de 75 g de glicose, e compreendem:

- glicemia de jejum igual ou maior que 126 mg/dl e/ou
- glicemia duas horas após administração, igual ou maior que 140 mg/dl.

o estágio clínico denominado glicemia de jejum alterada (glicemia de jejum igual ou maior que 110 mg/dl e menor que 126 mg/dl) não foi incluído nos critérios diagnósticos de DM gestacional.

### **O TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE (TOTG):**

O TOTG é realizado com medidas de glicemia nos tempos de 0 e 120 minutos após a ingestão de 75 g de glicose anidra ( ou dose equivalente de 82,5 g de dextrosol).

**INDICAÇÕES:**

- 1) Glicemia plasmática de jejum maior que 110 mg/dl e menor que 126.
- 2) Glicemia plasmática de jejum menor que 110 mg/dl na presença de dois ou mais fatores de risco para DM nos indivíduos com idade superior a 45 anos.

**AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR:**

Definido o diagnóstico de Diabetes Mellitus, o paciente deverá ser submetido a propedêutica para investigação de lesões em órgãos-alvo ou condições concomitantes que necessitem abordagem. A seguinte avaliação faz parte desta abordagem mínima inicial:

- Exame de Urina para pesquisa de elementos anormais e sedimentoscopia.
- Creatinina
- Potássio sérico
- Colesterol total e HDL-colesterol
- Triglicérides
- Eletrocardiograma
- Avaliação oftalmológica
- Microalbuminúria – deverá ser repetida anualmente.

**3) TRATAMENTO:**

O tratamento do paciente diabético tem como objetivo reduzir o índice de complicações inerentes à doença e evitar descompensações que colocam o indivíduo em risco de vida, além de aliviar os sintomas. Para tanto, é proposto que medidas não-farmacológicas sejam implementadas em todos os pacientes, e tratamento farmacológico seja avaliado de acordo com alguns critérios, conforme se verá adiante. O quadro seguinte mostra o nível de controle do paciente conforme uma série de parâmetros clínicos e laboratoriais:

<b>PARÂMETROS DE CONTROLE DE DIABÉTICOS:</b>			
<b>PARÂMETROS</b>	<b>NÍVEL DE CONTROLE</b>		
	<b>BOM</b>	<b>ACEITÁVEL</b>	<b>RUIM</b>
Glicemia em jejum	80-115	116-140	Maior que 140
Glicemia pós-prandial	116-140	141-180	Maior que 180
Glicohemoglobina HbA1	Menor que 8	8,1-10	Maior que 10
Glicohemoglobina HbA1c	Menor que 6,5	6,6-7,5	Maior que 7,5
Glicosúria	0	Menor que 5 g/l	Maior que 5 g/l
Cetonúria	0	0	+
Colesterol total	Menor que 200	200-239	240 ou maior
HDL-colesterol (homens)	Maior que 35	maior que 35	35 ou menor
HDLcoslesterol(mulh.)	Maior que 45	maior que 45	45 ou menor

LDL	Menor que 130	130-159	160 ou maior
Triglicérides	Menor que 150	150-200	Maior que 200
IMC (homens) IMC (mulheres)	20-25 19-24		
Pressão arterial	135/85 ou menor	136-140/ 86-90	Maior que 140/90

### TABELA DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{Altura x altura (m)}}$$

	Índice de massa corporal (Kg/m <sup>2</sup> )	Risco de co-morbidade
Normal	18,5 – 24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0 – 29,9	Pouco aumentado
Obeso classe I	30,0 – 34,9	Moderado
Obeso classe II	35,0 – 39,9	Grave
Obeso classe III	> ou = a 40	Muito grave

### 3.1) MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS

- Dieta de restrição calórica para os obesos e com sobrepeso.
- Atividade física.
- Retirada do açúcar.

### 3.2) TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Deve ser iniciado quando em duas ocasiões, apesar de introduzidas as medidas não farmacológicas, as dosagens de glicemia persistem em níveis de controle considerado ruim.

Estes mesmos critérios devem ser considerados para tratamento dos outros problemas: hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hipertensão arterial.

### HIPOGLICEMIANTES ORAIS DISPONÍVEIS NA SMSA-BH

	<b>Sulfoniuréias</b>	<b>Biguanidas</b>
<b>Medicamentos</b>	Clorpropamida (Diabinese)  Glibencamida (Daonil)	Metiformina (Glifage)
<b>Mecanismos de ação</b>	Estimula a secreção de insulina pela célula beta.	Aumenta a sensibilidade tecidual a insulina.
<b>Indicações</b>	É o medicamento inicial de escolha no paciente não obeso (desde que não haja contra-indicação).	Medicamento inicial de escolha em pacientes obesos que não controlaram a glicemia com atividade física e restrição dietética.
<b>Efeitos colaterais</b>	Hipoglicemia. Muito importante no caso da Clorpropamida devido a sua meia vida longa (33 horas) e aumento de peso.	Hiporexia, náuseas e diarréias. Risco de acidose láctica. Quase nunca dá hipoglicemia.
<b>Contra-indicações</b>	Gravidez; Infecções ou traumas importantes; Hepatopatias; Paciente com acidose; Nefropatias.	Gravidez; Diabetes Melitus tipo 1; Creatinina sérica > que 1,5 ml; DPOC; TGO > que 3 vezes o normal.
<b>Interações medicamentosas</b>	Diminui o efeito hipoglicemiante: Barbitúricos, corticóides.  Aumenta o efeito hipoglicemiante: AAS, Trimetropim, álcool, anticoagulantes, alopurinol,	Com contraste radiológico iodado, anestesia geral, fenotiazinas e barbitúricos.

	probenecida.	
<b>Observações</b>	Associado a níveis pressóricos mais elevados no UKPDS não demonstrou diminuição de retinopatia. diminuição	Mostra a diminuição de incidência de complicações cardiovasculares em diabéticos obesos.

UKPDS: United Kingdom Prospective Diabetes Study

### CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS DAS SULFONIUREIAS \*

Fármaco	Nome Comercial	Apresentação	Faixa terapêutica	Meia vida em horas	Excreção
Clorpropa-mida	Diabinese	250 mg	125 a 500 mg	25 a 40 horas	Renal
Glibencamida ou Gliburida	Daonil	5 mg	2,5 a 20 mg	7 a 15 mg	Renal e biliar
Glipisida	Minidiabi	5 mg	2,5 a 20 mg	12 mg	Renal e biliar
Gliclasida	Diamicron	80 mg	40 a 320 mg	10 mg	Renal e biliar
Glimepirida	Amaryl	1, 2 e 4 mg	1 a 6 mg		Renal e fecal

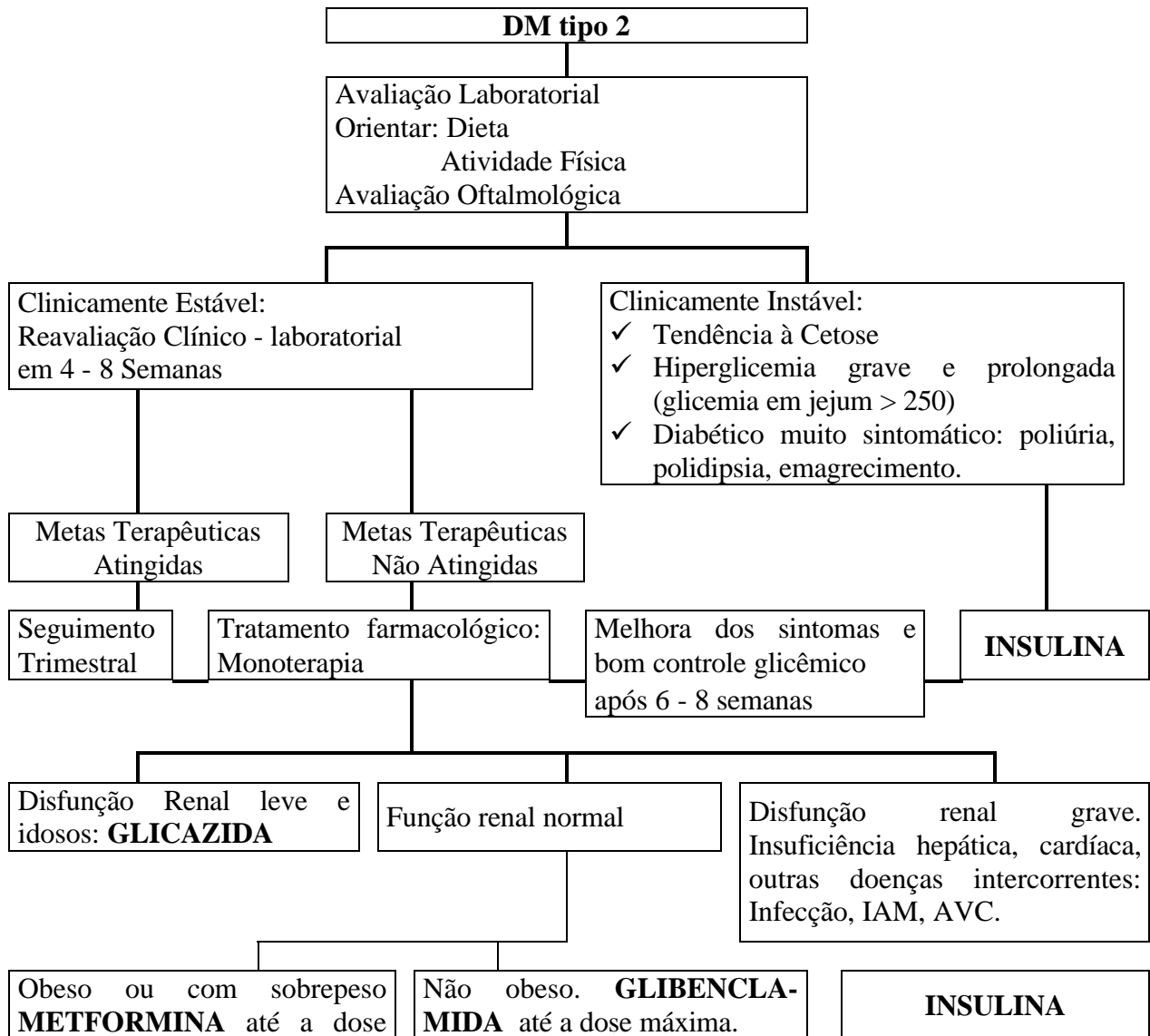
### BIGUANIDA (METIFORMINA) \*

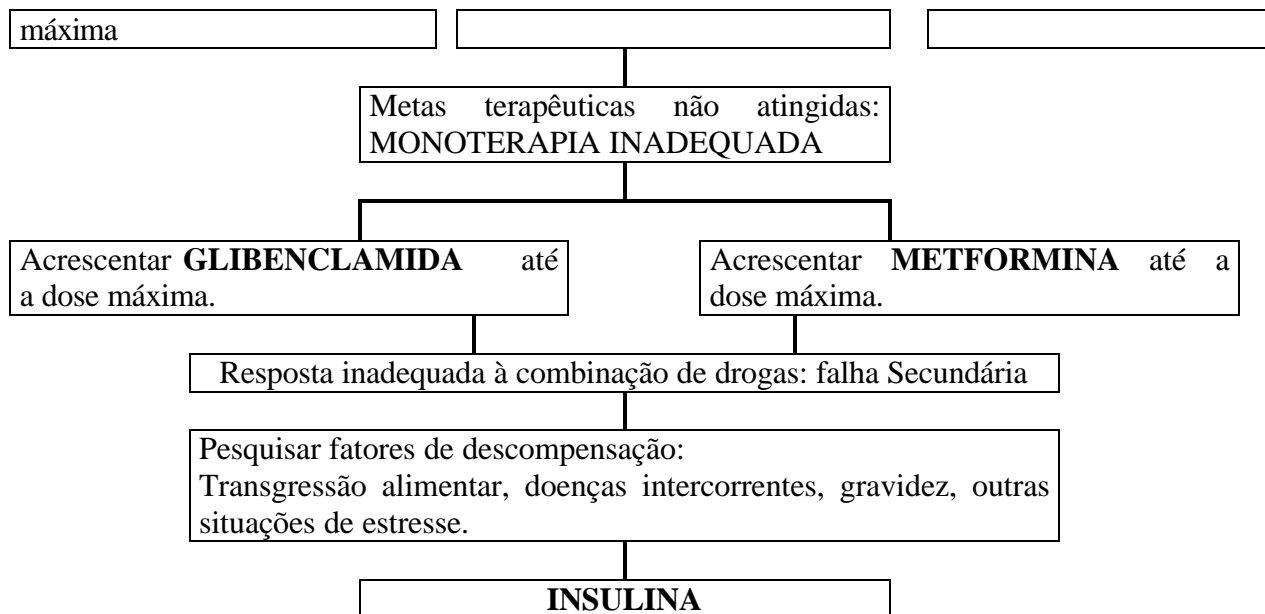
Fármaco	Nome comercial	Apresentação	Faixa terapêutica	Meia Vida em Horas	Excreção
Metiformina	Glifage, Glucoformin, Metiformin	500 e 850 mg	500 a 2550 mg		

\* as drogas em destaque são padronizadas pela SMSA-BH



#### 4) FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO





## 5) BIBLIOGRAFIA

- 1- Ministério da Saúde – CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Protocolo – Brasília – 2001.
- 2- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Comitê Científico de Estudos de Utilização de Medicamentos – Boletim de Informação Terapêutica – Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2 em Nível Ambulatorial - Belo Horizonte – 2001.
- 3- Current Medical Diagnosis and Treatment, 2001.

## HANSENÍASE

Paulo de Tarso Silveira Fonseca  
Ref/Téc Hanseníase

### 1) Introdução :

Em 1991 a Organização Mundial da Saúde – OMS propôs a eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública do mundo, ou seja, que até o ano 2000 todos os países endêmicos alcançassem uma taxa de prevalência de menos de 1 caso a cada 10.000 habitantes. Infelizmente o Brasil não alcançou esta meta e continua a ser um dos poucos países do mundo a ter a Hanseníase como um problema de saúde pública.

A hanseníase é uma doença neuro-cutânea, causada por um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR). A principal fonte de infecção é o homem, através das formas contagiantes (Hanseníase Virchowiana HV e Hanseníase Dimorfa –HD), quando não tratados. As vias aéreas superiores são consideradas a principal

porta de entrada do bacilo , com possibilidade de transmissão também via solução de continuidade cutânea . Seu período de incubação é de 2 a 7 anos .

Um caso de hanseníase é uma pessoa que apresenta uma ou mais de uma das seguintes características e que requer tratamento :

- Lesão(ões) de pele com alteração de sensibilidade .
- Acometimento de nervo(s) , com espessamento neural .
- Baciloscopia positiva .

A detecção de casos é feita por intermedio do atendimento de demanda espontânea , a busca ativa e da vigilância de contatos .

## 2) Classificação :

A classificação atualmente adotada nos serviços públicos de saúde brasileira resultou do “ VI Congresso Internacional de Leprologia “ , realizado em Madri , em 1953. A hanseníase ficou classificada segundo sua tendência de evoluir em direção a um de seus pólos , encontrando – se 2 formas polares e 2 grupos : formas tuberculóide e virchowiana e grupos indeterminado e dimorfos .

Dentre as classificações existentes , é importante fazer à referencia de Ridley e Jopling , baseada no espectro imunologico dos indivíduos afetados . ( I – T – BT – BB – BV – V ).

Para fins operacionais , o Ministério da Saúde do Brasil adotou a recomendação da OMS que propôs o agrupamento dos pacientes em :

- **PAUCIBACILARES ( PB )** : casos com até 5 lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso acometido . São o grupo Indeterminado e a forma Tuberculoide .
- **MULTIBACILARES ( MB )** : casos com mais que 5 lesões de pele e ou mais de um tronco nervoso acometido . Pacientes com baciloscopia positiva é classificado como multibacilar independente do numero de lesões cutâneas ou tronco nervosos acometidos . São o grupo dimorfo , a forma Virchowiana e os pacientes não classificados .

## 3) Epidemiologia :

Em 1991 , quando a OMS propôs a meta de eliminação da Hanseníase ( < 1 / 10.000 hab. ) , Minas Gerais ocupava a incomoda posição de primeiro lugar no Brasil em numero de casos com 34.944 doentes em registro ativo , segundo a SES-MG , com uma taxa de prevalência 22 vezes maior que a preconizada .

Apesar dos esforços realizados , não se conseguiu atingir a meta de eliminação no ano 2000. Vários fatores contribuíram para isto e acreditamos que o principal é a permanência de casos não diagnosticados ( prevalência oculta ) responsáveis pela manutenção de fontes de contágio na população.

O município de Belo Horizonte é um dos 37 municípios prioritários no trabalho de eliminação da Hanseníase no estado de Minas Gerais . Em 2000 , apresentava uma prevalência de 1,3 casos para cada 10.000 habitantes , que é considerada média , mas com um numero absoluto de casos considerado alto , 288 casos . O diagnóstico é considerado tardio , já que quase 10 % dos casos são

diagnosticados com grau de incapacidade II ou III. Temos uma alta taxa de abandono do tratamento de 20,8 % e uma baixa cobertura da população 55,7 % . Devido a pouca descentralização dos serviços no atendimento à Hanseníase . Somente 30 % das unidades básicas de saúde desenvolvem ações de controle da Hanseníase em Belo Horizonte .

Com base nos dados acima podemos afirmar que a prevalência do município é de pelo menos o dobro da oficial . Estudo realizado em 2000 pela Área Técnica Estadual de Hanseníase , mostrou que Minas Gerais vem deixando de diagnosticar , em média , 1.000 casos a cada ano e que este problema pode estar relacionado à baixa cobertura e a falta de informação da população e dos profissionais da saúde em relação a doença .

#### **4) Diagnóstico Clínico ( Exame Dermatoneurológico ) :**

Por ser uma doença infecto-contagiosa granulomatosa de evolução insidiosa e grande potencial incapacitante , o diagnostico precoce deve ser o primeiro objetivo das ações de controle da Hanseníase .

Na anamnese importa a sintomatologia neurológica e os sinais cutâneos , bem como a duração , localização e evolução das lesões existentes e a historia epidemiológica incluindo a procedência do doente e fonte provável de infecção.

No exame dermatológico , toda superfície cutânea deve ser examinada . Investigar principalmente a presença de : manchas , nódulos , infiltrações, placas , alopecia localizada , ulcerações e calosidades .

Para o exame neurológico procede : a pesquisa de sensibilidade nas lesões ou áreas suspeitas , a palpação dos principais nervos periféricos e a verificação de integridade anatômica e avaliação motora das mãos , pés e face .

##### **4.1) Diagnóstico das lesões neurológicas .**

As lesões nos nervos podem ocorrer em qualquer forma de Hanseníase exceto nas forma Indeterminada (HI) . Lesões de instalação súbita , precoces e assimétricas são geralmente características da Hanseníase Tuberculoide (HT) e Hanseníase Dimorfa (HD) que tendem ao polo tuberculoide. Na Hanseníase Virchowiana (HV) a instalação das lesões nervosas é geralmente insidiosa e usualmente simétrica .

É importante ressaltar duas situações no comprometimento neurológico:

- Os episódios reacionais , que podem ser acompanhados de neurites agudas e subagudas com : dor , alteração da sensibilidade , diminuição da força muscular e ou da precisão de movimentos .
- A neurite silenciosa : sem sintomatologia neurológica , mas com sinais que o profissional nas avaliações sistemáticas , através de mapeamento seqüenciais pode detectar .

##### **4.1.1) Técnica de exploração dos principais nervos periféricos afetados na Hanseníase .**

Para cada um dos nervos deve-se procurar a presença de dor espontânea ou provocada pela palpação , aderência aos planos adjacentes e espessamento (

aumento do diâmetro ou modificação na textura dos nervos ). Deve-se compara sempre com o do lado oposto.

**Nervo auricular :** Com o paciente em rotação da cabeça em direção ao ombro , verificar o espessamento , que será facilmente visível cruzando o músculo esternocleidomastoideo.

**Nervo radial :** Com o cotovelo em flexão de 90° e os músculos do ombro e braço em relaxamento completo, pesquisar no terço médio do úmero , atrás da inserção do músculo deltóide .

**Nervo ulnar :** Fazer flexão de 90° do cotovelo , ficando a mão em pronação , apoiada na mão do examinador , a palpação poderá ser feita não apenas ao nível da goteira epitrocleana , como também , acima desta .

**Nervo mediano :** Deve ser pesquisado na face anterior do punho , entre os tendões dos músculos palmar longo e flexor radial do carpo.

**Nervo fibular comum :** Estando o paciente sentado , com as pernas pendentes , palpar na face posterior da fibula na junção entre sua cabeça e corpo.

**Nervo tibial posterior :** Com paciente sentado, palpar na zona retromaleolar interna .

#### **4.1.2) Pesquisa de sensibilidade nas áreas acometidas .**

A sensibilidade é fundamental para a preservação para a função dos olhos , mãos e pés. Na presença de alterações sensitivas mínimas , a conduta oportuna pode reduzir os riscos de perda da sensibilidade protetora . Por este motivo , é importante ,para fins de prevenção de incapacidade , poder detectar precocemente essas lesões .

##### **4.1.2.1) Técnica de avaliação da sensibilidade com estesiômetro .**

Antes de iniciar o teste , retire os monofilamentos do tubo e encaixe-os no furo lateral do cabo. Disponha-os em ordem crescente do mais fino para o mais grosso.

Segure o cabo do instrumento de modo que o filamento de nylon fique perpendicular à superfície da pele , a uma distancia de + 2 cm , A pressão na pele deve ser feita até obter a curvatura do filamento e mantida durante aproximadamente um segundo e meio , sem permitir que o mesmo deslize sobre a pele .

O teste começa com o monofilamento mais fino 0,05g (verde). Na ausência de resposta utilize o monofilamento 0,2g (azul) e assim sucessivamente .

Aplique os filamentos de 0,05g(verde) e 0,2g(azul) 3 vezes seguidas em cada ponto especifico , os demais 1 vez.

Aplique o teste nos pontos específicos dos nervos , conforme esquema a seguir e nas áreas suspeitas de alteração de sensibilidade .

Registre o teste colorindo os pontos específicos com a cor do monofilamento que o paciente sente .

**Legenda :** Cada filamento corresponde a um nível funcional representado por uma cor .

**Verde:** 0,05g – sensibilidade normal mão e no pé .

**Azul :** 0,2g – sensibilidade diminuída na mão e normal no pé .

Dificuldade para discriminar textura ( tato leve ) .

**Violeta :** 2,0g – sensibilidade protetora diminuída na mão. Incapacidade de discriminar textura . Dificuldade para discriminar formas e temperatura .

**Vermelho ( fechado ) :** 4,0g – perda de sensibilidade protetora na mão e às vezes no pé . Perda de discriminação de textura . Incapacidade de discriminar formas e temperatura .

**Vermelho ( marcar com X ) :** 10g – perda da sensibilidade protetora no pé . Perda de discriminação de textura . Incapacidade de discriminar formas e temperatura .

**Vermelho ( aberto – circular ) :** 300g- permanece apenas sensação de pressão profunda na mão e no pé .

**Preto :** sem resposta . Perda da sensação de pressão profunda na mão e pé .

#### **4.1.3) Verificação do comprometimento funcional neurológico.**

A seguir deve ser realizada a verificação do comprometimento funcional neurológico , através das provas de força muscular . Estas podem detectar alterações precoces ou sinais de comprometimento neural assintomático ( neurites silenciosas ) .

Toda atenção deve ser dada a verificação da integridade anatômica nas mãos , pés e olhos, para detecção precoce de lesões ulcero-traumáticas . Ressalta-se a importância do auto exame diário.

#### **4.2) Diagnóstico das lesões cutâneas.**

##### **4.2.1) Hanseníase Indeterminada ( HI ) .**

Manifestação inicial da doença caracterizada por manchas hipocrômicas , únicas ou múltiplas , com alteração da sensibilidade ( hipoestesia ou hiperestesia) sem evidencia de lesão troncular .

A hanseníase indeterminada também pode se apresentar por alterações da sensibilidade superficial , sem lesão cutânea .

Sabe-se que HI pode permanecer estacionária e até sofrer involução espontânea . é classificada como paucibacilar , para fins de tratamento.

##### **4.2.2) Hanseníase Tuberculoide ( HT ) .**

Lesões eritemato-hipocromicas , eritematosas, eritemato-escamosas , com bordas discretamente elevadas ou com microtubérculos , por vezes com evolução centrífuga . Alopecias e anidroses podem ocorrer nas lesões maiores . As placas variam de forma , tamanho e número , mas a forma polar clássica da HT não apresenta tendência à disseminação , podendo ocorrer cura espontânea. Há comprometimento da sensibilidade superficial na lesão que varia de hipoestesia a anestesia . O comprometimento de nervos de forma assimétrica é freqüente , podendo as vezes ser a única manifestação clinica – forma neural pura .Operacionalmente é classificada como paucibacilar .

#### **4.2.3) Hanseníase dimorfa (HD).**

Lesões eritematosas, eritemato-violáceas , ferruginosas , infiltradas , edematosas, brilhantes , escamosas com contorno internos bem definidos e externos mal definidos ( lesões pré-foveolares e foveolares ) , centro deprimido ( aparentemente poupado ) , hipocrômicas ou com coloração de pele normal , hipo ou anestésicas . Seu caráter instável faz-se assemelhar com as lesões bem delimitadas da HT e/ou com lesões disseminadas da HV.O comprometimento neurológico troncular é freqüente , bem como episódios reacionais , dando a estes pacientes um elevado potencial incapacitante . Operacionalmente é classificada como multibacilar .

#### **4.2.4) Hanseníase virchowiana (HV).**

Infiltração difusa com numerosas lesões eritematosas, eritemato-acastanhadas , infiltradas , brilhantes , coalescentes , mal definidas e de distribuição simétrica . Há infiltração difusa da face – regiões malares , supraciliares e pavilhões auriculares , com formação de tubérculos e nódulos , ocasionando a perda definitiva de pêlos dos cílios e supercílios ( madarose), que dão à face um aspecto peculiar ( fácies leonina ) . Os nódulos e tubérculos podem surgir em todo tegumento . A HV é uma doença sistêmica com manifestações viscerais importantes a considerar.

Os distúrbios sensitivos cutâneos e o acometimento dos troncos nervosos estão presentes , mas não tão precoces e marcantes como nas lesões tuberculoides. Operacionalmente a HV é classificada como multibacilar .

#### **4.2.5) Estados Reacionais .**

##### **4.2.5.1) Reação tipo I – ( Reação Reversa )**

Nos tuberculoides , essas manifestações agudas se caracterizam por eritema e edema das lesões tuberculoides pré-existentes e o aparecimento de lesões novas em pequeno numero. O estado geral não é comprometido e os nervos são pouco afetados .

Nos dimorficos ocorrem episódios reacionais semelhantes aos que ocorrem nos tuberculoides. Há reações que incidem nas lesões de evolução crônica e aí as lesões também se tornam eritematosas e edematosas e aparecem lesões novas de caráter agudo. E , há casos em que a reação eclode a partir de lesões indeterminadas ou em indivíduo aparentemente sadio. Pode haver comprometimento neural acentuado , e o estado geral muitas vezes está

comprometido. Os dimorfos reacionais , se não tratados , continuam a sofrer surtos e vão se degradando os seus caracteres e as lesões tendem a assumir aspectos semelhantes aos virchowianos.

As lesões nervosas nas reações tipo I podem ocorrer junto com as alterações da pele ou independentemente . Durante os episódios reacionais deve-se prestar atenção aos nervos . Os principais sinais e sintomas são espessamento do nervo , dor à palpação , dor espontânea e neurite silenciosa. A consequência será a paralisia reversível ou perda completa da condutividade do nervo. A isquemia , se for absoluta ou durar muito tempo, provocará a destruição completa do nervo.

#### **4.2.5.2) Reação tipo II**

Estas reações são chamadas impropriamente de “ eritema nodoso hansênico “ , mediada por anticorpos, são mais generalizadas , recidivantes e podem supurar ( eritema nodoso necrotizante ) Ocorre súbito aparecimento de lesões papulosas , em placas , ou nodulares , eritematosas , precedidas muitas vezes por febre , mal estar geral e enfartamento ganglionar doloroso .

Esses surtos reacionais ocorrem na HV , e podem aparecer antes do inicio do tratamento, mas são mais freqüentes após 6 mês de terapêutica . Duram em média 15 a 20 dias e tendem em alguns casos , a se repetir depois de intervalos variáveis desencadeados muitas vezes por intercorrências . Durante os surtos podem ocorrer , além das lesões cutâneas , irites ou iridociclites , aumentos dolorosos de linfonodos hipertrofia do baço e do fígado , orquites e orquiepidimites , neurites , artrites , proteinúria e hematúria . Essas reações constituem uma verdadeira doença de imunocomplexos .

Em alguns pacientes virchowianos e principalmente naqueles que sofrem reações tipo II com freqüência , podem ocorrer depósitos de substancia amiloide em vários órgãos , sendo a principal causa de morte , principalmente a amiloidose renal .

### **5) Diagnóstico Laboratorial**

**Ressalta-se a superioridade do diagnóstico clínico através do exame dermatoneurológico.**

#### **5.1) Exame baciloscópico.**

A baciloscopia deve ser realizada em todos os pacientes com suspeita clínica de hanseníase entretanto, nem sempre evidencia-se *M. leprae* nas lesões hansênicas ou em outros sítios de coleta . O resultado é importante no diagnóstico , assim como auxilio à classificação do paciente no espectro clínico da hanseníase .

O exame baciloscópico é recomendado na ocasião do diagnostico .Nos pacientes com lesões ativas ou áreas com alteração de sensibilidade , os esfregaços da baciloscopia deverão ser feitos em 4 sítios , segundo a ordem a seguir :

- Esfregaço de uma lesão ativa ou áreas de alteração da sensibilidade .



- Esfregaços dos dois lóbulos auriculares .
- Esfregaço do cotovelo contra-lateral a lesão ativa ou área de alteração de sensibilidade.
- Na ausência de lesões ou áreas dormentes , colher o material de 4 locais ( dois lóbulos auriculares e dois cotovelos ).

### 5.1.1) Índice bacilosópico (IB)

IB = ( 0 ) : não há bacilos em nenhum dos 100 campos examinados .

IB = ( 1+ ) : 1 – 10 bacilos , em 100 campos examinados .

IB = ( 2 + ) : 1-10 bacilos , em cada 10 campos examinados ( 11- 99 bacilos em 100 campos ) .

IB = ( 3 + ) : 10 bacilos , em média , em cada campo examinado .

IB = ( 4 + ) : 100 bacilos em média , em cada campo examinado.

IB = ( 5 + ) : 1000 bacilos , em média , em cada campo examinado.

IB = ( 6 + ) : mais de 1000 bacilos , em média , em cada campo examinado.

### 5.2) Teste de Mitsuda ( intradermo reação de Mitsuda )

O teste de Mitsuda baseia-se numa reação imunológica retardada do tipo celular de alta especificidade para *M. leprae*. com leitura em 21 a 28 dias . O seu valor é prognóstico e não diagnóstico , é auxiliar na classificação dos Grupos Indeterminados e Dimorfo . Devido a problemas técnico-operacionais , não é recomendado o seu uso rotineiro .

### 5.3) Prova de histamina.

Muito útil no diagnóstico diferencial da Hanseníase Indeterminada ou em áreas suspeitas , quando a pesquisa da sensibilidade é difícil ou duvidosa ( em crianças , simuladores etc. ).

Baseia-se na observação da integridade ou não dos ramúsculos nervosos periféricos acometidos na hanseníase através do eritema reflexo ( secundário ), que ocorre com a dilatação dos capilares , conduzida pela histamina , quando há integridade dos ramúsculos nervosos periféricos.

Esta prova deverá ser realizada nas unidades referências .

### 5.4) Prova de pilocarpina ( teste de sudorese )

Tem a mesma finalidade e princípio da prova de histamina através da verificação do estímulo da sudorese produzida pela pilocarpina caso haja integridade dos ramúsculos nervosos periféricos .

É utilizada nas mesmas situações que a prova anterior , especialmente em negros . Deverá ser realizada nas unidades referências .

### 5.5) Exame histopatológico

Na classificação do paciente de hanseníase quanto à forma clínica deverão ser utilizados os critérios clínicos e baciloscópicos . Quando houver necessidade ( elucidação diagnóstica e classificação clínica ) deverá lançar-se mão do exame histopatológico , mas tendo-se sempre em vista que a clínica é soberana .

**Observação :** A não confirmação histopatológica do diagnóstico de HI não afasta o diagnóstico clínico bem alicerçado .

## **6) Diagnóstico Diferencial**

### **6.1) Com Hanseníase Indeterminada :**

- Eczemátide , Pitiríase alba , ( “Manchas de vermes” )
- Pitiríase versicolor ( “Pano branco” )
- Nevo acrômico ou despigmentado ( “Sinal” )
- Manchas café-com-leite ( Neurofibromatose de Von Recklinghausen)
- Hipocromias residuais
- Vitiligo
- Pinta ( “Puru-puru” )
- Esclerodermia em placas
- Pitiríase rósea de Gibert

### **6.2) Com Hanseníase Tuberculoide :**

- Dermatofitose ( “ Impingem “ )
- Lupus Eritematoso
- Psoríase
- Sarcoidose
- Granuloma anular
- Esclerodermia

### **6.3) Com Hanseníase Dimorfa :**

- Farmacodermias

### **6.4) Com Hanseníase virchowiana :**

- Sífilis
- Outras ( Leishmaniose difusa , Neurofibromatose , Linfoma Cutânea , Micoose fungoide , Leucemias , Xantomatoses , Farmacodermia , Lúpus eritematoso sistêmico )

### **6.5) Com Neuropatias periféricas :**

- Síndrome do túnel do carpo ( Camptodactilia , Contratura de Dupuytren )
- Neuralgia parestésica ( Síndrome de Bernhard)
- Neuropatia alcoólica
- Neuropatia diabética
- Outras doenças neurológicas raras .

## **7) Fluxograma**

### **Primeira Fase -**

### **Diagnóstico**

**Todas Unidades Básicas e / ou**

**P.S.F.**

**( Busca Ativa , Procura Direta ou Encaminhamento )**

Usuário apresenta uma ou mais das seguintes características e requer quimioterapia :

- 1) Usuário com lesões de pele com alteração de sensibilidade
- 2) Usuário com acometimento de nervo(s), com espessamento neural.
- 3) Usuário com baciloscopia positiva

## **Unidades de Saúde Referencias Hanseníase dos Distritos.**

### **Solicita Baciloscopia** ( Raspado Dermico )

OBS: Baciloscopia negativa não afasta diagnóstico.

### **Consulta Médica**

Define a necessidade e solicita outros exames  
Fecha diagnóstico  
Classifica o caso ( PAUCIBACILARES / MULTIBACILARES )  
Define esquema terapêutico  
Notifica o agravo  
FEC  
Encaminha casos de dúvidas ( HC-UFMG e H. Eduardo de Menezes )  
Retorna paciente para Unidade de origem ou P.S.F.  
Dá Alta

## **Segunda Face - Tratamento e Controle Unidades Básicas e/ou P.S.F.**

### **Cadastra o Usuário no Programa**

Informa mensalmente a situação do usuário.  
( Mapa de acompanhamento )

### **Vigilância dos Contatos**

Deve ser examinados todos os contatos intradomiciliares dos últimos 5 anos .  
Aplicar 02 doses de BCG-ID em todos os contatos com intervalo de 6 meses a 01 ano .

### **Consulta Médica / Enfermagem**

Fornece dose supervisionada mensal.  
Avalia o tratamento.  
Prevenção de Incapacidade .  
Informa o resultado  
Retorna com paciente para Unidade Referencia do Distrito quando:  
1) Ocorrer intercorrências ( Estados Reacionais) e reações adversas.  
2) Para dar alta

### **Agente Comunitário de Saúde**

Visita domiciliar mensal ( em data diferente da dose supervisionada ).

Supervisiona a medicação no domicílio .

Informa o acompanhamento

Verifica quantos contatos foram examinados .

Orienta prevenção incapacidade.

## **8) Medidas não Farmacologicas**

### **8.1) Avaliação do grau de Incapacidade .**

#### **8.1.1) Anestesia :**

O objetivo é determinar se o paciente perdeu a sensibilidade protetora : a diminuição discreta do fato não é verdadeira incapacidade , mas sua perda total sujeitará o paciente a traumatismos freqüentes .

#### **8.1.2) Úlceras e lesões :**

Solução de continuidade nas mãos e pés . Hematomas , bolhas e feridas .

#### **8.1.3) Reabsorção :**

Se estão reabsorvidas somente as extremidades dos dedos , mesmo de um só dedo , considerar como “reabsorção discreta “ . Se o segmento ( mão e pé ) perdeu a quinta parte , se classificará como “ reabsorção intensa”.

#### **8.1.4) Articulação anquilosadas :**

Verificar a mobilidade dos dedos : se existe um razoável grau de movimento passivo , embora não sendo de 100 % , pode se considerara como móvel . Se perdeu 25 % da mobilidade passiva , considerara como rígida , anquilosada ( mão) ou em contratura ( pé ).

#### **8.1.5) Sensibilidade corneana diminuída ou ausente :**

Avalia-se a sensibilidade com fio dental, macio, extrafino e sem sabor , com 5 cm de comprimento, tocando de leve a porção lateral da periferia da córnea e observando se o piscar é imediato ou ausente . A presença do reflexo de piscar significa sensibilidade preservada . Evitar tocar os cílios durante o exame , pois o toque desencadeia o reflexo de piscar .

#### **8.1.6) Lagoftalmo e/ou ectrópio :**

Lagoftalmo é a incapacidade parcial ou total de fechar os olhos , em geral acompanhado de ardor , lacrimejamento e hiperemia conjuntival . Ectrópio corresponde a eversão e desabamento da margem palpebral inferior .

#### **8.1.7) Triquíase :**

Corresponde ao olho que apresentar cílios mal implantados , voltados para dentro roçando a córnea.

#### **8.1.8) Opacidade da córnea :**

Corresponde ao olho que apresentar perda da transparência da córnea em qualquer localização.

#### **8.1.9) Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros :**

Acuidade visual é a percepção da forma e contorno dos objetos . Sua medida permite uma avaliação do funcionamento do olho . A medida da acuidade visual é um teste simples , feito através da utilização de sinais ,

ganchos , letras ou figuras ( optotipos ) , que pode levar a um primeiro diagnóstico do estado de saúde ocular . A medida da acuidade visual para longe tem por finalidade conhecer a visão do indivíduo dentro do referencial padronizado ( Escala optométrica de Snellen a uma distância de 5 metros ).

#### **8.1.10) Comprometimento da laringe , desabamento do nariz e paralisia facial.**

Comprometimento da laringe se manifesta desde por rouquidão ou alteração da voz até dificuldade de respirar .

O comprometimento do arcabouço cartilaginoso do nariz leva conseqüentemente a uma alteração de sua forma , que pode também ser decorrente de outras patologias como leishmaniose, miíase, sífilis e câncer.

A paralisia facial , quando unilateral , manifesta-se pelo desaparecimento das rugas frontais e a impossibilidade de franzir a fronte , desaparecimento da dobra nasolabial , impossibilidade de assobiar corretamente , angulo labial penso para baixo e boca oblíquo-oval . Quando bilateral , verifica-se perda da mímica facial ( fácies antonina ).

#### **8.2) Prevenção e tratamento de incapacidades físicas**

Todos os doentes da hanseníase , independentemente da forma clínica , deverão ser avaliados no momento do diagnóstico e , no mínimo uma vez por ano e por ocasião da alta , classificados quanto ao grau de incapacidade física que apresentem. Toda atenção deve ser dada ao comprometimento neural e para tanto os profissionais de saúde e pacientes devem ser orientados para uma atitude de vigilância do potencial incapacitante da hanseníase . Tal procedimento deve ter em vista o tratamento adequado para cada caso , e a prevenção de futuras deformidades .

Essas atividades não devem ser dissociadas do tratamento quimioterápico , devendo ser integradas na rotina dos serviços , de acordo com grau de complexidade dos mesmos.

Ações simples de tratamento e prevenção de incapacidades físicas por técnica simples deverão ser executadas pelo serviços básicos de saúde , inclusive por pessoal auxiliar , devidamente treinados e sob supervisão técnica adequada.

Ações de média complexidade para tratamento e prevenção de incapacidades físicas , além das descritas acima , deverão ser executadas pelo serviço de saúde que disponham de recursos de fisioterapia .

Ações complexas ( cirurgias , readaptação profissional), deverão ser executadas , indistintamente , pelos centros gerais e especializados de reabilitação. Para tanto, recomenda-se a organização de um sistema regional e mult institucional de referência e contra-referência , de maneira a permitir a todos os doentes de hanseníase o acesso ao tratamento , com vistas à recuperação social dos mesmos .

A cura da infecção pelo *M. leprae* com a presença de deformidades , nos dias atuais , indica que diagnóstico foi tardio e/ou tratamento foi inadequado.

As conseqüências na vida social e econômica do portador ou ex-portador de hanseníase são , em grande parte , decorrentes da deficiência física . Não menos importante porém , é a influencia de fatores culturais que historicamente associam a “imagem da lepra” à idéia do alto poder incapacitante da doença .

Para a implementação das atividades de prevenção há que se investir na formação e treinamento de equipes multiprofissionais e na organização de serviços de atenção primária ( medidas educativas , técnicas simples ) e atenção secundo-terciária ( adaptação de calçados e instrumentos de trabalho , cirurgia ).

A equipe deve preparar-se não só para a execução das atividades de assistência individual como também para desenvolver a prática educativa com os pacientes e com a comunidade .

### **8.3) Vigilância dos contatos**

Para fins operacionais , deve-se considerar como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido nos últimos 5 anos com doente .

A vigilância dos contatos consiste no exame dermatoneurilógico dos mesmos , obedecendo aos seguintes critérios :

- Exame de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos de todas as formas clínicas e orientação quanto ao período de incubação , transmissão , sinais e sintomas da hanseníase e retorno ao serviço , se necessário .
- Utilização do BCG – aplicação de duas doses da vacina BCG-ID em todos os contatos intradomiciliares de todos os casos novos de hanseníase , independente da forma clínica . O intervalo mínimo recomendado para a 2ª dose da vacina é de 6 meses da 1ª dose ( considerada a cicatriz por BCG-ID previa como 1ª dose , independente do tempo de aplicação ). Na dúvida aplicar as duas doses recomendadas.

## **9) Tratamento**

### **9.1) Tratamento Específico**

A regularidade na tomada mensal supervisionada e na tomada diária auto-administrada das drogas é fundamental para êxito terapêutico.

O paciente será apazado , para a dose supervisionada , no ambulatório , a cada 28 dias . Se o paciente faltar no dia apazado , a dose será administrada no dia em que o paciente vier à Unidade de Saúde e a dose seguinte será agendada para 28 dias a contar desta data .

O tratamento da hanseníase é ambulatorial , mediante o esquema terapêutico a seguir :

#### ESQUEMA POLIQUIMIOTERAPIA PADRÃO ( PQT/OMS)

DROGA	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
	PQT / PB - 06 Doses	PQT / MB – 12 Doses

RIFAMPICIN A ( RFM )	600 mg uma vez por mês , supervisionada, num total de 06 doses , em até 09 meses.	600 mg uma vez por mês , supervisionada num total de 12 doses , em até 18 meses.
DAPSONA ( DDS )	100 mg uma vez ao dia auto- administrada	100 mg uma vez ao dia , auto- adiministrada
CLOFAZIMIN A ( CFZ )		300 mg uma vez por mês , supervisionada , num total de 12 doses, em até 18 meses + 100 mg em dias alternados ou 50 mg diários , auto- administrada .
Seguimento de Casos	Comparecimentos mensais para a medicação, supervisionada num total de 06 doses . Revisão dermatoneurológica na 6 <sup>a</sup> dose.	Comparecimento mensais para a medicação supervisionada , num total de 12 doses. Revisão dermatoneurológica na 6 <sup>a</sup> e 12 <sup>a</sup> doses.
Critério de alta por cura	Receberão alta por cura , os pacientes que completaram as 06 doses de poliquimioterapia supervisionada , em até 09 meses , independente do numero de faltas consecutivas .	Receberão alta , por cura , os pacientes que completarem as 12 doses de poliquimioterapia supervisionada , em até 18 meses , independente do numero de faltas consecutivas .

Casos multibacilares que iniciam o tratamento com numerosas lesões ou extensas áreas de infiltração cutânea podem ter um risco maior de desenvolver reações e dano neural após completarem as 12 doses . Esses casos poderão apresentar uma regressão mais lenta das lesões de pele . A maioria desses doentes continuará a melhorar após a conclusão do tratamento com 12 doses .É possível , no entanto , que alguns desses casos não demonstrem qualquer melhora e por isso poderão necessitar de 12 doses adicionais de PQT-MB.

#### ESQUEMA POLIQUIMIOTERAPIA ( PQT / OMS ) – 24

##### DOSES

MULTIBACILAR	
RIFAMPICINA ( RFM )	600 mg uma vez por mês , supervisionada , num total de 24 doses , em até 36 meses.
DAPSONA ( DDS )	100 mg uma vez ao dia , auto-administrada

CLOFAZIMINA ( CFZ )	300 mg uma vez por mês , supervisionada , num total de 24 doses , em ate 36 meses + 100 mg em dias alternados , ou 50 mg diários auto-administrada .
Seguimento dos casos	Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada num total de 24 doses. Revisão dermatoneurológica nas 12 <sup>a</sup> e 24 <sup>a</sup> doses.
Critério de alta por cura	Receberão alta por cura , os pacientes que completaram as 24 doses, em até 36 meses , independente do numero de faltas consecutivas .

**OBS:** Os casos que apresentarem episódios reacionais e ou seqüelas , no momento da alta , por cura , ou após , também deverão sair do registro ativo , desde que satisfaçam os critérios estabelecidos para alta , devendo , no entanto , continuar a receber a atenção requerida .

## **9.2) Tratamento dos Estados Reacionais**

### **9.2.1) Medidas gerais para tratamento dos estados reacionais**

Dar atenção especial aos nervos acometidos e olhos .

Realizar atendimento freqüente do paciente e orienta-lo adequadamente .

Efetuar hospitalização do paciente sempre que houver comprometimento geral do seu estado geral e ou complicação neural.

Só suspender a medicação específica naquelas casos em que o comprometimento geral do paciente assim o recomende.

### **9.2.2) Reação tipo I ou Reação Reversa**

Quando houver comprometimento de nervos , recomenda-se o uso Prednisona na dose diária de 01 a 02 mg/Kg/dia , até a melhora acentuada do quadro reacional , a partir daí a dose deverá ser reduzida , gradual e lentamente . A dose de manutenção deve ser mantida pelo menos por 02 meses .

Para melhora dos demais sintomas , quando não houver comprometimento neural , recomenda-se o uso de outros antiinflamatórios não esteróides nos esquemas usuais .

### **9.2.3) Reação tipo II ou Eritema Nodoso Hansenótico**

Recomenda-se o uso da Talidomida na dose de 100 a 400 mg/dia , conforme avaliação clínica , mantendo a mesma dose até remissão do quadro reacional. Está totalmente **proibido** o uso da Talidomida em mulheres gestante e em idade fértil conforme Portaria n. 354 de 15/08/1997 , publicada no DOU de 18/08/1997, seção I , paginas 17844 a 17847.

Indica-se o uso de corticosteróides , na dose de 01 a 02 mg/Kg/dia de prednisona apenas nas seguintes situações : 1. Comprometimento de troncos nervosos e lesões oculares 2. Mão e pé reacionais .3. lesões infiltradas em trajeto de nervos . 4. Orquite/orquiepididimite .5. outras situações em que a talidomida não possa ser usada .6. eritema nodoso ulcerado. 7. Irite/iridociclite.



Em casos de eritema nodoso severo e subintrante , a OMS recomenda o uso da Clofazimina na dosagem de 300mg/dia , por 30 dias , 200 mg por mais 30 dias , seguidos de 100 mg por mais 30 dias , associada a corticosteroides .

### **9.3) Esquemas alternativos**

Esse esquema deverão ser utilizados nos Centros Colaboradores ( de Referencia ) que detenham , em seus quadros , dermatologista ou clínico com experiência em hanseníase , bem como técnicas auxiliares para o diagnóstico , acompanhamento e seguimento dos pacientes pós alta , ou em outras Unidades de Saúde , sob orientação dos Centros Colaboradores.

### **9.4) Esquema ROM**

O Ministério da Saúde / ATDS recomenda a adoção do esquema ROM ( Rifampicina , minociclina e Ofloxacina ) para pacientes paucibacilares com lesão única de pele , sem envolvimento de tronco nervoso. Não é recomendado para gestantes e crianças menores de 5 anos de idade .Os pacientes que fizerem o tratamento com esquema ROM receberão alta por cura , após a tomada da dose única .

Esse esquema deverá ser utilizado nas mesmas condições do item 9.3 .

### **9.5) Esquema terapêutico em situações especiais**

#### **9.5.1) Gestantes**

Em que peses a recomendação de se restringir a ingestão de drogas no primeiro trimestre da gravidez , os hansenostáticos ( rifampicina , clofazimina e dapsona ) devem ser usados . Vale ressaltar a ocorrência de surtos reacionais e , as vezes , a eclosão da doença durante a gravidez , exigindo a instituição da terapêutica específica para reações .

#### **9.5.2) Hanseníase e Tuberculose**

Instituir tratamento para tuberculose . As drogas para tratamento da hanseníase são complementares . Alertar que a rifampicina deve ser dada na dose requerida no tratamento da tuberculose .

#### **9.5.3) Hanseníase e infectados com HIV ou com AIDS**

Esquema padrão / OMS deve ser ministrado como em qualquer outro paciente . A rifampicina , na dose de 600 mg / mês , não interfere na ação de antiretrovirais .

### **9.6) Para-efeitos das drogas utilizadas**

#### **9.6.1) Rifampicina**

- **Cutâneos** : rubor de face pescoço , prurido e “rash” cutâneo generalizado.
- **Gastro-intestinais** : diminuição do apetite , náuseas , ocasionalmente vômitos e diarreias , dor abdominal leve . Estes sintomas provavelmente ocorrerão se o medicamento for ingerido em jejum.
- **Hepáticos** : mal-estar , perda do apetite , náuseas , podendo ocorrer também icterícia , São descritos dois tipos de icterícias , leve ou transitória e a grave , com danos hepáticos.

- **Hematopoéticos** : purpuras ou sangramentos anormais , como epistaxe , hemorragias gengivais e uterinas poderão ocorrer , nestes casos encaminhar ao hospital.
- **Anemia hemolítica** : rara – manifesta-se por tremores , febre , náuseas , cefaléia e às vezes choque . Poderá ocorrer icterícia leve .
- **Síndrome Pseudogripal** : rara – ocorre a partir da 2<sup>a</sup> ou 4<sup>a</sup> dose supervisionada devido a hipersensibilidade quando o medicamento é utilizado em dose intermitente . Manifesta-se por febre , calafrios , astenia, mialgia , cefaléia e ocasionalmente dores ósseas. Pode cursar com eosinofilia , nefrite intersticial, necrose tubular aguda , trombocitopenia , anemia hemolítica e choque .

**Obs:** A utilização da rifampicina pode incrementar o catabolismo dos contraceptivos orais . Diminuir a vida média das seguintes substâncias : prednisona , quinidina , cetoconazol , propranolol , digitoxina , metoprolol, clofibrato, sulfaniluréia . Diminuir a eficácia terapêutica dos anticoagulantes tipo cumarínico. Diminuir a excreção biliar dos meios de contraste para visualização da vesícula biliar .

#### 9.6.2) Clofazimina

- **Cutâneos** : ressecamento de pele , podendo ser grave e evoluir para iciose . Coloração da pele , urina , suor e secreção respiratória . Regridem muito lentamente com a suspensão do medicamento. A coloração avermelhada da urina não deve ser confundida com hematúria e secreção pulmonar com escarros hemoptóicos . Pigmentação conjuntival não deve ser confundida com icterícia.
- **Gastro-intestinais** : Diminuição da peristalse e dor abdominal podem ocorrer devido ao depósito de cristais de clofazimina nas submucosas e gânglios linfáticos intestinais , resultando na inflamação da porção terminal do intestino delgado . O medicamento deve ser interrompido e reiniciado após regressão completa do quadro clínico . Estes para-efeitos poderão ser encontrados com maior frequência com doses de 300 mg/dia por períodos prolongados superiores a 90 dias .

#### 9. 6.3) Dapsona

- **Cutâneos** : Síndrome de Stevens – Johnson , dermatite esfoliativa ou eritrodermia . Implica na interrupção definitiva do tratamento com dapsona .
- **Hepáticos** : Icterícia . A dapsona deverá ser interrompida e o paciente encaminhado ao hospital.

- **Anemia hemolítica** : este para-efeito não ocorre na dose preconizada ( 1,5 mg/kg/dia ) salvo em indivíduos com deficiência da enzima glicose –6-fofato-desidrogenase ( G6PD). A conduta a ser adotada é a suspensão da dapsona ( substituindo pela clofazimina 100 mg / dia ) e de outras drogas oxidantes .
- **Metahemoglobinemia** : cianose , dispnéia , taquicardia ,cefaléia , fadiga , desmaios , náuseas , anorexia e vômitos . O medicamento deve ser interrompido e o paciente ser encaminhado imediatamente ao hospital.
- **Neurológicos** : Incluem neuropatia motora periférica e raramente psicoses. No caso de psicose o medicamento deve ser interrompido e o paciente encaminhado ao especialista .
- **Insônia** : desaparece depois de algum tempo .

#### 9.6.4) Talidomida

- **Teratogenicidade** : sonolência , edema unilateral de membros inferiores , obstipação intestinal, secura de mucosas e , mais raramente , linfopenia e neuropatia periférica .

#### 9.6.5) Corticosteróides

- **Distúrbios metabólicos** : redução de sódio e depleção de potássio , aumento das taxas de glicose no sangue , absorção no metabolismo do cálcio , levando osteoporose , síndrome de Cushing.
- **Gastro-intestinais** : gastrite e ulcera péptica .
- **Outras manifestação** : agravamento de infecções latentes , acne cortisônica e psicoses.

#### 9.6.6) Situações em que o esquema terapêutico deveser ser suspenso .

##### 9.6.6.1) Síndrome pseudogripal

Suspender a rifampicina imediatamente e avaliar a gravidade do quadro. Administrar anti-histamínicos , antitérmicos e , quando necessário , corticosteróides ( hidrocortisona 500mg/250 ml de soro fisiológico – 30 gotas / minuto EV ), mantendo em seguida corticosteróides oral com redução progressiva da dose até a retirada completa . Os casos a que apresentarem comprometimento geral severo , deverão ser hospitalizados , se possível em centros de referencia .

##### 9.6.6.2) Náuseas e vômitos incontroláveis

Suspender o tratamento. Submeter o paciente a exames complementares para diagnostico diferencial com outras causas . Investigar se estes sinais ocorrem após a ingestão da dose supervisionada .

##### 9.6.6.2) Ictéricas

O tratamento deverá ser suspenso quando houver alterações das provas de função hepática , com valores superiores a duas vezes os valores normais . Avaliação da historia pregressa ( alcoolismo , tuberculose, etc) , submeter o

paciente a exames complementares para diagnóstico diferencial. Realizar sorologia para hepatite .

#### **9.6.6.3) Distúrbios hematopoéticos**

Suspender o tratamento . Encaminhar ao hematologista para avaliação e conduta .

#### **9.6.6.4) Metahemoglobinemia**

Leve – observar . Desaparece gradualmente com a suspensão do medicamento.

Severa – Internação hospitalar . Azul de metileno a 1 % ( EV) na dose 1mg/Kg . Não ultrapassar a dose de 7mg/Kg . Lavagem gástrica , hemodiálise , diálise peritonial ou exosanguíneo transfusão . Não usar Azul de Metileno nos deficientes de G<sup>6</sup>PD ( Glicose –6-fosfato-desidrogenase).

### **10) Referências Bibliográficas**

**10.1) Seminário da avaliação das ações de controle de hanseníase realizadas em Minas Gerais no ano 2000. Belo Horizonte , 07 e 08 de junho de 2001 .**

**área técnica de hanseníase , Diretoria da Atenção Básica , Superintendência Operacional de Saúde , Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais**

**10.2) Guia de Controle da Hanseníase , Ministério da Saúde , Fundação Nacional da Saúde , Brasília 1994.**

**10.3) Portaria N 1.073 / GM de 26 de setembro de 2000, publicada no D. O . U. – 188-E – pagina 18 – Seção 1 de 28 de setembro de 2000.**

**10.4) Manual de Prevenção de Incapacidades , Ministério da Saúde , Secretaria de Políticas de Saúde , Departamento de Atenção Básica , Brasília – 2001 .**

## **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

### **1) CLASSIFICAÇÃO \* :**

A Hipertensão Arterial Sistêmica em indivíduos maiores de 18 anos foi classificada em 3 estágios (leve, moderada e grave), além da Hipertensão Sistólica Isolada. Os níveis normais de pressão arterial também foram subdivididos em PA ótima, normal e normal limítrofe (ou normal-elevada). O quadro abaixo apresenta esta classificação:

PRESSÃO ARTERIAL ( mmHg )		
CLASSIFICAÇÃO	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
PA ótima	menor que 120	menor que 80
PA normal	menor que 130	menor que 85
PA normal limítrofe	130-139	85-89

Hipertensão leve (estágio 1)	140-159	90-99
Hipertensão moderada (estágio 2)	160-179	100-109
Hipertensão grave (estágio 3)	180 ou maior	110 ou maior
Hipertensão Sistólica (isolada)	140 ou maior	menor que 90

\* indivíduos adultos maiores de 18 anos.

## 2) DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico de Hipertensão Arterial é definido após a mensuração de níveis anormais de pressão arterial, conforme o quadro acima, em duas ou mais avaliações em visitas distintas.

Os requisitos gerais para uma adequada mensuração da Pressão Arterial são:

- Lugar confortável.
- Paciente sem ingerir cafeína ou fazer uso de cigarro por 30 minutos anteriores à medida.
- Paciente em repouso por pelo menos 5 minutos.
- Braço livre de roupas que exerçam pressão, mão aberta e relaxada.
- Braço apoiado ao nível do coração.
- Manômetro calibrado e de fácil visualização.
- Manguito que cubra 2/3 da circunferência do braço, mantendo-o bem ajustado e não apertado.
- Inflar até 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso e desinflar lentamente.
- Ao ouvir os primeiros ruídos arteriais detecta-se a pressão sistólica e o desaparecimento e/ou abafamento deles caracteriza a pressão arterial diastólica (PAD)
- Desinflar totalmente o manguito após aferição e aguardar pelo menos um a dois minutos para nova medida.
- Medir a PA em decúbito dorsal e ortostatismo em situações especiais tais como idosos, diabéticos e pacientes em uso de antihipertensivos.
- Na primeira consulta a PA deve ser verificada em ambos os braços e, constatando-se níveis elevados, deve-se também verificá-la nos membros inferiores.
- Os esfigmomanômetros usados são o aneróide e de coluna de mercúrio. Os aparelhos aneróides devem ser calibrados periodicamente, sendo que os de mercúrio oferecem maior precisão.

## 3) EXAMES LABORATORIAIS:

A avaliação laboratorial mínima inicial do paciente hipertenso deve constar dos seguintes exames:

- Exame de Urina para pesquisa de elementos anormais e sedimentoscopia.
- Creatinina
- Potássio sérico
- Glicemia de jejum
- Colesterol total e HDL-colesterol
- Eletrocardiograma

#### 4) ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO:

Objetivando estratificar o risco do paciente hipertenso para definição do prognóstico e no planejamento de estratégias para o tratamento, deve-se verificar a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo (LOA), doença cardiovascular clínica (DCC) e concomitância de Diabetes Mellitus, conforme se expõe a seguir:

##### FATORES DE RISCO MAIORES:

- Tabagismo
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus
- Idade acima de 60 anos
- Sexo ( homens e mulheres na pós-menopausa )
- História familiar de doença cardiovascular ( mulheres abaixo de 65 anos de idade e homens abaixo de 55 anos de idade )

##### LESÃO DE ÓRGÃOS ALVO (LOA) / DOENÇA CARDIOVASCULAR CLÍNICA (DCC):

- Doenças cardíacas: Hipertrofia ventricular esquerda, Angina/Infarto do miocárdio prévio, Revascularização coronariana prévia, Insuficiência cardíaca.
- Acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório
- Nefropatia
- Doença arterial periférica
- Retinopatia

A estratificação do risco e quantificação do prognóstico leva em conta o grau da Hipertensão Arterial, a presença de fatores de risco e de condições clínicas associadas (CCA) incluindo lesões em órgãos-alvo, e representa importante passo na definição da conduta terapêutica. O risco é classificado como BAIXO, MÉDIO, ALTO e MUITO ALTO.

<b>Outros fatores de risco ou doença</b>	<b>Hipertensão leve ( grau 1 )</b>	<b>Hipertensão Moderada ( grau 2 )</b>	<b>Hipertensão grave ( grau 3 )</b>
Sem outros fatores de risco	<b>RISCO BAIXO</b>	<b>RISCO MÉDIO</b>	<b>RISCO ALTO</b>
1-2 fatores de risco	<b>RISCO MÉDIO</b>	<b>RISCO MÉDIO</b>	<b>RISCO MUITO ALTO</b>

3 ou mais fatores de risco ou LOA ou Diabetes Mellitus	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO
CCA	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO

## 5) TRATAMENTO:

### ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO:

PA sistólica 140 – 180 ou PA diastólica 90 – 110 mmHg em várias ocasiões (hipertensão de graus 1 e 2, como mostrado)

↓  
Avaliar outros fatores de risco, LOA e DCV

↓  
Iniciar mudança dos hábitos de vida

↓  
Estratificar risco:

A - **MUITO ALTO** ou **ALTO**  
Começar tratamento medicamentoso

B - **MÉDIO**

PAS > ou = 140 e PAD > ou = 90, iniciar tratamento medicamentoso

PAS < ou = 140 e PAD < ou = 90, monitorar (reavaliar) a pressão, em 3 ou 6 meses.

C – **BAIXO**

Monitorar PA e outros fatores de risco em 6 e 12 meses.

PAS > ou = 150 ou PAD > ou = 95, iniciar tratamento;

PAS < 150 ou PAD < 95, continuar monitorando.

### **5.1) MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS:**

- Redução do peso.
- Interrupção do tabagismo.
- Aumento da atividade física aeróbica (30-45 minutos na maioria dos dias da semana).
- Redução da ingestão de gordura saturada e colesterol da dieta.
- Ingestão limitada de álcool não excedendo a 30 ml de etanol por dia (720 ml de cerveja, 300 ml de vinho ou 60 ml de uísque) ou 15 ml de etanol por dia para mulheres e pessoas de baixo peso.
- Redução da ingestão de sódio a não mais do que 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio/dia.
- Ingestão adequada de potássio na dieta (aproximadamente 90 meEq/dia).
- Ingestão adequada de cálcio e magnésio.

### **5.2) TRATAMENTO FARMACOLÓGICO:**

Nos indivíduos maiores de 18 anos e menores de 65 anos, sem co-morbidades, a primeira opção é o beta-bloqueador e/ou hidroclorotiazida e a seguir os inibidores da ECA. O quadro a seguir traz informações que ajudam a particularizar o tratamento de pacientes hipertensos levando-se em conta faixa etária, gravidez, doenças e condições concomitantes:

#### **ABORDAGEM A GRUPOS E SITUAÇÕES ESPECIAIS:**

<b>ANÁLISE DO CASO</b>	<b>DROGAS DE ESCOLHA</b>	<b>EVITAR</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Idoso	-Antagonistas do canal de cálcio, inibidores da ECA.  -Diuréticos, Beta-bloqueadores	-Diuréticos em monoterapia e em doses elevadas.  -Inibidores adrenérgicos centrais, alfabloqueadores.	-Iniciar sempre com a metade da dose terapêutica, aumentando lentamente se necessário. -Atentar para sintomas de hipotensão postural.
Hipertensão Arterial Sistólica Isolada do Idoso	- Diuréticos		



Grávida com Hipertensão Crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alfametildopa (1ª escolha)</li> <li>- Antagonistas do canal de cálcio.</li> <li>- Beta-bloqueadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inibidores da ECA.</li> <li>- Diuréticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referência para serviço de alto risco.</li> </ul>
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos os hipotensores podem ser usados com exceção dos Betabloqueadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betabloqueadores – avaliar uso nos casos de angina e pós - IAM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corticosteróides, teofilina e efedrina, podem dificultar o controle de pressão arterial.</li> </ul>
Diabéticos tipo I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inibidores da ECA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betabloqueadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caso haja proteinúria preferir inibidores da ECA.</li> </ul>
Diabéticos tipo II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inibidores da ECA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betabloqueadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diuréticos podem piorar a glicemia. Inibidores adrenergicos e vasodilatadores arteriais podem causar hipotensão postural e agravar disfunção sexual.</li> </ul>
Dislipidemias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inibidores da ECA, antagonistas dos canais de cálcio, alfa-2-agonistas, alfabloqueadores, diuréticos em baixas doses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betabloqueadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betabloqueadores podem aumentar triglicérides e diminuir o HDL.</li> <li>- Reforçar mudanças do estilo de vida.</li> </ul>
Doença vascular encefálica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inibidores da ECA, antagonistas dos canais de cálcio, diuréticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clonidina, alfametildopa, guanabenz, minoxidil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução da PA deve ser lenta e gradual principalmente nos idosos.</li> </ul>
Doença vascular arterial periférica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antagonistas dos canais de cálcio; vasodilatadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betabloqueadores; inibidores da ECA nos casos de estenose bilateral da artéria renal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar caminhadas e o abandono do tabagismo</li> </ul>

Depressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inibidores da ECA, antagonistas dos canais de cálcio, diuréticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alfametildopa, Clonidina, e Betabloqueadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diuréticos podem aumentar os níveis de lítio. Tricíclicos, IMAO e venlafaxina podem alterar a PA.</li> </ul>
Obesidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inibidores da ECA, antagonistas dos canais de cálcio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betabloqueadores e diuréticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alertar para uso de anorexígenos com anfetamina e hormônio tireoidiano (podem aumentar a PA)</li> </ul>
Cardiopatia isquêmica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betabloqueadores (1ª escolha)</li> <li>- Antagonistas dos canais de cálcio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antagonistas dos canais de cálcio de ação rápida. Hipotensores que aumentam a frequência cardíaca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de AAS em doses baixas, reforçar mudanças do estilo de vida.</li> <li>- Reduzir níveis de PA gradualmente.</li> </ul>
Insuficiência cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inibidores da ECA (1ª escolha)</li> <li>- Hidralazina + nitratos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alfa e Betabloqueadores carvedilol + ECA são eficazes no tratamento</li> </ul>
Insuficiência cardíaca + HAS + angina pectoris	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inibidores da ECA + anilodipina ou felodipina</li> </ul>		

Hipertrofia do ventrículo esquerdo	- todas as drogas podem ser usadas.	- Vasodilatadores diretos	- Tratamento medicamentoso deve ser instituído.
Nefropatias	- Todas as drogas podem ser usadas. Preferir inibidores de ECA nos pacientes com proteinúria, creatinina < 3,0 mg / dl e/ou diabéticos.	- Diuréticos poupadores de potássio.	- Creatinina > 2,5 mg / dl usar diurético de alça - avaliar níveis de Creatinina e K+ após 1 semana do início dos inibidores da ECA.

Fonte: Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial

## 6) CARACTERÍSTICAS DOS PRINCIPAIS ANTI-HIPERTENSIVOS:

As drogas em destaque são padronizadas pela SMSA-BH.

Droga	Dose diária (mg)	Efeitos colaterais	Precauções/considerações
<b>Diuréticos tiazídicos</b>			
Hidroclorotiazida (Clorana)	25 a 50	Hipocalemia Hiperuricemia Intolerância a glicose Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.	Podem ser eficazes na insuficiência renal; Sensibilização a toxicidade digital; Pode precipitar gota.
Clortalidona (Higroton)	25 a 100		
<b>Diuréticos de alça</b>			
Furosemida	40 a 120	Hipocalemia	Podem ser eficazes na

(Lasix)		Hiperuricemia Intolerância a glicose Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.	insuficiência renal; Sensibilização a toxicidade digital; Pode precipitar gota.
<b>Diuréticos poupadores de potássio</b>			
Espironolactona (Aldactone)	25 a 100	Hipercalcemia; Ginecomastia.	Hipercalcemia significativa em pacientes com insuf. renal crônica.
<b>Simpaticolíticos de ação central</b>			
Alfametildopa (Aldomet)	500 a 2000	Sonolência; Xerostomia; Fadiga e impotência sexual.	Pode causar lesão hepática e teste de Coombs direto positivo; Pode causar anemia hemolítica e pode ocorrer hipotensão arterial rebote com suspensão da droga.
Clonidina	0,1 a 1,2		
Guanabenz	8 a 32		
<b>Simpaticolíticos com ação na terminação nervosa</b>			
Guanetidina	10 a 400	Hipotensão ortostática; Diarréia; Impotência sexual; Congestão nasal.	Utilizar com cuidado em idosos por causa da hipotensão ortostática.
Reserpina	0,1 a 0,25	Letargia; Depressão; Impotência sexual; Congestão nasal.	Contra-indicado em pacientes deprimidos.
<b>Bloqueadores beta-adrenérgicos</b>			
Atenolol	25 a 100	Bradycardia; Fadiga; Insônia; Impotência sexual; Hipertrigliceridemia; Redução de HDL/Colesterol.	Não devem ser usados em pacientes com asma, DPOC, ICC (exceto atenolol), BAV de grau II e III, doença do nó sinusal. Utilizar com cuidado: Diabetes Mellitus e doença vascular arterial periférica.
Propranolol	80 a 480	Bradycardia; Fadiga; Insônia; Impotência sexual; Hipertrigliceridemia; Redução de HDL/Colesterol.	Não devem ser usados em pacientes com asma, DPOC, ICC, BAV de grau II e III, doença do nó sinusal. Utilizar com cuidado: Diabetes Mellitus e doença vascular arterial periférica.
<b>Bloqueadores alfa-1 adrenérgicos</b>			
Prazosin	1 a 20	Síncope na primeira dose; Hipotensão ortostática; Palpitação e fraqueza.	Utilizar com cuidado em pacientes idosos devido a hipotensão ortostática.

<b>Vasodilatadores de ação direta</b>			
Hidralazina	50 a 200	Cefaléia, taquicardia, retenção hidrosalina e FAN positivo.	Pode provocar angina em coronariopata, síndrome lúpica em doses superiores a 200mg/dia.
Minoxidil	5 a 60	Hirsutismo.	
<b>Vasodilatadores bloqueadores dos canais de cálcio</b>			
Nifedipina	20 a 180	Cefaléia, hipotensão, tonteira, constipação intestinal, erupção cutânea.	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco.
Diltiazem	120 a 240	Cefaléia, hipotensão, tonteira, constipação intestinal, erupção cutânea.	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco.
Verapamil	240 a 280	Cefaléia, hipotensão, tonteira, constipação intestinal, erupção cutânea.	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco.
<b>Inibidores da enzima conversora da angiotensina</b>			
Captopril	12,5 a 150	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco.	Pode causar insuficiência renal aguda em portadores de estenose bilateral da artéria renal; pode dar neutropenia e proteinúria.
Enalapril	10 a 40	Utilizar com cuidado nos pacientes com ICC e nos casos de bloqueio cardíaco.	Pode causar insuficiência renal aguda em portadores de estenose bilateral da artéria renal; pode dar neutropenia e proteinúria.

## 7) BIBLIOGRAFIA:

- 1- Ministério da Saúde – CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Protocolo – Brasília – 2001.
- 2- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Comitê Científico de Estudos de Utilização de Medicamentos – Boletim de Informação Terapêutica – Farmacologia Cardiovascular I – Hipertensão Arterial Sistêmica - Belo Horizonte – Junho/98.
- 3- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Comitê Científico de Estudos de Utilização de Medicamentos – Boletim de Informação Terapêutica – Farmacologia Cardiovascular II– Hipertensão Arterial Sistêmica – Grupos e Situações Especiais - Belo Horizonte – Janeiro/99.
- 4- Current Medical Diagnosis and Treatment, 2001.

## TUBERCULOSE

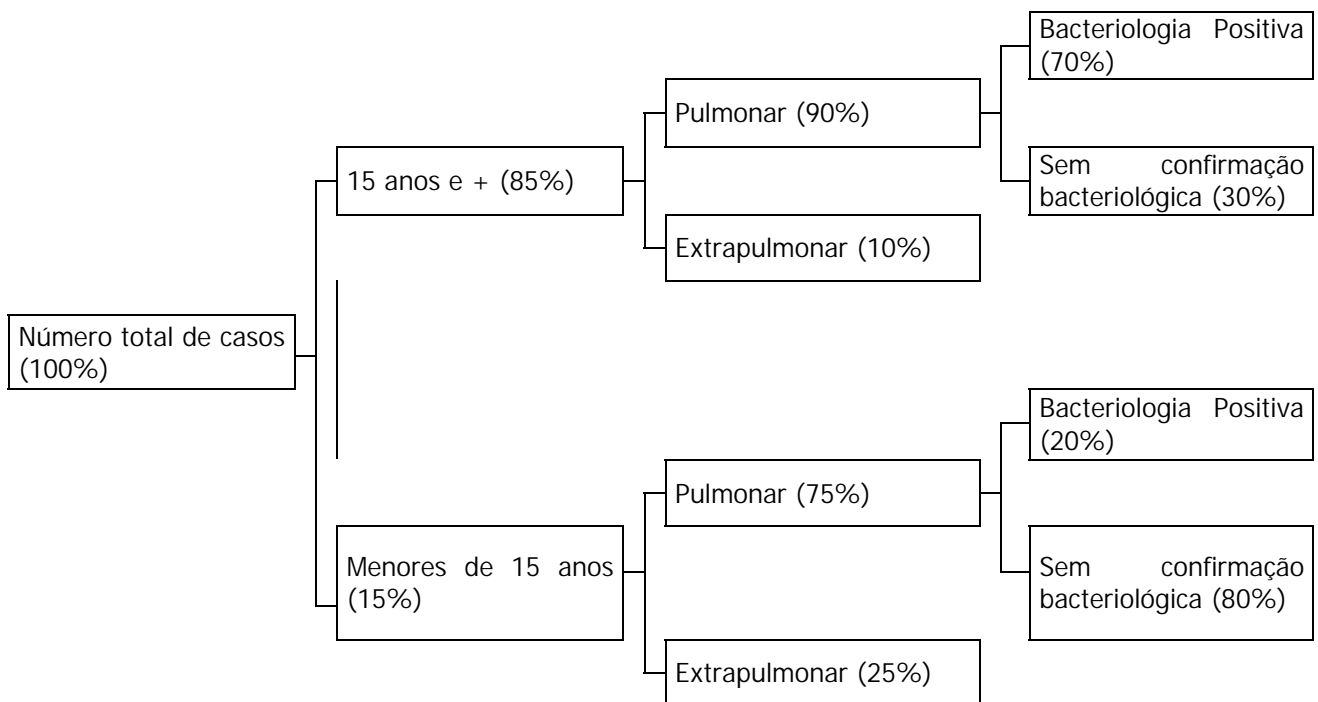
### Introdução

A tuberculose é um grande problema de saúde pública mundial, que vem se agravando mesmo nos países onde já se encontrava sob controle, devido a vários fatores, como as mudanças na faixa etária e o empobrecimento de grandes parcelas da população, os crescentes fluxos migratórios, a epidemia de AIDS e a falência dos sistemas de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Acrescente-se a estes fatores, o aumento da resistência às drogas.

O agente etiológico da tuberculose é o *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch), o qual é transmitido através da tosse, espirro, fala ou respiração de um paciente com a forma pulmonar e baciloscopia direta do escarro positiva (mais de 5 mil bacilos por mililitro de escarro). O risco de infecção é maior entre os comunicantes mais próximos do paciente bacilífero (principalmente os do seu domicílio).

#### Quadro I

Distribuição dos casos esperados de tuberculose, por grupo etário, forma clínica e situação bacteriológica:



Fonte: Plano Nacional de Controle de Tuberculose. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde 2000

A tuberculose é uma doença curável e o Brasil usa o melhor esquema de tratamento existente na atualidade. No entanto, ainda se convive com taxas altas de abandono, cujas causas são a ainda longa duração do tratamento, as dificuldades de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, a sua baixa resolutividade e a fragilidade da relação entre os profissionais de saúde e os pacientes e seus familiares.

#### **Classificação dos pacientes de Tuberculose**

Tuberculose pulmonar positiva

- 2 baciloscopias diretas positivas
- 1 baciloscopia direta positiva e cultura positiva
- 1 baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose
- 2 ou mais baciloscopias diretas negativas e cultura positiva

#### **Tuberculose pulmonar negativa**

- 2 baciloscopias diretas negativas e imagem radiológica sugestiva e achados clínicos ou outros exames complementares sugestivos.

#### **Tuberculose de outras localizações**

- formas agudas disseminadas (meningoencefalite, miliar)
  - formas extrapulmonares
- Diagnóstico baseado nos achados clínicos e em exames complementares sugestivos.

#### **Epidemiologia**

As estimativas atuais mostram uma prevalência de 50 milhões de infectados pelo bacilo de Koch no Brasil. Anualmente, surgem 130 mil casos novos de tuberculose, dos quais são notificados cerca de 90.000 ao Ministério da Saúde, havendo cerca de 6 mil óbitos anuais.

Em Belo Horizonte foram notificados 1373 casos novos em 1999, 1751 casos em 2000 e \_\_\_\_\_ casos em 2001, correspondendo a uma incidência de \_\_\_\_\_ casos / 100 mil habitantes.

#### **Diagnóstico Clínico**

As formas pulmonares são as mais freqüentes, tanto em adultos quanto em crianças (quadro I). Os pacientes bacilíferos (70% dos adultos e 20% dos menores de 15 anos de idade) são os responsáveis pela transmissão da doença. Estes apresentam sintomas em proporção mais elevada e infectam maior número de comunicantes, os quais adoecem com maior freqüência.

Entre os adultos, a tosse e expectoração há 3 semanas ou mais é o sintoma mais freqüente, além de outros sintomas respiratórios como dor torácica, dispnéia e hemoptise, geralmente acompanhados de sintomas gerais como febre vespertina, sudorese noturna, anorexia, emagrecimento e adinamia.

Nas crianças e adolescentes, as manifestações clínicas podem ser variadas, podendo mesmo haver casos totalmente assintomáticos. Os casos bacilíferos são em pequena proporção (Quadro I), tendo-se em vista a fisiopatogenia da doença na infância e adolescência, predominantemente paucibacilar. Some-se a isto a dificuldade em se obter secreções para a baciloscopia do escarro nos indivíduos destas faixas etárias.

Os sintomas mais frequentes são tosse, chieira e dispnéia, ao lado de sintomas gerais, como febre de intensidade moderada, persistente por mais de 15 dias e frequentemente vespertina, anorexia, perda de peso, irritabilidade e sudorese noturna. Alguns casos manifestam-se como pneumonias de evolução arrastada, sem melhora com o tratamento convencional para germes comuns.

O quadro II apresenta um sistema de escore, baseado em similares publicados na literatura nas últimas décadas.

Quadro clínico – radiológico		Contato com adulto tuberculoso	Teste tuberculínico*	Estado nutricional
<b>Febre ou sintomas como: tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese &gt; 2 semanas</b>  <b>15 pts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adenomegalia hilar ou padrão miliar</li> <li>○ Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado &gt; 2 semanas</li> <li>○ Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) &gt; 2 semanas evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns</li> </ul> <b>15 pts</b>	Próximo, nos últimos 2 anos  <b>10 pts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;10 mm em não vacinados com BCG ou vacinados &gt; 2 anos ou</li> <li>• &gt;15 mm em vacinados &lt; 2anos</li> </ul> <b>15 pts</b>	Desnutrição grave ou peso abaixo do percentil 10 SISVAN **  <b>5 pts</b>
Assintomático ou com sintomas < 2 semanas  <b>5 pts</b>	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo < 2 semanas  <b>5 pts</b>	_____  <b>0 pts</b>	5 a 9 mm  <b>5 pts</b>	_____  <b>0 pts</b>
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos  <b>- 10pts</b>	Radiografia normal  <b>- 5 pts</b>	Ocasional ou negativo  <b>0 pts</b>	< 5 mm  <b>0 pts</b>	Peso igual ou acima do percentil 10  <b>0 pts</b>

Legenda: pts – pontos; Esta interpretação não se aplica a revacinados em BCG; \*\* SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (MS/1997)

<b>Interpretação:</b>	<b>Maior ou igual a 40 pontos</b> <b>Diagnóstico muito provável</b>	<b>30 a 35 pontos</b> <b>Diagnóstico possível</b>	<b>Igual ou inferior a 25 pontos</b> <b>Diagnóstico pouco provável</b>
-----------------------	--	--	---

Fontes: Stegen G., Jones K., Kaplan P. (1969) *Pediatr* 42:260-3; Tijidani O et al (1986) *Tubercle* 67:269-81; crofton J et al (1992), Londres. Macmillan p; 29., adaptado por Sant'Anna C. C

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde. 2000

Os casos de tuberculose em crianças e adolescentes devem ser pesquisados, prioritariamente, no grupo de comunicantes de pacientes bacilíferos.

Nos Estados Unidos, por exemplo, o controle de comunicantes permite descobrir 50% dos casos.

Entre as formas agudas disseminadas, a tuberculose miliar geralmente tem início súbito e apresenta-se com grande acometimento do estado geral, como toxemia, febre alta, adinamia, anorexia, perda de peso e hepatoesplenomegalia.

Na meningoencefalite tuberculosa, há sintomas inespecíficos na 1ª semana de doença (febre, irritação ou adinamia, alterações do humor, anorexia) e, por volta da 2ª semana, surgem os sintomas neurológicos (de hipertensão intracraniana e de comprometimento dos pares cranianos).

As formas miliares têm concomitância com a meningoencefalite em 30% dos casos.

As formas extrapulmonares são geralmente conseqüentes à disseminação linfo-hematogênica ocorrida durante a primoinfecção e aparecem após períodos variáveis de tempo.

Os sintomas e sinais são dependentes da localização da doença e o diagnóstico é feito, na maioria das vezes, por especialistas, através de exames anátomo-patológicos ou outros mais complexos.

### **Diagnóstico Laboratorial**

#### **Baciloscopia direta do escarro**

É um método simples, seguro e barato, que diagnostica grande parte dos casos da doença - os pulmonares bacilíferos - responsáveis por sua cadeia de transmissão.

Deve ser solicitada aos pacientes sintomáticos respiratórios (com tosse e expectoração há 3 semanas ou mais), aos comunicantes de bacilíferos e aos portadores de alterações radiológicas pulmonares.

Recomenda-se a coleta de 2 ou 3 amostras, em dias consecutivos.

#### **Cultura para Micobactérias**

Deve ser solicitada aos pacientes suspeitos de tuberculose pulmonar, persistentemente negativos ao exame direto do escarro, aos suspeitos de formas extrapulmonares (meningoencefálica, gênito-urinária, pleural, etc) e aos suspeitos de resistência bacteriana às drogas (neste caso, com teste de sensibilidade).

### **Exames bioquímicos dos líquidos orgânicos (líquor, líquido pleural, peritonal, etc)**

Na meningoencefalite tuberculosa, o líquido é límpido, hipertenso e apresenta aumento da celularidade (raramente acima de 1.000 cel/mm<sup>3</sup>) com predomínio de linfócitos, podendo ocorrer aumento de polimorfonucleares apenas na fase inicial. Há aumento das proteínas e diminuição da glicose.

Na tuberculose pleural, o líquido é um exsudato de cor amarelo-citrino, com predomínio de linfócitos e a glicose é normal.



## **Exames radiológicos**

São exames auxiliares no diagnóstico da tuberculose, permitindo a seleção de portadores de imagens sugestivas de tuberculose ou de outras patologias e o acompanhamento da evolução da doença. No entanto, é indispensável submeter os suspeitos ao exame bacteriológico para a confirmação da etiologia, exceto crianças e adolescentes (vide parágrafos anteriores).

## **Prova Tuberculínia (PPD)**

É um método auxiliar e isoladamente, resultado positivo indica apenas infecção ou vacinação prévia e recente com o BCG. Portanto, deve ser analisado em conjunto com os dados epidemiológicos, clínicos, radiológicos e laboratoriais. Deve ser lembrado que algumas situações podem interferir no resultado do PPD, como as doenças e o uso de drogas imunossupressoras, etc...

É indispensável a solicitação do PPD nas crianças comunicantes de pacientes bacilíferos.

## **Biópsias / Exames histopatológicos**

Utilizados principalmente para o diagnóstico das formas extrapulmonares da tuberculose. A lesão típica é o granuloma com necrose caseosa e o achado do bacilo (BAAR) na lesão.

## **Outros Exames:**

Nas formas extrapulmonares, são necessários exames especializados (tomografia computadorizada, ultrassonografia, exame neurológico, oftalmológico, etc) e a concorrência de especialistas.

## **Outros Métodos Diagnósticos:**

Pelo seu alto custo, complexidade e problemas de sensibilidade, especificidade e valores preditivos, só são realizados em serviços de referência, serviços especializados ou em instituições de pesquisa. São exemplos: hemocultura, Bactec, sorologia, marcadores biológicos e técnicas de biologia molecular (PCR e outros).

## **Tratamento medicamentoso da Tuberculose**

A tuberculose é doença curável em quase 100% dos casos, desde que obedecidos os princípios da moderna quimioterapia. A associação medicamentosa adequada, o uso de doses corretas, por tempo suficiente e a supervisão da tomada dos medicamentos são os meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento da resistência às drogas, assegurando a cura do paciente.

O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, já que permite a quebra de sua cadeia de transmissão.

## Regimes de Tratamento

O tratamento dos casos bacilíferos deve ser feito em regime ambulatorial, supervisionado, com pelo menos 3 observações semanais da tomada dos medicamentos nos primeiros 2 meses e uma observação por semana até o seu final. A supervisão poderá ser realizada diretamente no Centro de Saúde, no local de trabalho ou na residência do paciente, por meio do agente comunitário de saúde, do visitador sanitário ou de líderes comunitários e responsáveis familiares.

Nas formas pulmonares negativas à baciloscopia e nas extrapulmonares (exceto na meningoencefalite), o tratamento poderá ser supervisionado ou não.

Só serão hospitalizados os seguintes casos:

- ✓ meningoencefalite;
- ✓ indicações cirúrgicas da tuberculose;
- ✓ complicações graves;
- ✓ intolerância medicamentosa incontrolável em ambulatório;
- ✓ intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas graves;
- ✓ grande comprometimento do estado geral;
- ✓ indicação social: pacientes sem residência fixa ou com maior risco de abandono (especialmente se for caso de retratamento ou falência).

## Esquemas de Tratamento

Em todos os esquemas, a medicação é de uso diário e deverá ser administrada em uma única tomada. Segundo a situação do caso, os esquemas adotados são:

SITUAÇÃO	ESQUEMA INDICADO
Sem tratamento anterior (VT)	Esquema I
Com tratamento anterior: Recidiva após cura com o Esquema I Retorno após abandono do Esquema I	Esquema IR (Reforçado)
Tuberculose meningoencefálica	Esquema II
Falência dos Esquema I ou IR	Esquema III

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde 2000

## Esquemas, indicações gerais e específicas, dosagens e observações

### ESQUEMA I – 2RHZ / 4RH INDICADO NOS CASOS NOVOS DE TODAS AS FORMAS DE TUBERCULOSE PULMONAR E EXTRA PULMONAR

Fases do tratamento	Drogas	Peso do doente			
		Até 20 kg	Mais de 20 kg e até 35 kg	Mais de 35 kg e até 45 kg	Mais de 45 kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
1ª fase (2 meses – RHZ)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
2ª fase (4 meses – RH)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde 2000

**Siglas:** Rifampicina = R – Isoniazida = H – Pirazinamida = Z - Etambutol = E -  
Estreptomina = S - Etionamida = Et

#### **Observações:**

- As drogas deverão ser administradas preferencialmente em jejum, em uma única tomada ou, em caso de intolerância digestiva, junto com uma refeição.*
- O tratamento das formas extra pulmonares (exceto a meningoencefálica) terá a duração de seis meses. Em casos individualizados cuja evolução clínica inicial não tenha sido satisfatória, com a colaboração de especialistas das áreas, o tempo de tratamento poderá ser prolongado, na sua 2ª fase, por mais três meses (2RHZ/7RH).*
- No tratamento da associação tuberculose e HIV, independente da fase de evolução da infecção viral, o tratamento será de seis meses. As doses dos medicamentos devem obedecer ao Quadro da pág. 27.*

**ESQUEMA II – 2 RHZ/7RH**  
**INDICADO PARA A FORMA MENINGOENCEFÁLICA DA TUBERCULOSE**

Fases do tratamento	Drogas	Doses para todas as idades mg/kg/dia	Peso do doente			
			Mais de 20 kg até 35 kg	Mais de 35 kg até 45 kg	Mais de 45 kg	Dose máxima
			mg/dia	mg/dia	mg/dia	
1ª fase (2meses) RHZ	R	10 a 20	300	450	600	600
	H	10 a 20	200	300	400	400
	Z	35	1000	1500	2000	2000
2ª fase (7meses) RH	R	10 a 20	300	450	600	600
	H	10 a 20	200	300	400	400

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde - fundação Nacional de Saúde 2000

**Observações:**

- a) *Nos casos de concomitância entre tuberculose meningoencefálica e qualquer outra localização, usar o esquema II.*
  
- b) *Nos casos de tuberculose meningoencefálica em qualquer idade recomenda-se o uso de corticosteróides (prednisona, dexametazona ou outros) por um período de 1 a 4 meses, no início do tratamento.*
  
- c) *Na criança, a prednisona é administrada na dose de 1 a 2 mg/kg de peso corporal, até a dose máxima de 30 mg/dia. No caso de se utilizar outro corticosteróide, aplicar a tabela de equivalência entre eles.*
  
- d) *A fisioterapia na tuberculose meningoencefálica deverá ser iniciada o mais cedo possível.*

**ESQUEMA IR – 2RHZE/4RHE**  
**INDICADO NOS CASOS DE RECIDIVA APÓS CURA OU**  
**RETORNO APÓS ABANDONO DO ESQUEMA 1 (ESQUEMA I)**

Fases do tratamento	Drogas	Peso do doente			
		Até 20 kg	Mais de 20 kg e até 35 kg	Mais de 35 kg e até 45 kg	Mais de 45 kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
1ª fase (2 meses-RHZE)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
	E	25	600	800	1200
2ª fase (4 meses-RHE)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	E	25	600	800	1200

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde 2000

**Observações:**

- a) Os casos de recidiva de esquemas alternativos por toxicidade ao esquema I devem ser avaliados para prescrição de Esquema Individualizado.***
- b) O paciente que apresentar alteração da visão deverá ser encaminhado para uma unidade de referência, com o objetivo de avaliar o uso do etambutol.*

**ESQUEMA III – 3SZEEt/9EEt**  
**INDICADO NOS CASOS DE FALÊNCIA DE TRATAMENTO**  
**COM ESQUEMA 1 (ESQUEMA I) E ESQUEMA 1 REFORÇADO (ESQUEMA**  
**IR)**

Fases do tratamento	Drogas	Peso do doente			
		Até 20 kg	Mais de 20 kg e até 35 kg	Mais de 35 kg e até 45 kg	Mais de 45 kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
1ª fase (3 meses-SZEEt)	S	20	500	1000	1000
	Z	35	1000	1500	2000
	E	25	600	800	1200
	Et	12	250	500	750
2ª fase (9 meses-EEt)	E	25	600	800	1200
	Et	12	250	500	750

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde 2000

**Observações:**

***a) A estreptomicina deve ser usada por via intramuscular (IM). Em situações especiais, pode ser aplicada por via endovenosa (EV), diluída a 50 ou 100 ml de soro fisiológico correndo por um mínimo de 1/2 hora.***

*b) Em casos especiais com dificuldades de aceitação de droga injetável ou para facilitar seu uso supervisionado na Unidade de Saúde, o regime de uso da estreptomicina pode ser alterado para aplicações de 2ª a 6ª feira por 2 meses e duas vezes semanais por mais 4 meses.*

*c) Em pessoas maiores de 60 anos, a estreptomicina deve ser administrada na dose de 500 mg/dia.*

Os pacientes com co-infecção tuberculose - HIV, deverão ser tratados nos serviços de referência para HIV, de acordo com o quadro abaixo.

<b>QUADRO I: RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA PACIENTES HIV+ COM TUBERCULOSE</b>	
<b>CARACTERÍSTICA DA SITUAÇÃO</b>	<b>RECOMENDAÇÃO</b>
Paciente HIV+ virgem de tratamento para tuberculose com contagem de células T-CD4+ e carga viral não disponíveis.	Tratar a tuberculose durante seis meses, utilizando o <b>Esquema I<sup>(1)</sup></b> e aguardar estabilidade clínica para realização de contagem de células T-CD4 e carga viral para avaliação da necessidade de terapia anti-retroviral <sup>(2)</sup> .
Paciente HIV+ já em acompanhamento clínico anterior, virgem de tratamento para tuberculose e com contagem de células T-CD4+ acima de 500 células/mm <sup>3</sup> .	Tratar a tuberculose durante seis meses, utilizando o <b>Esquema I<sup>(1)</sup></b> e não iniciar terapia anti-retroviral <sup>(3)</sup>
Paciente HIV+ já em acompanhamento clínico anterior, virgem de tratamento para tuberculose, com contagem de células T-CD4+ entre 350 e 500 células/mm <sup>3</sup> e carga viral para HIV <100.000 cópias/ml .	Tratar a tuberculose durante seis meses, utilizando o <b>Esquema I<sup>(1)</sup></b> e iniciar ou substituir o tratamento anti-retroviral por um dos seguintes esquemas compatíveis com uso concomitante de RMP <sup>(4)</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2 ITRN<sup>(5)</sup></b></li> <li>• <b>ZDV + 3TC + ABC<sup>(6,9)</sup></b></li> <li>• <b>2 ITRN + EFZ<sup>(7,9)</sup></b></li> <li>• <b>2 ITRN + RTV/SQV<sup>(7)</sup></b></li> </ul>
Paciente HIV+ já em tratamento clínico anterior, virgem de tratamento para tuberculose, com contagem de células T-CD4+ entre 350 e 500 células/mm <sup>3</sup> e carga viral para HIV ≥100.000 cópias/ml .	Tratar a tuberculose durante seis meses, utilizando o <b>Esquema I<sup>(1)</sup></b> e iniciar ou substituir o tratamento anti-retroviral por um dos seguintes esquemas compatíveis com uso concomitante de RMP <sup>(4)</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2 ITRN + EFZ<sup>(7,9)</sup></b></li> <li>• <b>2 ITRN + RTV/SQV<sup>(7)</sup></b></li> </ul>
Paciente HIV+ virgem de tratamento para tuberculose e com contagem de células T-CD4+ abaixo de 350 células/mm <sup>3</sup>	Tratar a tuberculose durante seis meses, utilizando o <b>Esquema I<sup>(1)</sup></b> e iniciar ou substituir o tratamento anti-retroviral por um dos seguintes esquemas compatíveis com uso concomitante de RMP <sup>(4)</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2 ITRN + EFZ<sup>(7,9)</sup></b></li> <li>• <b>2 ITRN + RTV/SQV<sup>(7)</sup></b></li> </ul>
Paciente HIV+ com meningoencefalite tuberculosa.	Tratar a tuberculose durante nove meses, utilizando o <b>Esquema II<sup>(8)</sup></b> e iniciar ou substituir a terapia anti-retroviral com esquemas compatíveis com uso concomitante de RMP, a serem escolhidos conforme parâmetros de contagem de células T-CD4+ e carga viral para pacientes HIV+ virgens de tratamento para tuberculose <sup>(4,6,7,9)</sup> .
Paciente HIV+ em situação de retratamento para tuberculose.	Tratar a tuberculose durante seis meses, utilizando o <b>Esquema I Reforçado – IR<sup>(10)</sup></b> , e iniciar ou substituir a terapia anti-retroviral com esquemas compatíveis com uso concomitante de RMP, a serem escolhidos conforme parâmetros de contagem de células T-CD4+ e carga viral para pacientes HIV+ virgens de tratamento para tuberculose <sup>(4,6,7,9,11)</sup> .
Paciente HIV + em situação de falha a tratamento anterior para tuberculose.	Tratar a tuberculose durante 12 meses, utilizando o <b>Esquema III<sup>(12)</sup></b> e iniciar ou substituir o tratamento anti-retroviral pelo esquema considerado mais adequado do ponto de vista imunológico e virológico <sup>(4,6,7,9,11)</sup> .
Paciente HIV+ com tuberculose multidroga-resistente.	Encaminhar aos serviços de referência em tuberculose para avaliação de especialista e uso de esquemas especiais.

Siglas:

**ZDV = Zidovudina**  
**3TC = Lamivudina**  
**ABC = Abacavir**  
**EFZ = Efavirenz**  
**RTV = Ritonavir**

**SQV = Saquinavir**  
**ITRN = Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo**  
**ITRNN = Inibidor da Transcriptase Reversa Não-Análogo de Nucleosídeo**  
**IP = Inibidores da Protease**

## **Medidas não farmacológicas**

### ✓ **Fisioterapia**

Na meningoencefalite tuberculosa, a fisioterapia deverá ser iniciada o mais precocemente possível.

### ✓ **Cirurgia**

As indicações do tratamento cirúrgico da tuberculose são:

- Tuberculose pulmonar multi-resistente;
- Hemoptise não controlada;
- Resíduo tuberculoso sintomático no parênquima pulmonar (colonização cavitária por fungos);
- Resíduo tuberculoso endobrônquico;
- Efeitos adversos graves;
- Múltiplos abandonos do tratamento com tuberculostáticos;
- Diagnóstico diferencial entre tuberculose e câncer de pulmão;
- Sequelas pleurais de tuberculose;
- Empiema pleural tuberculose;
- Tuberculose pericárdica;

Fonte: Kristsky, AL; Conde, M.B; Souza, ERM – Tuberculose do ambulatório à enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.



## **Controle do Tratamento**

É feito mensalmente com o acompanhamento clínico e a baciloscopia do escarro (nos casos bacilíferos).

Em casos especiais, pode-se utilizar o exame radiológico e outros mais especializados.

### **Controle Pós-cura**

A maioria dos pacientes curados não necessita de controle após o tratamento, devendo-se orientá-los a retornarem ao Centro de Saúde apenas em caso de aparecimento de sintomas.

Alguns casos especiais justificam um ou mais controles após o final do tratamento: portadores de HIV/AIDS e outras imunodeficiências, portadores de seqüelas anatômicas ou funcionais graves e os pacientes que tiveram efeitos adversos graves durante o tratamento, sem comprovação bacteriológica da cura.

## **Prevenção da Tuberculose**

A redução do problema da Tuberculose só é obtida através de um conjunto de medidas:

- ✓ Melhora das condições de vida;
- ✓ Descoberta de casos e tratamento (medida mais eficaz);
- ✓ Vacinação com BCG;
- ✓ Quimioprofilaxia

### **Melhora das condições de vida**

Mesmo antes do início da quimioterapia, a tuberculose já apresentava uma tendência decrescente nos países desenvolvidos, com uma redução anual de cerca de 5% na mortalidade e na incidência, o que certamente foi conseqüência da melhora das condições de vida nestes locais. Ao contrário, o problema tornava-se mais grave nos países onde aconteciam guerras.

### **Vacinação com BCG**

Os estudos mais recentes têm demonstrado que a vacina BCG tem uma eficácia média de 50% contra todas as formas de tuberculose e de cerca de 78% contra as formas disseminadas e pulmonares, estimando-se a duração da proteção em 10 anos.

No Brasil, utiliza-se a cepa Moreau-RJ, bastante imunogênica e com pouco potencial de causar efeitos colaterais. A via de aplicação padronizada é a intradérmica, na dose de 0,1ml, aplicada na inserção inferior do deltóide (braço direito).

A primovacinação deve ser feita ao nascer e, em Minas Gerais, aplica-se a 2ª dose (revacinação) aos 10 anos de idade, sem PPD prévio.

### **Quimioprofilaxia**

É o tratamento dos infectados pelo bacilo da tuberculose, com o objetivo de impedir o seu adoecimento (Quimioprofilaxia Secundária) e o tratamento dos recém-nascidos cohabitantes de casos de tuberculose bacilífera, para também impedir o adoecimento, caso ocorra o contágio (Quimioprofilaxia Primária). A droga utilizada no Brasil é a Isoniazida, na dose de 10mg/Kg/dia (máximo de 300mg/dia). A duração do tratamento é de 3 ou 6 meses na Quimioprofilaxia Primária e de 6 meses na Quimioprofilaxia Secundária.

### **Quimioprofilaxia Primária**

#### **Indicação**

Recém nascidos cohabitantes de bacilíferos.

#### **Esquema**

Isoniazida (3 meses) → PPD

- ✓ Reator → manter a Isoniazida por mais 3 meses
- ✓ Não reator → suspender a Isoniazida e vacinar com BCG

### **Quimioprofilaxia Secundária**

#### **Indicação**

1. Menores de 15 anos;
  - ✓ Sem sinais de tuberculose ativa;
  - ✓ Comunicantes de bacilíferos;
  - ✓ Sem BCG e PPD  $\geq$  10mm
  - ✓ Com BCG e PPD  $\geq$  15mm

#### **Observação**

PPD não reator e contágio recente: repetir entre 40 e 60 dias.

- ✓ Se não reator → BCG
  - ✓ Se reator → Quimioprofilaxia Secundária
2. Viragem tuberculínica recente (até 12 meses) de, no mínimo, 10mm.
  3. População indígena
    - ✓ Comunicantes de bacilífero
    - ✓ **PPD reator forte**
    - ✓ Independente da idade e do estado vacinal
    - ✓ Sem sinais de tuberculose ativa

4. Imunodeprimidos (por doenças ou uso de drogas)
  - ✓ Comunicantes de bacilíferos
  - ✓ Sob criteriosa decisão médica
  
5. Reatores fortes ao PPD, sem tuberculose ativa, mas com condições clínicas de alto risco
  - ✓ Alcoolismo
  - ✓ Diabetes insulino-dependente
  - ✓ Silicose
  - ✓ Nefropatias graves
  - ✓ Sarcoidose
  - ✓ Linfomas
  - ✓ Uso prolongado de corticosteróides e imunossupressores
  - ✓ Portadores de imagens radiológicas compatíveis com tuberculose inativa, sem quimioterapia anterior
  
6. Co-infectados HIV e M.tuberculosis (PPD ≥ 5mm)

<b>Quadro III - Quimioprofilaxia para tuberculose em pacientes HIV+</b>	
<b>INDICAÇÕES</b> <sup>(1) (2)</sup>	<p>Indivíduo sem sinais ou sintomas sugestivos de tuberculose:</p> <p>A. <b>Com radiografia de tórax normal</b> e: 1) reação ao PPD maior ou igual a 5 mm<sup>(3)</sup>; 2) contatos intra-domiciliares ou institucionais de tuberculose bacilífera, ou 3) PPD não reator ou com endurecimento entre 0-4 mm, com registro documental de ter sido reator ao teste tuberculínico e não submetido à tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião.</p> <p>B. <b>Com radiografia de tórax anormal:</b> presença de cicatriz radiológica de TB sem tratamento anterior (afastada possibilidade de TB ativa através de exames de escarro e radiografias anteriores), independentemente do resultado do teste tuberculínico (PPD).</p>
<b>ESQUEMA</b> <sup>(4)</sup>	<b>Isoniazida</b> , VO, 5-10 mg/kg/dia (dose máxima: 300mg/dia) por seis meses consecutivos.

Fonte: Plano Nacional de Controle da Tuberculose - Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde 2000

## **Atividades desenvolvidas pelos Centros de Saúde no controle da tuberculose**

### **1. Procura de casos de tuberculose**

Deve ser feita através de busca ativa na população que freqüenta o serviço e através da visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde. Devem ser priorizados os grupos com maior probabilidade de apresentar tuberculose:

- ✓ Sintomáticos respiratórios (indivíduos com tosse e expectoração há 3 semanas ou mais)
- ✓ Comunicantes de casos de tuberculose (principalmente dos bacilíferos)
- ✓ Infectados pelo HIV
- ✓ Pessoas com doenças ou condições sociais que predisponham à tuberculose (residentes em comunidades fechadas, usuários de álcool e outras drogas, mendigos, profissionais de saúde, etc)
- ✓ Imunodeprimidos (por doenças ou uso de medicamentos)
- ✓ Indivíduos com alterações radiológicas pulmonares

### **2. Realização de exames**

- ✓ Baciloscopia direta do escarro
- ✓ PPD

### **3. Encaminhamentos**

- ✓ Para a realização de exames mais complexos
- ✓ Para avaliação por especialistas

### **4. Tratamento e controle dos casos de tuberculose**

### **5. Vacinação e revacinação com BCG**

### **6. Quimioprofilaxia**

### **7. Fornecimento de dados para o Sistema de Informação**

## **O Sistema de Informação no Programa de Controle da Tuberculose**

### **1. Notificação dos casos de tuberculose – Ficha do SINAN (Anexo I)**

Além dos casos novos devem ser notificados também os reingressos após abandono, as recidivas e os casos transferidos para outros Centros de Saúde.

### **2. Acompanhamento dos casos de tuberculose – Ficha de Acompanhamento (em discussão no momento) (Anexo II)**

As informações referentes às baciloscopias de controle, outros exames realizados, número de comunicantes examinados, a situação durante o tratamento e no seu encerramento, bem como a data do encerramento, deverão ser enviadas mensalmente ao nível competente.

### **3. Livro de Registro e Controle de Tratamento dos casos de tuberculose (Anexo III)**

É um instrumento de informação oficial do Programa, de onde são retiradas as informações para a elaboração de boletins mensais, trimestrais e anuais e os consolidados. Os Centros de Saúde deverão mantê-lo atualizado.

### **4. Livro de Registro de Baciloscopia e de Cultura para Diagnóstico e Controle da Tuberculose (Anexo IV)**

Os laboratórios integrados ou vinculados a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública devem ter um sistema de registro interno que permita: (1) fornecer o resultado do exame ao solicitante; (2) registrar e avaliar o trabalho diário realizado e (3) fornecer informações indispensáveis para o programa de controle da tuberculose e para a rede de laboratórios.

**Este livro de registro de baciloscopia e de cultura deverá ser utilizado por toda a unidade de saúde que realizar somente baciloscopia (mas que poderá enviar material clínico para a cultura) e laboratórios que realizarem, tanto a baciloscopia quanto a cultura, para diagnóstico e controle da tuberculose. Esta proposta pretende adequar e uniformizar as informações obtidas no laboratório, para melhor utilização dos dados produzidos no programa de controle da tuberculose. As informações contidas aqui são confidenciais e devem ser cuidadosamente protegidas contra danos e extravios. Dos dados deste livro, será feito um consolidado mensal que informará ao coordenador de tuberculose da unidade de saúde, ou na falta deste, ao coordenador municipal ou estadual, os números de pacientes sintomáticos respiratórios examinados que forem positivos e/ou negativos à baciloscopia ou à cultura. Além disso,**

**será feita uma listagem nominal dos pacientes positivos, utilizando o " Informe mensal do laboratório ao programa" para que seja comparada com Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose das unidades de saúde que solicitarem os exames. Estes dados poderão ser armazenados no programa de computação intitulado SILTB (Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose) e distribuído gratuitamente pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga\* da Fundação Nacional de Saúde.**

**5. Anexos**

# Anexo I

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº _____		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual			2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação			Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		
Dados do Caso	5 Agravado <b>TUBERCULOSE</b>			Código (CID10) <b>A169</b>	6 Data do Diagnóstico	
	7 Nome do Paciente			8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos		10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6- Não se aplica 9-Ignorado	
	13 Número do Cartão SUS		14 Nome da mãe			
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	16 Número	
	17 Complemento (apto., casa, ...)			18 Ponto de Referência		19 UF
	20 Município de Residência			Código (IBGE)		
	21 Bairro			Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone		24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)		Código
	<b>Dados Complementares do Caso</b>					
Antecedentes Epidemiológicos	26 Nº do Prontuário		27 Ramo de Atividade Econômica			
	28 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência					
Dados Clínicos	29 Raio X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado			30 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado		
	31 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar		32 Se Extrapulmonar	1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Genito Urinária	4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar	7 - Meningite 8 - Outras 9 - Não Se Aplica
	33 Agravos Associados 1 - Aids 2 - Alcoolismo 3 - Diabetes 4 - Doença Mental 5 - Outros 9 - Ignorado					
Dados do Laboratório	34 Baciloscopia de Escarro 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada			35 Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada		
	36 Cultura de Escarro 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Em Andamento 4 - Não Realizada			37 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Em Andamento 4 - Não Realizada		
	38 HIV 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado		39 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado			
Tratamento	40 Data de Início do Tratamento Atual		41 Drogas			
	42 Tratamento Supervisionado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Rifampicina	<input type="checkbox"/> Isoniazida	<input type="checkbox"/> Pirazinamida	
	43 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Etambutol	<input type="checkbox"/> Estreptomina	<input type="checkbox"/> Etionamida	
Investigador	44 Município/Unidade de Saúde			45		
	46 Nome		47 Função	48 Assinatura		

## **Anexo II**

**Em discussão no momento.**







## 6. Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde – Plano Nacional de Controle da Tuberculose – Normas Técnicas, Estrutura e Operacionalização. Brasília, DF, 2000.
2. Colditz, GA; Berkey, CS; Mosteller, F; Brewer, TF; Wilson, ME; Burdick, E; Fineberg, HV. The efficacy of Bacillus Calmette-Guérin Vaccination of newborns and infants in the prevention of tuberculosis: Meta-analyses of the published literature. *Pediatrics*. 1995; 96: 29-35
3. Bedran, MBM; Reis, FJC; Oliveira, MGR. Tuberculose. In: Tonelli, E; Freire, LMS (ed) *Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência*. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2000:516-536
4. Sant'Anna, CC. Aspectos atuais da tuberculose em crianças e em adolescentes. *Correios da SBP*. Ano 8 – Jan/Fev/Março/2002.
5. Kritski, AL; Conde, MB; Souza, GRM. *Tuberculose – Do ambulatório à enfermaria*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

## 6. Procedimentos de Assistência ao Paciente com Tuberculose

### A. ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE

#### **PRIMEIRA CONSULTA:** Competência do médico ou enfermeiro

- 1- Fazer anamnese e exame físico(o paciente deve ser pesado em todos os atendimentos).
- 2- Esclarecer o diagnóstico para o paciente.
- 3- Avaliar o tipo de tratamento ideal (autoadministrado ou supervisionado)
- 4- Prescrever os medicamentos.
- 5- Orientar sobre:
  - Transmissão da doença
  - Tratamento e alta
  - Controle de comunicantes
  - Agenda de retornos
  - Solicitação dos exames necessários para a próxima consulta
  - Solicitação de exames dos comunicantes
- 6- Preencher ficha de notificação.
- 7- Anotar no livro preto.
- 8- Encaminhar o paciente para a pós consulta.

#### **PÓS CONSULTA:** Competência do enfermeiro ou auxiliar de enfermagem.

- 1- Checar a compreensão do paciente sobre a doença..
- 2- Esclarecer as dúvidas.
- 3- Dispensar os medicamentos, orientando como tomá-los.
- 4- Agendar o próximo retorno.
- 5- Agendar consulta para os comunicantes, podendo entregar pedido de Rx de tórax(feito pelo médico ou enfermeiro), BAAR e PPD, se necessário.
- 6- Orientar as mulheres em idade fértil sobre a interferência da Rifampicina na eficácia de anticoncepcionais orais. Avaliar a necessidade de reforçar outros métodos anticoncepcionais.
- 7- Orientar quanto à coloração avermelhada da urina(pela Rifampicina)
- 8- Orientar o paciente a procurar o Centro de Saúde em caso de outros efeitos colaterais dos medicamentos, antes de suspendê-los.
- 9- Sugere-se marcar um primeiro retorno em 15 dias, para a avaliação do tratamento, com enfermeiro ou assistente social.

Obs.: As orientações devem ser feitas de acordo com a especificidade de cada categoria profissional, garantindo a contemplação de todos os itens.

#### **SEGUNDA CONSULTA:** Competência do médico

- 1- Rever o tipo de tratamento indicado.
- 2- Avaliar adesão ao tratamento
- 3- Reavaliação clínica.(incluído o peso)
- 4- Interpretar resultados de BAAR e outros exames.
- 5- Pesquisar se os comunicantes foram avaliados.

- 6- Preencher a Ficha de Acompanhamento e Alta dos casos de tuberculose.
- 7- Prescrever medicamentos e solicitar os exames necessários para próxima consulta.
- 8- Agendar retorno.
- 9- Anotar no livro preto

A 3ª, 4ª e 5ª consultas poderão ser realizadas pelo enfermeiro, caso não haja nenhuma intercorrência, seguindo-se o esquema de tratamento inicialmente adotado.

- Preencher a Ficha de Acompanhamento e Alta dos casos de tuberculose.
- Anotar no livro preto

#### **SEXTA CONSULTA:** Competência do médico

- 1- Avaliação clínica, laboratorial e radiológica para alta.
- 2- Preencher a Ficha de Acompanhamento e Alta dos casos de tuberculose.
- 3- Checar avaliação dos comunicantes.
- 4- Orientações de alta.
- 5- Anotar no livro preto.

Observações:

- Solicitar BAAR mensal dos casos positivos ao diagnóstico.
- Oferecer teste anti-HIV para todos os pacientes, com orientação pré e pós-teste. Se positivo, encaminhar para o CTR/DIP.
- Nos casos de tuberculose extra-pulmonar que envolvam outros especialistas, solicitar relatório mensal ou bimestral dos mesmos.
- O arquivo rotativo deverá ser verificado diariamente, para a identificação de possíveis faltosos e busca ativa dos mesmos.

Os impressos preenchidos de notificação e a Ficha de Acompanhamento e Alta de casos de tuberculose deverão ser encaminhados semanalmente à epidemiologia dos distritos.

- É importante a constante avaliação da adesão do paciente ao tratamento para evitar o abandono.

#### **B. [NORMATIZAÇÃO PARA COLHEITA DE ESCARRO PARA DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE](#)**

O exame direto de escarro ao microscópio é o método mais seguro e rápido para o diagnóstico de tuberculose pulmonar, pois permite ver o bacilo(Baar) causador da doença e, com isto, identificar os casos bacilíferos, que são os que transmissores da mesma, permitindo seu tratamento imediato e quebrando a

cadeia de transmissão. O Baar é usado também no controle do tratamento, para mostrar se a doença está evoluindo bem ou não.

A- Indicações do exame de escarro(Baar):

- 1- Todas as pessoas que procurarem o Centro de Saúde por qualquer motivo e que apresentarem tosse com escarro por 3 semanas ou mais. Neste caso, podem ser pedidas 2 ou 3 amostras em 2 ou 3 dias seguidos, a critério médico.
- 2- Todos os pacientes em tratamento de tuberculose pulmonar: 1 amostra mensal, enquanto houver escarro.
- 3- Todos os comunicantes adultos de casos de tuberculose, que apresentarem tosse. O nº de amostras é idêntico ao 1º item.

### **B- Como deve ser o recipiente para colheita de escarro.**

Deve ser descartável, de boca larga, de material plástico transparente (padronizado), permitindo ver a quantidade de escarro sem destampar. Os potes não devem ser identificados na tampa, para que ao destampar não se troquem as amostras dos pacientes. Escrever num esparadrapo ou fita crepe:

- O nome do paciente.
- Se o exame para diagnóstico ou controle.
- Se é comunicante.

### **C- Como se deve colher o escarro.**

Pela manhã , logo após acordar, pois há escarro em maior quantidade(acumulado à noite).O paciente deve lavar a boca com água, para retirar algum resto de alimento que estiver em sua boca, respirar fundo, tossir e escarrar dentro do pote.

Não é necessário jejum e pode ser colhido, em condições especiais, a qualquer hora do dia. Em alguns casos, quando houver dificuldades para fazer a colheita acima citada, sugerimos solicitar ao paciente que faça uma corrida, em local possível, próximo da Unidade de Saúde, para promover a expectoração e viabilizar a colheita, que deve ser feita após a corrida.

**Obs.:** O paciente pode levar as 2 ou 3 amostras de escarro do 2º ou 3º dia ao laboratório, de uma única vez, pois o material guardado na geladeira por 2 ou 3 dias não sofre alteração na sua população bacilífera.

### **D- Destino do pote com escarro no laboratório.**

- 1- Receber o pote com o nome do paciente legível.
- 2- Registrar o nome do paciente, o número de sua lâmina e a data da colheita, no livro próprio(livro branco) para a baciloscopia, especificando se é para diagnóstico, controle de tratamento ou comunicante.
- 3- Comprovar se o material colhido é escarro mesmo ou se é outro material(saliva, etc.).

## C. REFERÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE PARA O C.S. OSWALDO CRUZ

As consultas de Tisiologia a serem atendidas no Centro de Saúde Oswaldo Cruz deverão ser marcadas pelos telefones 3277-8880 e/ou 3277-8881 e encaminhadas com o impresso próprio de Referência/Contra Referência, preenchido em 2 vias.

Casos a serem referenciados:

- ✓ Casos de multidroga-resistência.
- ✓ Casos crônicos.
- ✓ Casos de intolerância/toxidade de difícil controle.
- ✓ Casos de comorbidades que interfiram no tratamento com os tuberculostáticos, se o médico achar necessário.
- ✓ Casos de difícil esclarecimento diagnóstico.
- ✓ Casos onde o médico tem dúvidas na condução.
- ✓ Casos de falência de tratamento.

## D. TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE

### 1) INDICAÇÕES

- Pacientes com história de abandono anterior.
- Pacientes que moram sozinhos ou na rua .
- Pacientes com dificuldades de compreensão do tratamento.
- Deficientes físicos ou mentais.
- Paciente com risco de abandono do tratamento.
- Alcoolatras

### 2) ADMINISTRAÇÃO DO TRATAMENTO

#### 2.1) Nos 2 primeiros meses

- Observar a tomada do medicamento diária ou pelo menos 3 vezes por semana, no Centro de Saúde ou no domicílio e anotar.
- Anotar no impresso " Ficha de Controle do Tratamento Supervisionado da Tuberculose".
- Solicitar baar mensal dos casos inicialmente positivos.
- Agendar a consulta médica de controle mensal.

#### 2.2) Nos meses subsequentes

- Observar a tomada do medicamento 3 vezes por semana ou pelo menos 1 vez por semana, no Centro de Saúde ou no domicílio e anotar.
- Anotar no impresso " Ficha de Controle do Tratamento Supervisionado da Tuberculose".
- Fornecer o medicamento para os outros dias da semana.

### 3) ACOMPANHAMENTO MÉDICO MENSAL

Por serem casos especiais, os pacientes deverão ter acompanhamento médico mensal.

#### Observações:

- É importante que o acompanhamento dos pacientes em tratamento supervisionado seja feito por uma equipe multiprofissional.
- Para estes pacientes, podem ser fornecidos vale refeição e vale-transporte, como incentivo para a adesão ao tratamento.
- A supervisão da tomada do medicamento poderá ser feita pelo ACS, Aux. de Enfermagem, Enfermeiro, Médico ou "Padrinho" (pessoa da comunidade ou família).
- O supervisor do tratamento deverá prestar conta, de preferência semanalmente, à equipe responsável pelo paciente.
- Os medicamentos serão entregues ao supervisor do tratamento, que fará a prestação de contas no impresso próprio (Ficha de Controle do Tratamento Supervisionado)



**E. FICHA DE CONTROLE DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO DE  
TUBERCULOSE**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Data do início do tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data provável de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>MEDICAÇÃO PRESCRITA</b>		
<b>MEDICAMENTO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>UNIDADE</b>
Rifampicina 300 + Isoniazida 200		Capsulas / dia
Rifampicina 150 + Isoniazida 100		Capsulas / dia
Pirazinamida 500 mg		Comprimidos / dia
Etambutol 400 mg		Comprimidos / dia
Etionamida 250 mg		Comprimidos / dia
Estreptomicina 1 g		Frasco ampola - IM / dia
Isoniazida 100 mg		Comprimidos / dia

**MÊS:**

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

## **F. ORIENTAÇÕES SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DE VALES-ALIMENTAÇÃO E VALES-TRANSPORTE PARA PACIENTES EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE**

Os vales alimentação e transporte são uma ajuda de custo aos pacientes em tratamento de tuberculose, que estejam com dificuldades de adesão por problemas financeiros. Têm como objetivo diminuir o abandono, o que deve ficar claro para estes pacientes.

### **1) SOLICITAÇÃO DOS VALES**

Deverá ser feita por escrito, acompanhada de um pequeno relatório com as condições sócio-econômicas do paciente, a data do início do tratamento e a data provável da alta. O gerente do Centro de Saúde deverá assinar.

### **2) PRESTAÇÃO DE CONTAS**

O paciente deverá assinar no impresso próprio, com data e número do documento de identidade, ou CPF, ou número do prontuário, com a anotação da quantidade de vales fornecidos.

O gerente do Centro de Saúde deverá assinar no local indicado.

Obs.: Não pode conter rasuras.

### **3) ENCAMINHAMENTO DAS SOLICITAÇÕES DE VALES E DAS PRESTAÇÕES DE CONTA**

Serão encaminhados à Atenção à Saúde dos Distritos Sanitários e, destes para a Coordenação do Programa de Controle de Tuberculose da SMSA.

## **PARTE III – PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO ÀS ESPECIALIDADES**

### **ALERGOLOGIA**

#### **PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

A) asma

B) rinopatias alérgicas

C) dermatite

<b>A</b>	asma
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica suscinta
EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Apenas os já realizados
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Citar os tratamentos empregados previamente e os medicamentos em uso atual
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar o motivo de encaminhamento ao alergologista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	encaminhar ao alergologista os casos de asma onde houver suspeita de fundo alérgico.

<b>B</b>	Rinopatias alérgicas
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica suscinta
EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Apenas os já realizados
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Citar os tratamentos empregados previamente e os medicamentos em uso atual
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

<b>C</b>	dermatite
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica suscinta
EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Apenas os já realizados
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar

TRATAMENTO	Citar os tratamentos empregados previamente e os medicamentos em uso atual
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar o motivo de encaminhamento ao alergologista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	encaminhar ao alergologista os casos de asma onde houver suspeita de fundo alérgico.

#### OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

**Conjuntivite:** encaminhar ao alergologista os casos onde houver suspeita de fundo alérgico, e após avaliação do oftalmologista.

### CIRURGIA VASCULAR E ANGIOLOGIA

#### PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- A) varizes em membros inferiores
- B) úlceras de pernas
- C) insuficiência circulatória arterial

A	Varizes em membros inferiores
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta, patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar o exame clínico, inclusive caracterizando

	as varizes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	nenhum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar os tratamentos até então empregados.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Citar o motivo do encaminhamento
CONTRA-REFERÊNCIA	<b>Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista</b>
OBSERVAÇÕES	varizes de membros inferiores : não encaminhar pacientes jovens com microvarizes ou para procedimentos estéticos que não são autorizados pelo SUS.

<b>B</b>	Úlceras de perna
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta, descrevendo a evolução e relatar as patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Cultura e antibiograma de secreção da ferida. Glicemia, hemograma, VDRL, triglicérides, colesterol e uréia. Orientar o paciente a levar até o especialista demais exames já realizados.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos até então empregados.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Citar o motivo do encaminhamento
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

<b>C</b>	Insuficiência circulatória arterial
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta contendo características do quadro, presença de cludicação intermitente, alterações da perfusão periférica, patologias associadas.

EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes, tais como referentes à palpação dos pulsos.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Glicemia, colesterol, triglicérides, hemograma e VDRL. RX de coluna lombo-sacra.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Relatar os tratamentos até então empregados
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Citar o motivo do encaminhamento
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

**OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO, COM COMENTÁRIOS IMPORTANTES PARA MELHOR ESTABELEECER A RELAÇÃO REFERÊNCIA-CONTRAREFERÊNCIA:**

Dor e edema em membros inferiores: antes de encaminhar ao angiologista, excluir causas sistêmicas para edema. Para o encaminhamento, solicitar RX de coluna lombo-sacra, glicemia, hemograma, colesterol, triglicérides, anti-estreptolisina O, PCR. Informar a presença de doenças associadas, principalmente Hipertensão e Diabetes, especificando o estado atual de controle das mesmas.

## **CARDIOLOGIA**

**PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

- A) hipertensão arterial
- B) insuficiência coronariana / dor torácica / precordialgia
- C) insuficiência cardíaca / dispnéia / cansaço

<b>A</b>	<b>Hipertensão arterial</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Relato sucinto da história, evolução e complicações, citando a presença de lesões em órgãos-alvo e doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relato dos achados importantes, medida da pressão arterial
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX de tórax, ECG, glicemia em jejum, K <sup>+</sup> , Na <sup>+</sup> , creatinina, colesterol, triglicérides e urina rotina. Caso tenha feito outros exames, ecocardiograma

	por exemplo, orientar o paciente a levar ao especialista.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Especificar os tratamentos realizados e os medicamentos em uso atualmente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever o motivo do encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	encaminhar ao especialista se a hipertensão arterial estiver associada com a presença de alterações em órgão-alvo e/ou de difícil controle e/ou para parecer sobre conduta, devendo o médico que solicitar a avaliação, justificar com clareza o que deseja do encaminhamento.

<b>B</b>	<b>Insuficiência coronariana / dor torácica / precordialgia</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Detalhar a história e evolução do quadro, informando sobre doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX de tórax , ECG, glicemia de jejum, colesterol total e fracionado, ácido úrico e triglicérides. Caso tenha feito outros exames no passado, tais como teste de esforço e/ou ecocardiograma e/ou cateterismo e/ou cintilografia miocárdica, orientar o paciente a levar para o especialista.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Descrever os tratamento até então realizados e citar os medicamentos em uso atualmente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar os motivos de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS ( com relatório do especialista)
OBSERVAÇÕES	Encaminhar em caso de dúvida diagnóstica ou na presença de sinais de piora de sintomas em paciente portador de insuficiência coronariana.

<b>C</b>	<b>Insuficiência cardíaca / dispnéia / cansaço</b>
----------	--

HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta informando evolução dos sinais e sintomas e patologias associadas
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX de tórax e ECG. Caso tenha feito outros exames no passado, tais como teste de esforço e/ou ecocardiograma e/ou cateterismo, orientar o paciente a levar para o especialista. Solicitar Machado-guerreiro quando procedente de área endêmica para D. de Chagas.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Especificar os tratamentos já realizados e os medicamentos em uso atualmente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar o motivo de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS ( com relatório do especialista)
OBSERVAÇÕES	Encaminhar em caso de dúvida diagnóstica ou quando houver dificuldade na compensação da insuficiência cardíaca.

#### OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

**Valvulopatias / sopros** : informar as características do sopro. Em crianças, se o sopro for observado durante um quadro febril, reavaliar após a febre para verificar se ainda permanece. Quando encaminhar, já solicitar RX de tórax e ECG ( e hemograma se houver suspeita de anemia, uma vez que esta é frequentemente causa de sopro).

**Risco cirúrgico** : A avaliação do risco cirúrgico deve ser feita na UBS. Caso seja detectado alguma alteração ou diagnosticado alguma patologia, o paciente poderá ser encaminhado a algum especialista para parecer, dependendo obviamente do caráter do(s) achado(s). Como exemplo, caso seja encontrado algum problema pulmonar, o parecer poderá ser solicitado ao pneumologista. Ao cardiologista, deverá ser encaminhado quando couber parecer deste especialista, com história clínica sucinta e relato dos achados importantes do exame físico, devendo o paciente estar de posse dos seguintes exames: ECG, hemograma, coagulograma, glicemia em jejum, RX de tórax, creatinina e K<sup>+</sup>.

**Miocardopatias**: encaminhar em casos de descompensação, na presença de sinais e sintomas de insuficiência cardíaca.

**Arritmia cardíaca**: informar sintomatologia, doenças associadas, uso de medicações (como antidepressivos tricíclicos), história familiar e área de procedência (D. de Chagas?). Enviar RX de tórax e ECG.



## **CIRURGIA GERAL E CIRURGIA AMBULATORIAL**

### **PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

- A) pequenas cirurgias
- B) avaliação de indicação cirúrgica
- C) controle pós-operatório

<b>A</b>	<b>Pequenas cirurgias</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Evolução da lesão e características. Relatar doenças associadas, alergias, etc.
EXAME FÍSICO	Descrever a(s) lesão(ões).
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	nenhum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Relatar a suspeita diagnóstica.
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos realizados previamente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo do encaminhamento ( avaliação de lesão, retirada, biópsia)
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

<b>B</b>	<b>Avaliação de indicação cirúrgica</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta descrevendo evolução do quadro, sintomatologia e sinais importantes,

	doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Encaminhar os exames realizados para confirmação do quadro.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar as suspeitas diagnósticas.
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos realizados previamente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Indicar o motivo do encaminhamento.
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário.

<b>C</b>	<b>Controle pós-operatório</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica e cirurgias prévias.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Encaminhar os exames realizados, principalmente resultados anátomo-patológicos.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar os diagnósticos suspeitos ou já definidos.
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos realizados previamente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Indicar o tipo de cirurgia realizada.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS (com relatório de contra-referência).

#### OBSERVAÇÕES:

Os pacientes encaminhados para realização de cirurgia ambulatorial devem estar clinicamente estáveis para execução do procedimento proposto, em virtude do risco potencial de complicações principalmente infecciosas: Hipertensão, Diabetes e outras doenças controladas, com relatório do médico que o assiste.

## COLOPROCTOLOGIA

### PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A) dor anal, sangramento anal, hemorróidas.

B) alteração do hábito intestinal, constipação.

<b>A</b>	<b>Dor anal, sangramento anal, hemorróidas</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Tempo de evolução, presença de dor, hábito intestinal, dieta atual, presença de sangue nas fezes e prolapso, patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar achados significativos.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	EPF
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Relatar os tratamentos prévios e a medicação em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever o motivo do encaminhamento.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório de contra-referência

<b>B</b>	<b>Alteração do hábito intestinal, constipação.</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta, características do hábito intestinal, presença de sangue nas fezes, prolapso, dieta atual, doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	EPF. Em caso de constipação intestinal: enema opaco.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.

TRATAMENTO	Relatar os tratamentos prévios e a medicação em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever o motivo do encaminhamento.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório de contra-referência

## DERMATOLOGIA

### PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO:

A)micoses

B)prurido/eczema

C)foto dermatoses: miliária solar, melanose solar, queratose solar, etc.

<b>A</b>	<b>micoses</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História suscinta constando data do início e evolução.
EXAME FÍSICO	Descrever a(s) lesão(ões). Informar outros achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES	Deve ser feito o exame micológico direto, e com base no resultado, iniciar o tratamento ou encaminhar ao especialista, se necessário. Para o exame micológico direto, o paciente não poderá estar em uso de anti-micótico.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Listar os tratamentos empregados e os medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo do encaminhamento
CONTRA-REFERÊNCIA	retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	a procura ao especialista deverá ser feita já de posse do resultado do teste micológico direto. Caso já esteja em uso de medicação tópica, a mesma deverá ser suspensa 15 dias antes da visita ao especialista.

<b>B</b>	<b>Prurido/eczema</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História suscinta constando início dos sinais e sintomas, localização e fatores desencadeantes.
EXAME FÍSICO	Descrever a(s) lesão(ões). Informar outros

	achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES	Não deverá ser solicitado exame para o encaminhamento.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Listar os tratamentos empregados e os medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo do encaminhamento
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista.

<b>C</b>	<b>fotodermatoses</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta constando data do início e evolução.
EXAME FÍSICO	Descrever a(s) lesão(ões). Informar outros achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES	nenhum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Listar os tratamentos empregados e os medicamentos em uso atual. Preferencialmente, não iniciar o tratamento específico antes do encaminhamento.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo do encaminhamento
CONTRA-REFERÊNCIA	retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	a procura ao especialista deverá ser feita já de posse do resultado do teste micológico. Caso já esteja em uso de medicação tópica, a mesma deverá ser suspensa 15 dias antes da visita ao especialista.

#### OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

**Acne:** encaminhar com história sucinta, relatando os medicamento empregados, se for o caso, e enumerar as doenças de base.

**Problemas estéticos:** evitar encaminhamento por este motivo ao dermatologista, avaliando-se, obviamente, o grau de repercussão psico-social do problema.

**Onicomicoses:** solicitar, antes do encaminhamento, exame micológico direto (não solicitar cultura). Anti-micóticos tópicos devem ser suspensos pelo menos 72 horas antes do exame. Solicitar ao paciente que não aplique esmalte cosmético para não prejudicar o exame da unha.

#### OBSERVAÇÕES:

Em todas as patologias dermatológicas é necessário caracterizar o objetivo da consulta com o especialista, informando a orientação desejada. Todo medicamento tópico deve ser suspenso antes do encaminhamento e as lesões devem estar presentes para permitir o diagnóstico.

## PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A)Diabetes Mellitus

B)Tireopatias

C)Obesidade

<b>A</b>	<b>Diabetes Mellitus</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Detalhar a história clínica, com definição do tempo de evolução, agravos e complicações.
EXAME FÍSICO	Descrever os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Glicemia recente. Encaminhar outros exames realizados pelo paciente.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Listar os tratamentos empregados previamente e a medicação em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar os motivos de encaminhamento ao especialista ( ver abaixo critérios para encaminhamento )
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	Os pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 devem ser encaminhados e permanecer em acompanhamento na endocrinologia. Quanto aos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, apenas os casos com complicações e acometimento de órgãos-alvo ou refratariedade com as medidas empregadas deverão ser encaminhadas ao endocrinologista para avaliação.

<b>B</b>	<b>Tireopatias</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Detalhar a história clínica com relato da evolução do quadro.
EXAME FÍSICO	Descrever os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES	TSH e T4 livre recentes. Encaminhar outros exames realizados.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Listar os tratamentos realizados previamente e os medicamentos atualmente em uso.

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar o motivo de encaminhamento e procura do especialista ( vide abaixo )
CONTRA-REFERÊNCIA	retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	A contra-referência deverá informar a necessidade de controle na endocrinologia e sua frequência

C	Obesidade
HISTÓRIA CLÍNICA	Relatar a história suscintamente, incluindo enumeração de co-morbidades (HAS,DM, hipotireoidismo,etc)
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, incluindo peso e estatura recentes (IMC).
EXAMES COMPLEMENTARES	Glicemia de jejum, triglicérides e colesterol. Quando suspeitar de hipotireoidismo, TSH e T4 livre.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar dieta e tratamentos prévios, informando os medicamentos em uso atualmente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar os motivos de encaminhamento ao especialista (ver abaixo).
CONTRA-REFERÊNCIA	retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	deve ser tratada na UBS, com orientações dietéticas e mudanças de estilo de vida. Quando encaminhar, dizer o motivo e qual a orientação desejada.

#### OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

**Alterações no crescimento:** encaminhar informando história suscinta, curva de crescimento com acompanhamento de no mínimo 6 meses e duas medidas feita pelo mesmo examinador e relato de peso/estatura atual e dos pais. Encaminhar com resultado de EPF, Hemograma, Urina e RX de punho E. Devem ser encaminhados após afastar patologias mais comuns: parasitoses, anemia, ITU, fator carencial-desnutrição, hipotireoidismo.

**Telarca e pubarca precoces:** História suscinta constando de descrição dos caracteres sexuais secundários: pelos, mamas, etc. Levar em conta que telarca e pubarca após os 9 anos é considerado normal.



**Disfunção de glândulas supra-renais:** Qualquer paciente com suspeita deve ser encaminhado, com história sucinta. A suspeita ocorrerá em presença de qualquer dos sintomas seguintes: obesidade central, hiper ou hipotensão, hipertricose, alopecia, estrias violáceas, hiperpigmentação de mucosas, amenorréia, anorexia, astenia ou redução em pilificação do corpo.

## **GASTROENTEROLOGIA**

### **PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

- A) epigastria / úlcera péptica
- B) diarreia
- C) dor abdominal

<b>A</b>	<b>Epigastria / úlcera péptica</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta com tempo de evolução da dor e características, hábito intestinal e sintomas concomitantes.

EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	EPF ( 2 amostras em MIF ). Quando suspeita de úlcera: EDA
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar tratamento prévios e medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

<b>B</b>	<b>Diarréia</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta com tempo de evolução, hábito intestinal e sintomas concomitantes.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	EPF ( 2 amostras em MIF ). Hemograma e VHS.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar tratamento prévios e medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista.

<b>C</b>	<b>Dor abdominal</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta com tempo de evolução da dor e características, hábito intestinal e sintomas concomitantes.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	EPF ( 2 amostras em MIF ). Hemograma e VHS
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar tratamento prévios e medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever.
CONTRA-REFERÊNCIA	retorno UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

## OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

**Achado sorológico positivo para Hepatite Viral após doação de sangue:** quando houver dúvidas na condução do caso, encaminhar para o Serviço de Hepatologia do Hospital das Clínicas.

**Halitose:** o encaminhamento ao gastroenterologista não procede, uma vez que este problema se relaciona, em geral, a doença periodontal, doença otorrinolaringológica ou maus hábitos de higiene ou alimentares.

**Coletíase:** deve-se encaminhar à Cirurgia Geral.

## HEMATOLOGIA

### PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A) anemia

B) leucopenia

C) plaquetopenia

A	<b>anemia</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta contendo tempo de evolução, sinais e sintomas associados, presença de sangramentos, patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Hemograma, plaquetas, reticulócitos, ferro sérico.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Citar.

TRATAMENTO	Descrever os tratamentos prévios, incluindo os medicamentos e doses.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

<b>B</b>	<b>leucopenia</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta incluindo a história pregressa, evolução, presença de febre e outros concomitantes, patologias associadas, história familiar.
EXAME FÍSICO	Relatar os dados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Hemograma, plaquetas e reticulócitos.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Relatar os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, com respectivas doses.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento Com relatório do especialista

<b>C</b>	<b>plaquetopenia</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta relatando a presença de equimoses, petéquias ou sangramentos. Relatar as doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Hemograma, plaquetas e reticulócitos.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Relatar os medicamentos em uso e respectivas dosagens.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório de contra-referência
OBSERVAÇÕES	o paciente deve ser encaminhado sem medicar.

## NEFROLOGIA

### PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- A) alteração de exame de urina
- B) edema a esclarecer
- C) lesão renal em Diabetes, Hipertensão, doenças reumatológicas e auto-imunes.

A	Alteração de exame de urina
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta constando tempo de evolução, história progressa e doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da Pressão Arterial.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Exame de Urina Rotina, Uréia, Creatinina e Glicemia de jejum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Indicar os medicamentos e doses em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

<b>B</b>	Edema a esclarecer
HISTÓRIA CLÍNICA	História suscinta constando tempo de evolução, história progressa e doenças associadas
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da Pressão Arterial.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Exame de Urina Rotina, Uréia, Creatinina e Glicemia de jejum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Indicar os medicamentos e doses em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

<b>C</b>	<b>Lesão renal em Diabetes, Hipertensão, doenças reumatológicas e auto-imunes.</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História suscinta constando tempo de evolução, história progressa e doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da Pressão Arterial.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Exame de Urina Rotina, Uréia, Creatinina e Glicemia de jejum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Indicar os medicamentos e doses em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS ( com relatório de contra-referência ).

## OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

### Hematúria

#### **Infecções urinárias de repetição**

## NEUROLOGIA

### PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A)cefaléia

B)epilepsia, convulsões, “desmaios”

C)distúrbios de aprendizagem, retardo psicomotor.

<b>A</b>	<b>cefaléia</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta informando localização, características, evolução e patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes. Informar a pressão arterial. Caso seja realizado o fundo de olho e encontrar papiledema, encaminhar sem exames para avaliação neurocirúrgica de urgência.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Nenhum exame é necessário para o encaminhamento, mas o paciente deve levar para o especialista aqueles exames que já possuir, tais como radiografias ( crânio, seios da face ), tomografias e outros.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar os tratamentos já realizados e informar os medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever o motivo de encaminhamento.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	As cefaléias de difícil controle, associadas a

	distúrbios do comportamento, convulsões, agravamento progressivo ou instalação súbita e constante, devem sempre ser encaminhadas ao neurologista.
--	---

<b>B</b>	<b>Epilepsia, convulsões, “desmaios”.</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Relato sucinto da história informando características, evolução e concomitantes. Informar doenças associada(em especial diabetes) e possível hipoglicemia.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Nenhum exame é necessário para o encaminhamento, mas o paciente deve levar para o especialista aqueles exames que já possuir, tais como radiografia de crânio, tomografias e outros.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Informar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever o motivo de encaminhamento
CONTRA-REFERÊNCIA	Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS ( com relatório de contra-referência ).
OBSERVAÇÕES	Nos casos de convulsão febril em crianças, deve-se tratar o quadro de base e depois encaminhar ao neurologista. Após avaliação pelo neurologista, e confirmando-se o diagnóstico de epilepsia, o retorno ao especialista deve ocorrer de 6 em 6 meses. Caso a medicação termine antes do retorno ao especialista, e estando o paciente sob controle, a prescrição deverá ser mantida pelo médico da UBS até o retorno ao neurologista. Para tanto, na receita deve constar sua validade ( de acordo com a data de retorno ao especialista), e estar preenchido o relatório de contra-referência.

<b>C</b>	<b>Distúrbios de aprendizagem, retardo psicomotor</b>
----------	---



HISTÓRIA CLÍNICA	História suscinta especificando qual atraso do desenvolvimento neuropsicomotor foi observado, qual distúrbio do comportamento, o tempo de evolução e dados sobre o parto e primeiro ano de vida.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	nenhum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Informar os tratamentos realizados e medicamentos em uso. Encaminhar relatório da maternidade onde a criança nasceu.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS ( com relatório de contra-referência ).
OBSERVAÇÕES	Os casos de retardo de desenvolvimento agudo são de indicação para o neurologista, já os casos de retardo crônico em geral são problemas psicopedagógicos. Adultos com quadro de retardo e distúrbios de comportamento devem ser encaminhado ao psiquiatra ou a escolas especializadas.

#### OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

**Hidrocefalia, mielomeningocele e cranioestenose** : sempre encaminhar ao neurocirurgião e não para o neurologista. Ao encaminhar, relatar história clínica, evolução, curva do PC, presença de déficit neurológico e formato do crânio. Solicitar RX de crânio se a suspeita for cranioestenose.

**Nervosismo** : Habitualmente, não há razão para encaminhar ao neurologista, exceto quando presente sinais ou sintomas de lesão orgânica do SNC. Avaliar, conforme o caso, encaminhamento à Saúde Mental.

**Sequela de AVC**: a prescrição e acompanhamento de reabilitação fisioterápica deve ser feita pelo Fisiatra. Mesmo a avaliação de déficits

motores por sequela de AVC ou trauma para fins de obtenção de benefícios ou passe livre deve ser feita pelo Fisiatra.

**Manifestações psicossomáticas:** manifestações orgânicas ou queixas subjetivas que compoem síndrome depressiva ou ansiedade devem ser motivos para encaminhamento á Saúde Mental, e não ao Neurologista.

## OFTALMOLOGIA

### PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- A) baixa acuidade visual
- B) conjuntivite e dor ocular
- c) retinopatia hipertensiva/diabética

<b>A</b>	<b>Baixa acuidade visual</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta, citando presença de outras patologias, em especial Diabetes e Hipertensão.
EXAME FÍSICO	Citar os achados significativos.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	nenhum
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Enumerar medicamentos em uso
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar o motivo do encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS ( com relatório de contra-referência ).
OBSERVAÇÕES	em geral, o paciente adulto faz a procura direta do especialista por perceber alteração na acuidade visual, não sendo necessário o encaminhamento médico. Nos casos de crianças ( de 4 a 16 anos ), é necessário fazer a triagem prévia para medir a acuidade visual. Só há indicação de encaminhar ao oftalmologista quando há alteração no teste de acuidade visual, devendo ser informado o valor encontrado no teste.. Também em crianças, além da acuidade visual, fazer a medida do PPC (ponto próximo da convergência). Se este não for normal, pode causar sintomas semelhantes aos da baixa acuidade visual, necessitando de encaminhamento e tratamento. Em crianças abaixo de 4 anos, o encaminhamento deverá ser feito por médico.

<b>B</b>	<b>Conjuntivite e dor ocular</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Relatar a história sucintamente, com referência

	a sintomas concomitantes tais como ardor, lacrimejamento, hiperemia ocular, “cansaço visual”, diplopia, dor periorbitária, história familiar de glaucoma.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados significativos.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Nenhum.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Listar.
TRATAMENTO	Relatar os medicamentos em uso no momento
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever os motivos de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário.
OBSERVAÇÕES	O paciente com dor ocular aguda deve ser encaminhado a serviço oftalmológico de urgência

<b>C</b>	<b>Retinopatia diabética/hipertensiva</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Descrever a história clínica, tempo de evolução, complicações.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes. Informar o valor da pressão arterial.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Diabetes: glicemia recente. Para Diabetes e Hipertensão, o paciente deve levar ao especialista os exames e relatórios oftalmológicos prévios.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Especificar os tratamentos previamente empregados e os medicamentos atualmente em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar o motivo de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário.
OBSERVAÇÕES	O paciente diabético não deve ser encaminhado para realização de refração com a glicemia

	elevada.
--	----------

**OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:**

**Cefaléia:** Quando ocasionada por problema oftalmológico, localiza-se em geral na região frontal, ocorrendo geralmente após o período escolar ou após esforços visuais. Cefaléia matinal ou no meio da noite não está relacionada a problema ocular. Em casos de cefaléia frontal, deve-se fazer diagnóstico diferencial com sinusite, solicitando-se estudo radiográfico a critério clínico.

**ORTOPEDIA**

**PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**

- A)dores na coluna vertebral ( cervicalgia e lombalgia )
- B)deformidades: MMII, escoliose, cifose
- C)dor localizada a esclarecer

A	<b>Dores na coluna vertebral- cervicalgia e lombalgia</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta, constando queixa, localização, irradiação, duração e evolução.

EXAME FÍSICO	Descrever os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES	RX da área afetada. Fazer preparo intestinal para RX de coluna lombar.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Especificar os tratamentos empregados
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário

<b>B</b>	<b>Deformidades ósseas (MMII, cifose, escoliose)</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História suscinta constando início e evolução dos sinais e sintomas.
EXAME FÍSICO	Descrever os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES	Para deformidades na coluna, solicitar RX de coluna tóraco-lombar em AP e PERFIL
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos já empregados.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo do encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário
OBSERVAÇÕES	os casos de deformidades ósseas em crianças só devem ser encaminhado após a idade de dois anos ( genu valgo, cambota, pé torto, pé plano, quedas, perna torta ), uma vez que até esta idade é normal a existência destes casos. A deformidade em progressão deve ser acompanhada pelo ortopedista.

<b>C</b>	<b>Dor localizada a esclarecer</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Relatar a evolução do problema
EXAME FÍSICO	Descrever a localização, presença de sinais flogísticos e dor ou limitação à movimentação
EXAMES COMPLEMENTARES	Nenhum exame deve ser solicitado
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar

TRATAMENTO	Relatar os tratamentos realizados
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever o motivo do encaminhamento ao especialista
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário

#### OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

**Sequela de fratura:** descrever a localização e evolução, os tratamentos prévios e encaminhar com RX do local afetado em AP e PERFIL.  
Dor articular, algias ósseas, calcanealgias, artrose de joelho: descrever a localização, presença de restrição ou dor à movimentação e presença de sinais flogísticos. Encaminhar com RX da articulação acometida em 2 incidências. Em caso de suspeita de esporão de calcâneo, a incidência é lateral. Se o acometimento for de ombro, a incidência é AP e AXIAL

#### OBSERVAÇÕES:

o encaminhamento do paciente após a avaliação pelo ortopedista irá variar conforme a situação, podendo o paciente ser retornado à UBS para acompanhamento de posse de relatório de contra-referência, ou ser encaminhado para outra especialidade.

O paciente deve ser orientado a levar à consulta os exames que possuir e a guardar as radiografias.

### OTORRINOLARINGOLOGIA

#### PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- A) sinusites
- B) otites
- C) obstrução nasal

<b>A</b>	<b>sinusites</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta, relato de alergias
EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Radiografia de seios da face em mento-naso, fronto-naso e perfil ( ortostatismo )
HIPÓTESES DIAGNÓSTICA	Enumerar

TRATAMENTO	Descrever os tratamentos realizados até então
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Definir o motivo do encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista Após a prescrição do tratamento, e caso o controle possa ser feito na UBS, o paciente deverá ser retornado à UBS com relatório de contra-referência preenchido.
OBSERVAÇÕES	O paciente com sinusite aguda, sem história de sinusites frequentes, deve ser tratado e realizado controle de cura na UBS, sendo encaminhado à especialidade apenas as sinusites crônicas ou de repetição.

<b>B</b>	<b>otites</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Ouvido acometido, frequência das crises
EXAME FÍSICO	Relatar dados importantes
EXAMES COMPLEMENTARES	Encaminhar exames já realizados, se for o caso. Em crianças, pedir RX de cavum ( e de seios da face se suspeitar de obstrução)
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos realizados até então
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Definir o motivo do encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	O tratamento de otites agudas após IVAS deve ser realizado na própria UBS. Após a prescrição do tratamento, e caso o controle possa ser feito na UBS, o paciente deverá ser retornado à UBS com relatório de contra-referência preenchido.

<b>C</b>	<b>Obstrução nasal</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta, relatar alergias
EXAME FÍSICO	Descrever dados importantes



EXAMES COMPLEMENTARES	Em crianças, RX de cavum (com a boca aberta). Em adultos e crianças, RX de seios da face
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos realizados até então
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo do encaminhamento ao especialista
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	os casos de IVAS sem complicação devem ser tratados na própria UBS. Após a prescrição do tratamento, e caso o controle possa ser feito na UBS, o paciente deverá ser retornado à UBS com relatório de contra-referência preenchido.

#### OUTROS MOTIVOS FREQUENTES DE ENCAMINHAMENTO:

**Amigdalites:** Encaminhar apenas casos crônicos ( amigdalites de repetição ), relatando a história clínica, detalhando número de crises, frequência, duração e tratamentos realizados.

Surdez, zumbido, hipoacusia: verificar presença de cerumen ( proceder conforme orientação abaixo )

**Hipoacusia:** o paciente com esta queixa deverá sempre ser submetido a otoscopia para se afastar a presença de cerumen impactado.

**Rolha de cerumen:** Fazer uso de cerumin no(s) ouvido(s) afetados 3 a 5 dias para dissolver o cerumen, encaminhar ao otorrino apenas quando não conseguir fazer a lavagem.

**Epistaxe:** Encaminhar com história clínica constando a frequência das crises. Afastar a presença de discrasia sanguínea antes de encaminhar, pedindo coagulograma se necessário.

**Vertigens/tonturas:** Detalhar a história clínica. Encaminhar após avaliação complementar conforme cada caso: hemograma, TSH, T4 livre, glicemia, colesterol, VDRL, exame carotídeo, propedêutica para problemas cervicais (artrose cervical), etc.

**Zumbidos:** encaminhar o paciente com história clínica suscinta, relatando os dados relevantes, em especial a presença de co-morbidades (hipertensão principalmente). Afastar a presença de cerumen e relatar os tratamentos já empregados.

**Cefaléia:** antes de se encaminhar o paciente com cefaléia ao ORL, deve-se tentar afastar uma causa neurológica. Quando encaminhar, solicitar RX de seios da face e definir o motivo do encaminhamento.

## OBSERVAÇÕES:

Pacientes encaminhados devido a infecções de repetição tais como sinusites, otites, amigdalites ou outras, merecem investigação clínica geral e imunológica antes de serem encaminhados ao ORL (afastar imunodeficiências, diabetes, etc.)

## PNEUMOLOGIA

### PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- A) asma
- B) pneumonias de repetição
- C) tosse crônica

<b>A</b>	<b>asma</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica sucinta com referência a dispnéia, tempo de evolução e última crise.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, em especial em relação à ausculta pulmonar.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX de tórax em PA e Perfil. A critério do clínico ou pediatra, solicitar também RX de seios da face, RX de cavum, hemograma, EPF ( em crianças ) e Urina Rotina ( em crianças ).
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar os tratamento já realizados e os medicamento com respectivas doses em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

<b>B</b>	<b>Pneumonias de repetição</b>
----------	--------------------------------

HISTÓRIA CLÍNICA	Relatar o início dos sintomas, a frequência das crises, duração, fatores de risco ( tabagismo, TBC, asma ), doenças associadas e evolução do quadro.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, em especial em relação a ausculta pulmonar.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX de tórax em PA e Perfil. Orientar o paciente a levar para o especialista radiografias anteriores
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Relatar os tratamento anteriores e os medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

<b>C</b>	<b>Tosse crônica</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta informando evolução, relação da tosse com esforço e com mudanças climáticas, presença de secreção e doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX de tórax em PA e Perfil, RX de cavum e seios da face, hemograma e PPD. A critério do pediatra, solicitar também EPF e Urina Rotina.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Informar os medicamentos em uso atual.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Descrever.
CONTRA-REFERÊNCIA	retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

## REUMATOLOGIA

### PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

A) artrose

B) fibromialgia

C) artrite reumatóide

<b>A</b>	<b>artrose</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Encaminhar com história sucinta informando o tipo de dor, evolução, presença de edema articular e doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, em especial a presença de sinais flogísticos articulares.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	RX das articulações em AP e Perfil (radiografar articulação ou membro contralateral, mesmo sem sintomatologia), Hemograma, VHS, Látex, PCR e Ácido Úrico. Relatar os exames anteriores.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Detalhar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos e doses em uso atualmente.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar os motivos de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista
OBSERVAÇÕES	os casos de artrose em coluna lombar podem ser encaminhados ao ortopedista.

<b>B</b>	<b>fibromialgia</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta constando características da dor, evolução, doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.

EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Hemograma, VHS, TSH, CPK Aldolase, Látex, FAN, PCR, W. Rose.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Descrever os tratamentos já realizados.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar o motivo de encaminhamento.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista

<b>C</b>	<b>Artrite reumatóide</b>
HISTÓRIA CLÍNICA	Encaminhar com história suscinta informando as características da dor, evolução, presença de edema articular e doenças associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes, em especial a presença de sinais flogísticos articulares.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Hemograma, VHS, TSH, CPK Aldolase, Látex, FAN, PCR, W. Rose.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Detalhar os tratamento realizados anteriormente e os medicamento e doses em uso atualmente
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar os tratamento realizados anteriormente e os medicamento e doses em uso atualmente
CONTRA-REFERÊNCIA	Retornar ao nível secundário, mas com acompanhamento mais frequente na UBS ( com relatório de contra-referência ).

#### OBSERVAÇÕES:

Não se deve solicitar Anti Estreptolisina O se a suspeita não for de Doença Reumática ( Febre Reumática ), bem como não prescrever Benzetacil ou outra medicação se não estiver confirmada a Febre Reumática.

## UROLOGIA

### PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- A) infecções do trato urinário
- B) hipertrofia prostática
- C) cólica nefrética

<b>A</b>	Infecções do trato urinário
HISTÓRIA CLÍNICA	História clínica suscinta contendo sinais e sintomas, evolução, patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Exame de Urina Rotina, Urocultura , Antibiograma e Glicemia.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	enumerar
TRATAMENTO	Especificar os tratamentos anteriores e os medicamentos em uso.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Detalhar os motivos do encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista.
OBSERVAÇÕES:	os caso de infecção urinária deverão ser encaminhados ao urologista apenas quando refratários ao tratamento, não havendo necessidade de encaminhar para avaliação uma primeira infecção ou infecção simples, sem associação com patologia urinária como hidronefrose ou litíase. Quando em vigência de ITU refratária ao tratamento ou de repetição, encaminhar ao urologista já de posse de ultrassonografia de rins e vias urinárias.

<b>B</b>	Hipertrofia prostática
HISTÓRIA CLÍNICA	História suscinta contendo sinais e sintomas, evolução e patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados importantes.

EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Exame de urina rotina, Urocultura, Uréia, Creatinina, Glicemia e PSA
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Relatar os medicamentos em uso e tratamentos prévios.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Relatar o motivo de encaminhamento ao especialista.
CONTRA-REFERÊNCIA	Permanecer em acompanhamento no nível secundário.

C	Cólica nefrética
HISTÓRIA CLÍNICA	História sucinta caracterizando os sinais e sintomas, em especial a presença de dor, sua localização com irradiações, evolução e patologias associadas.
EXAME FÍSICO	Relatar os achados significativos.
EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS	Exame de urina rotina. RX de abdome em AP com preparo. Quando possível, Ultrassonografia de rins e vias urinárias.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	Enumerar.
TRATAMENTO	Relatar os tratamentos empregados.
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	Especificar.
CONTRA-REFERÊNCIA	Retorno à UBS p/ acompanhamento com relatório do especialista.
OBSERVAÇÕES	o clínico deverá fazer o diagnóstico diferencial com lombalgia de origem ósteo-muscular. Encaminhar ao urologista apenas os pacientes com calculose confirmada, para avaliação de indicação cirúrgica ou terapia para desobstrução, ou quando ocorrer cólicas persistentes. O paciente com cólica nefrética aguda deverá ser encaminhado para serviço de urgência.

## PARTE IV – ANEXOS

### PROGRAMA DE PRÁTICAS NÃO ALOPÁTICAS

Homeopatia, Acupuntura, Medicina Antroposófica

Este programa existe na Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) desde 1994. Nestes 8 anos de existência passou de 10 médicos (8 homeopatas e 2 antroposóficos) atendendo 1 ou 2 vezes por semana, resultando em 604 consultas em 1994, para 21 médicos (15 homeopatas, 2 acupunturistas, 4 antroposóficos) atendendo em sua maioria os 5 dias da semana, atingindo-se 14.994 consultas em 2001, o que demonstra sua aceitação pela população.

A inserção do Programa de Práticas Médicas Não-Alopáticas no BH - Vida se dará na forma da montagem de, no mínimo, uma equipe de apoio às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) por cada Distrito Sanitário. Sendo esta equipe de apoio constituída por, no mínimo, um Médico Homeopata, um Médico Acupunturista e um Médico Antroposófico. A equipe trabalhará em uma Unidade Sanitária como já vem acontecendo desde o início do programa. Além da equipe mínima por Distrito, os médicos que trabalham em outras Unidades Sanitárias continuarão com seu atendimento.

Homeopatia

#### 1. caracterização

É um tratamento médico que estimula a força vital do paciente para o restabelecimento da sua saúde através de um medicamento preparado de um modo específico (dinamização), selecionado pelo princípio da semelhança com os sintomas representativos da enfermidade. Para isto avalia o paciente em sua totalidade, pesquisando sintomas particulares, gerais e mentais.

#### 2. população alvo

Pessoas que desejam se tratar pela Homeopatia, do recém-nascido ao idoso.

#### 3. equipe responsável

O médico homeopata, auxiliares de enfermagem, enfermeiros da Unidade Sanitária.

#### 4. captação da clientela



Demanda espontânea por Homeopatia, pacientes encaminhados por outros pacientes e pacientes encaminhados por profissionais de saúde. Dentro da proposta do PSF/BH-Vida, atendimento dos pacientes encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família.

#### 5. agendamento

As primeiras consultas são agendadas por acolhimento específico ou conforme a rotina própria da Unidade Sanitária. Os retornos são agendados conforme solicitação do médico e procura do paciente.

#### 6. calendário mínimo de atendimento

O paciente em tratamento retornará conforme o médico julgar necessário para avaliar a evolução do caso (devendo o paciente ser acompanhado com regularidade, com a frequência das consultas sendo ditada por cada caso individualmente) e conforme a necessidade do paciente (urgências).

#### 7. cadastro e arquivo

Os dados das consultas devem ficar registrados nos prontuários. Conforme item "9.1", estas informações são essenciais à prática da Homeopatia e do adequado registro e arquivamento dos dados obtidos depende a continuidade do atendimento ao usuário.

Dados específicos para levantamento epidemiológico são registrados em folha própria nomeada "movimento diário de consultas individuais", a qual é entregue na secretaria da Unidade Sanitária.

#### 8. controle de faltosos

O tratamento pelas práticas médicas não-alopáticas depende essencialmente do desejo do paciente de se submeter a ele. A cada consulta, o paciente é orientado quanto ao período em que deve retornar.

#### 9. procedimentos técnicos

##### 9.1. consulta clínica individual

##### Anamnese homeopática

A anamnese é de fundamental importância para a prática da Homeopatia. Pelo conhecimento minucioso das modalidades dos sintomas do enfermo (do momento e do passado), pela observação cuidadosa do seu modo de ser e de sentir, seus sintomas gerais e sonhos, e o registro escrito destas informações, é que o trabalho do médico homeopata se inicia e do qual depende seu êxito. Nesta etapa, recomenda-se ao médico homeopata observação atenta, registro fiel do caso, ausência de preconceitos sobre o caso, sentidos perfeitos.

##### Exame físico

Feito rotineiramente, é dirigido pelas informações da anamnese.

##### Repertorização

A seguir se procede ao estudo do caso, revisando os sintomas, hierarquizando-os e pesquisando-os em livros específicos (repertórios) com o fim de selecionar o medicamento homeopático a ser prescrito, quando este for necessário.

##### Prescrição Homeopática

Sendo necessário ao caso, o médico prescreve (em uma via se o paciente tiver que comprar o medicamento e em duas vias se for fornecido pela PBH) e orienta o paciente sobre como obter o medicamento, como utilizá-lo, quando será o retorno e como fará para marcá-lo, além de dar outras orientações necessárias à evolução do tratamento.

## 9.2. Assistência Farmacêutica

### Autorização da Receita

Quando há fornecimento de medicamentos por farmácia da rede privada conveniada com a PBH, o paciente passa no local destinado da Unidade Sanitária em que foi atendido a fim de carimbar e etiquetar sua receita e receber o endereço da farmácia onde a mesma será aviada.

### Acupuntura

#### 1. caracterização

É um dos métodos terapêuticos que fazem parte da Medicina Chinesa. Aborda o paciente em sua totalidade, avaliando sua relação com ele mesmo e com seu meio ambiente. Através do estímulo de pontos específicos do corpo com agulhas, o médico promove a liberação de substâncias do próprio organismo, a fim restabelecer o equilíbrio e a harmonia de indivíduo como um todo, melhorando ou curando os sintomas estabelecidos e/ou evitando a instalação de doenças.

#### 2. população-alvo

Pessoas que desejam se tratar pela Acupuntura, do recém-nascido ao idoso.

#### 3. equipe responsável

O médico acupunturista, auxiliares de enfermagem e enfermeiros da Unidade Sanitária.

#### 4. captação da clientela

Demanda espontânea pela Acupuntura, pacientes encaminhados por outros pacientes e pacientes encaminhados por profissionais de saúde. Dentro da proposta do PSF/BH-Vida, atendimento dos pacientes encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família.

#### 5. agendamento

As primeiras consultas são agendadas por acolhimento específico. Os retornos (sessões) são agendados com intervalos determinados pelo médico.

#### 6. calendário mínimo de atendimento

O paciente em tratamento retornará conforme orientação do médico sobre a frequência das sessões (em geral semanais ou quinzenais).

#### 7. cadastro e arquivo

Os dados da consulta devem ficar registrados nos prontuários. Conforme item "9.1", estas informações são essenciais à prática da Acupuntura e do adequado registro e arquivamento dos dados obtidos depende o acompanhamento ao usuário.

Dados específicos para levantamento epidemiológico são registrados em folha própria nomeada "movimento diário de consultas individuais", a qual é entregue na secretaria da Unidade Sanitária.

#### 8. controle de faltosos

A cada consulta o paciente é orientado quanto ao período em que deve retornar (em geral as sessões são semanais ou quinzenais). O paciente é avisado que ao faltar a duas sessões consecutivas sem justificativa, terá seu horário preenchido por outro paciente. O que poderá ser revertido conforme justificativa, dando seguimento ao acompanhamento.

#### 9. procedimentos técnicos

## 9.1. consulta clínica individual

É feita uma anamnese médica com perguntas específicas e exame físico visando o diagnóstico clínico dentro do ponto de vista da medicina chinesa. Depois o médico aplica agulhas em pontos específicos do corpo, que são prescritos de acordo com o diagnóstico realizado. Durante a sessão as agulhas permanecem no corpo entre 20 e 30 minutos, quando então são retiradas. A seguir é agendado o retorno.

## Medicina Antroposófica

### 1. caracterização

Ela é uma ampliação da medicina comum. Nela, o ser humano é compreendido em corpo, alma e espírito. Na Medicina Antroposófica, o indivíduo é reconhecido como único, com um jeito próprio de ser e de se colocar no mundo, que o torna diferente de todas as outras pessoas.

Então a Medicina Antroposófica leva em conta não só as queixas físicas e emocionais mas também o modo que as pessoas têm, individualmente, de se colocarem diante do mundo e da vida, nas suas relações com os outros, etc.

### 2. população-alvo

Pessoas que desejam se tratar pela Medicina Antroposófica, do recém-nascido ao idoso.

### 3. equipe responsável

O médico antroposófico, auxiliares de enfermagem, enfermeiros do Centro de Saúde.

### 4. captação da clientela

Demanda espontânea, pacientes encaminhados por outros pacientes e pacientes encaminhados por profissionais de saúde. Dentro da proposta do PSF/BH-Vida, atendimento dos pacientes encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família.

### 5. agendamento

As primeiras consultas são agendadas por acolhimento específico. Os retornos são agendados conforme solicitação do médico e procura do paciente.

### 6. calendário mínimo de atendimento

O paciente em tratamento retornará conforme o médico julgar necessário para avaliar a evolução do caso (devendo o paciente ser acompanhado com regularidade, com a frequência das consultas sendo ditada por cada caso individualmente) e conforme a necessidade do paciente (urgências).

### 7. cadastro e arquivo

Os dados da consulta devem ficar registrados nos prontuários. Conforme item "9.1", estas informações são essenciais à prática da Medicina Antroposófica e do adequado registro e arquivamento dos dados obtidos depende a continuidade do atendimento ao usuário. Dados específicos para levantamento epidemiológico são registrados em folha própria nomeada "movimento diário de consultas individuais", a qual é entregue na secretaria da Unidade Sanitária.

### 8. controle de faltosos

O tratamento pelas práticas médicas não-alopáticas depende essencialmente do desejo do paciente de se submeter a ele. A cada consulta, o paciente é orientado quanto ao período em que deve retornar.

### 9. procedimentos técnicos

### 9.1. Consulta clínica individual

É geralmente uma consulta longa, porque além das queixas do paciente, interessam várias outras coisas, tais como seus hábitos, o seu modo de vida, a sua postura diante do mundo e das dificuldades, a sua maneira de ser (o seu temperamento), os acontecimentos importantes do seu passado, a sua história de vida. A prescrição médica tem caráter curativo, porém principalmente preventivo em várias situações de vida do paciente nas quais ele deverá lidar com mudanças de vida, adaptações, perdas afetivas, etc. Faz-se inclusive puericultura de acordo com a visão antroposófica.

Além de medicamentos dinamizados, são usados também chás, cremes e óleos.

Cláudia Prass Santos.