

GUIA DE BOLSO

MANEJO CLÍNICO DOS PRINCIPAIS ACOMETIMENTOS NA APS



Organização

Ana Amélia Reis Jereissati

Ana Leticia Lira Paulino

Ana Amélia Reis Jereissati
Ana Leticia Lira Paulino (Orgs.)

GUIA DE BOLSO

**MANEJO CLÍNICO DOS PRINCIPAIS
ACOMETIMENTOS NA APS**



**Fortaleza
2024**

Guia de bolso: Manejo clínico dos principais acontecimentos na APS © 2024
by Ana Amélia Reis Jereissati, Ana Leticia Lira Paulino (Orgs.)

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora do Centro Universitário Christus
R. João Adolfo Gurgel, 133 – Cocó – Fortaleza – Ceará
CEP: 60190 – 180 – Tel.: (85) 3265-8100 (Diretoria)
Internet: <https://unichristus.edu.br/editora/>
E-mail: editora01@unichristus.edu.br

Editora filiada à



Programação Visual e Editoração Gráfica

Jerônimo Da Silva Leite Filho

Ficha Catalográfica

Bibliotecária

G943 Guia de Bolso: manejo clínico dos principais acontecimentos na APS
[recurso eletrônico] / Ana Amélia Reis Jereissati, Ana Leticia Lira
Paulino (organizadores). – Fortaleza: EdUnichristus, 2024.

120 p.
8,31 MB; E-book PDF.

ISBN 978-65-89839-60-6

1. Saúde. 2. Curso de Medicina. 3. Atividades de extensão. I.
Jereissati, Ana Amélia Reis. II. Paulino, Ana Leticia Lira.

CDD 610

CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS

Reitor

José Lima de Carvalho Rocha

EdUnichristus

Diretor Executivo

Estevão Lima de Carvalho Rocha

Conselho Editorial

Carla Monique Lopes Mourão

César Bündchen Zaccaro de Oliveira

Edson Lopes da Ponte

Elnivan Moreira de Souza

Fayga Silveira Bedê

Francisco Artur Forte Oliveira

Marcos Kubrusly

Régis Barroso Silva

PREFÁCIO

Este guia de bolso é dedicado aos estudantes de Medicina e da área da saúde que desejam ter acesso rápido as principais demandas da Atenção Primária à Saúde (APS) de forma efetiva. O material tem cunho didático e foi produzido por estudantes de medicina da Unichristus que identificaram a importância do acesso a um material resumido com noções de diagnóstico, exame, tratamento e prevenção das doenças mais comuns na nossa população. Esperamos que esse Guia de Bolso incentive o aprendizado e possa contribuir de alguma forma, para o aprendizado de todos.

SUMÁRIO

Prefácio	04
1. Assistência pré-natal na atenção primária	06
Ana Leticia Lira Paulino, Berta Augusta Faraday Sousa Pinheiro	
2. Desenvolvimento Neuropsicomotor Infantil.	20
Maria Clara Holanda Dumaresq, Regina Lúcia Portela Diniz	
3. Asma na atenção primária.	33
Giulia Saraiva Jordão, Joseane Marques Fernandes	
4. Arboviroses.	44
Paula Soares Machado, Bruno Benevides, Ana Amélia Reis Jereissati	
5. Abordagem das úlceras genitais na atenção primária.	51
Luana Notini Arcanjo, Luan Victor Almeida Lima	
6. Tuberculose na atenção primária.	65
Flavia Luiza Gama Borges Freire; Cristiano José da Silva	
7. Diabetes Mellitus na atenção primária.	76
Pedro Henrique Cardoso Nogueira, Ana Lúcia Rego	
8. Hipertensão Arterial Sistêmica.	87
Mariana Alves de Souza Vasconcelos; Joseane Marques Fernandes	
9. Saúde mental na APS: Abordando transtornos depressivos e ansiosos	100
Iana Nocrato Galeno, Kílvia Maria Albuquerque	
10. Hábitos de vida	106
Fernanda Alice Silva Vasconcelos, Ana Amélia Reis Jereissati	
11. Hanseníase na atenção primária	112
Carolina de Paiva Farias, Lucas Eliel Beserra Moura	

Assistência pré-natal na atenção primária

Ana Leticia Lira Paulino
Berta Augusta Faraday Sousa Pinheiro

1. Introdução

Segundo o Ministério da Saúde, o pré-natal é o início da assistência para um parto saudável, pois promove e mantém a saúde física e mental durante toda a gestação, parto e nascimento, como também fornece informações e orientações à gestante sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto. Ao participar do pré-natal, as gestantes terão mais chances de ter uma gravidez saudável e sem intercorrências, visto que um dos objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, momento em que ela passa por um período de grande mudança física e emocional, além de atender a todas as suas necessidades. (BRASIL, 2000).

A assistência pré-natal teve início no século XX, quando a saúde da mulher e do feto era um aspecto preocupante no âmbito da saúde pública devido aos altos índices de mortalidade materna e infantil. Nessa época, os conhecimentos e as práticas da obstetrícia e do recém-nascido foram fortalecidos, proporcionando uma redução significativa da mortalidade materna e infantil, principalmente nos países desenvolvidos. (GALLETA, 2000).

A mortalidade materna é um indicador da saúde de uma nação; também é usada para definir metas e políticas públicas. Dessa forma, a alta incidência de mortes maternas no Brasil reflete a má qualidade dos serviços de saúde e da assistência prestada às gestantes durante o período perinatal, indicando a necessidade de melhorias na atenção pré-natal, como ter início precoce dos atendimentos e melhorar a captação das gestantes. (PINHO; SIQUEIRA; OLIVEIRA PINHO, 2006).

A prática rotineira de assistência pré-natal está associada a melhores desfechos no período gravídico-puerperal. Conforme preconizado pelo

Ministério da Saúde, a atenção pré-natal deve ser prestada por meio da inclusão de comportamentos acolhedores; desenvolvimento de medidas educativas e preventivas; detecção precoce de condições de risco de gravidez; criação de vínculo entre pré-natal e locais de parto; fácil acesso a cuidados de saúde de qualidade. (CARROLI et al, 2001; BRASIL, 2006).

As Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm dedicado, em todo o mundo, esforços para reduzir esses indicadores, estabelecendo metas globais como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de 1990 a 2015 ou os atuais Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) que estabelecem esforços para reduzir as mortes evitáveis até 2030. (ALBERT EINSTEIN, 2019).

O progresso observado na redução da mortalidade feminina por causa obstétrica direta pode estar associado às iniciativas para ampliar, qualificar e humanizar a atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS), relacionadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, além das ações de Vigilância de Óbitos Maternos. (BRASIL, 2012).

Os principais determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e à criança com potencial de reduzir a mortalidade materna e neonatal são a atenção pré-natal apropriada, associada à detecção precoce, à intervenção de eventos de risco, à existência de um sistema de referência hospitalar eficiente e à qualificação para assistência ao parto. (BRASIL, 2012)

Caso não haja o início precoce do pré-natal e o seguimento necessário para a avaliação materna e fetal, o acompanhamento do desenvolvimento fetal e da gestação pode ser comprometido, além da possibilidade de comprometer a detecção precoce de algumas condições médicas, como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, causando graves complicações para as mulheres grávidas. Essas complicações podem ser detectadas, verificadas e controladas por meio do pré-natal contínuo na gravidez. (ANDREUCCI; CECATI, 2011).

É importante ressaltar que o acesso a uma assistência de qualidade durante a gravidez é um direito da mulher; logo, é um dever do município oferecer serviços de saúde que disponibilizam de pré-natal, parto, puerpério e neonatal de qualidade. (BRASIL, 2011)

A assistência pré-natal é uma estratégia a ser realizada por médicos e enfermeiros com alto padrão de qualidade. Uma boa assistência pré-natal na atenção básica não só reduz as complicações durante a gestação, como também favorece a atuação de especialistas na sala de parto, reduzindo, assim, o risco de infecção e outros riscos durante o parto. (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 011)

2. Política de atenção pré-natal no Brasil

No Brasil, a década de 1980 foi um período de transição democrática marcada por surgimento de diversos movimentos sociais norteados para a realização de uma revolução social; entre eles, inclui-se o movimento feminista. Nesse período, as mulheres reivindicavam direitos relacionados à saúde reprodutiva, como sexualidade, planejamento familiar, democratização da informação em saúde e outras medidas de Saúde Pública. Além disso, começou-se a discutir, com mais intensidade, sobre a saúde da mulher, em universidades, sistemas formais de saúde e organizações sociais. Como resultado desse processo de mobilização social e alianças com as instituições de saúde, o Ministério da Saúde (MS), juntamente com lideranças feministas e profissionais de saúde, iniciaram o desenvolvimento de propostas e normas que garantissem os direitos reprodutivos das mulheres, o que resultou na estruturação das bases fundamentais do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A implementação do PAISM estimulou o desenvolvimento de diversas ações educativas nas unidades de saúde, com o objetivo de melhorar o autoconhecimento e a autoconfiança das mulheres. (TYRREL; CARVALHO, 1993).

No final da década de 1990, 20 anos após a implantação do PAISM, a atenção à saúde da mulher no Brasil ainda enfrentava muitos obstáculos. O MS estabeleceu a saúde da mulher como prioridade e desenvolveu programas

específicos baseados em três vertentes de ação principais: melhoria da saúde reprodutiva, redução da mortalidade por causas evitáveis e combate à violência contra a mulher. Com o objetivo de melhorar a assistência obstétrica, a Área Técnica de Saúde da Mulher, juntamente com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, elaborou um plano que contempla, especificamente, a assistência ao pré-natal e ao parto, com foco na qualidade, acessibilidade e humanização da assistência. (BRASIL, 2002; LEÃO; MARINHO, 2002).

O objetivo da assistência pré-natal é garantir o desenvolvimento de uma gravidez que permita o nascimento de um recém-nascido saudável sem comprometer a saúde materna, inclusive abordando questões psicossociais e atividades educativas e preventivas. (BRASIL, 2012)

No Brasil, atualmente, é reconhecida a relevância da assistência integral do pré-natal, incluindo não apenas demandas biológicas, mas outras questões relacionadas ao desenvolvimento infantil, como a saúde emocional da mãe, o apoio que a mãe recebe na família, no trabalho e na comunidade. Além disso, o profissional de saúde deve promover orientações sobre a importância de construir um vínculo com o bebê e do envolvimento do pai. (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2019).

Para isso, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada, no sistema de saúde, prioritária para as gestantes. Dessa forma, a UBS é o local estratégico para melhor atender às necessidades da gestante, incluindo o acompanhamento longitudinal e contínuo durante a gravidez. (BRASIL, 2013).

Considerando que os determinantes da saúde da mulher gestante são diversos e múltiplos, um dos direitos que devem ser assegurados à mulher

gestante é a continuidade dos cuidados para realizar uma abordagem ampla desse cenário.

As equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) devem trabalhar em equipe, de acordo com os padrões de gestão preconizados pelas diretrizes clínicas, e ter apoio e canais de comunicação mútuos, ágeis e úteis para possibilitar o cuidado compartilhado das gestantes. Dessa forma, as gestantes se beneficiam desde o início de uma assistência pré-natal realizada por uma equipe multiprofissional. (ALBERT EINSTEIN, 2019).

Como orientação para as unidades de saúde sobre as condições necessárias para a atenção pré-natal com qualidade, o Ministério da Saúde definiu os “dez passos para o pré-natal de qualidade”, sendo eles:

1. captação precoce: iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação;
2. assegurar recursos humanos, materiais, materiais e técnicos para o atendimento pré-natal;
3. garantir a toda gestante a solicitação, a realização e a avaliação em tempo hábil dos exames recomendados no pré-natal;
4. propiciar a escuta ativa das gestantes e seus pares, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, não apenas a saúde biológica;
5. assegurar que as grávidas tenham acesso a transporte público gratuito para o pré-natal, quando necessário;
6. garantir como direito ao parceiro ser cuidado antes, durante e depois da gestação, por meio da realização de consultas, exames e acesso a informações;
7. certificar o acesso à unidade de referência especializada quando necessário;
8. incentivar e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo o desenvolvimento do plano de parto;
9. vinculação: toda gestante tem direito de conhecer e visitar, previamente, o serviço de saúde no qual irá ocorrer seu parto;
10. as mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. (BRASIL, 2012).

Além disso, a equipe de APS deve ter conhecimento das competências necessárias para promover um cuidado integral da gestante e do concepto; entre eles, a equipe da Unidade Primária à Saúde é responsável pela atenção às

gestantes e às crianças adscritas em sua área abrangência e tem como principais deveres cadastrar as gestantes no pré-natal; conectá-las ao hospital em que ocorrerá o parto, de acordo com a estratificação de risco; realizar consultas pré-natais, conforme agendamento, avaliando sempre possíveis alterações na estratificação de risco durante a assistência; solicitar os exames pré-natais de rotina e agendar consultas médicas para a avaliação dos resultados; realizar buscas ativas por meio de visitas domiciliares e analisar dificuldades de acesso aos serviços preconizados; vacinar as gestantes segundo o protocolo do Ministério da Saúde; assegurar, no mínimo, sete consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério; imunizar as crianças conforme calendário de imunização. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DE PARANÁ, 2012).

3.Assistência pré-natal

A unidade básica de saúde deve ser sempre acessível para a mulher que busca confirmar uma gestação, com uns processos ágeis, evitando atrasos na realização dos testes. A suspeição de uma gravidez pode surgir de uma avaliação clínica ou do Teste Rápido de Gravidez (TRG), sendo esta uma oportunidade de começar a fornecer orientações e cuidados. A confirmação ocorre, principalmente, por método laboratoriais, como β -HCG positivo em urina ou sangue. O TRG urinário deve estar à disposição em todas as unidades não apenas para atender rapidamente às demandas de dúvidas de gestação, mas também para acolher gestações não planejadas, atender a vítimas de violência sexual e fornecer aconselhamentos reprodutivos. A confirmação da gravidez também pode ser feita por exame físico com sinais definitivos de gravidez: detecção de movimento fetal ou ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) com estetoscópio pelo profissional de saúde. O acolhimento da gestante para

iniciar o pré-natal deve ocorrer imediatamente após a confirmação, por qualquer profissional de saúde da equipe. (ALBERT EINSTEIN, 2019).

A gravidez pode ser confirmada por meio da anamnese, do exame físico e dos exames complementares. Toda mulher adscrita na área da UBS que tenha histórico de atraso há mais de 15 dias na menstruação deve ser encaminhada pela

equipe de saúde a fazer um Teste Imunológico de Gravidez (TIG). A gravidez é confirmada pela presença de BCF detectado por sonar, detecção de movimentos fetais e ultrassonografia demonstrando evidências da gestação, ou por meio da quantificação da gonadotrofina coriônica humana (β HCG), usando medidas quantitativas ágeis e seguras. Após 8 a 11 dias da concepção, o β HCG pode ser identificado no sangue periférico de uma mulher grávida. De forma objetiva, níveis abaixo de 5mIU/ml são considerados negativos e níveis acima de 25mIU/ml são considerados positivos para uma grávida. Se o atraso na menstruação for acima de 12 semanas, a confirmação da gravidez pode ser feita por exame clínico, e não é necessário o requerimento do TIG. Em uma gravidez avançada, o diagnóstico da concepção pode ser feito na maioria das pacientes por meio do exame físico e de sintomas e sinais clínicos. Suspeita-se de gravidez quando ocorrer atraso menstrual, manifestações clínicas (alterações do apetite, tonturas, sonolência, vômitos, náuseas e micção frequente) e/ou alterações anatômicas (aumento do tamanho da mama, hipersensibilidade mamilar, presença dos tubérculos de Montgomery, desprendimento de colostro pelo mamilo, saída de colostro, cianose no colo do útero).A presunção de gestação aumenta na presença de amolecimento do colo do útero, aumento do volume uterino e aumento da revascularização da parede vaginal. (BRASIL, 2012).

Imediatamente a partir da confirmação da gravidez, a equipe de saúde deverá acolher a gestante para iniciar o pré-natal e prover as informações necessárias em relação à assistência pré-natal para a gestante, como a frequência de consultas, as visitas domiciliares e os grupos educacionais. Além

disso, os profissionais de saúde devem fornecer o Cartão da Gestante preenchido com a identificação, o número do Cartão Nacional da Saúde e o hospital onde ocorrerá o parto, assim como devem fornecer o calendário vacinal e suas orientações e a solicitação dos exames de rotina. (BRASIL, 2012).

A partir desse momento, no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a realização de, no mínimo, seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Em relação à frequência, devem ser realizadas consultas mensais até a 28ª semana, consultas quinzenais da 28ª a 36ª

semana, consultas semanais da 36ª semana até o parto, uma consulta de puerpério até o 7º dia pós-parto e outra consulta entre o 30º a 40º dias de puerpério. (BRASIL, 2012; SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2019).

A Caderneta da Gestante contém um resumo do desenvolvimento da gravidez em todos os aspectos monitorados, sendo a principal ferramenta educacional para as mulheres grávidas. As gestantes e seus familiares devem estar atentos às informações registradas e acompanhar ativamente as ações de assistência envolvidas no pré-natal. Em todas as consultas de pré-natal, os profissionais devem registrar os dados de forma íntegra e fidedigna e orientar as gestantes sobre suas implicações. Durante a visita domiciliar, o ACS deve solicitar a caderneta, conferir suas atualizações e acompanhar as pontuações anotadas. (ALBERT EINSTEIN, 2019).

Durante o pré-natal, a gestante deve aprender sobre seus direitos, os hábitos de vida saudáveis, as mudanças que ocorrem durante a gravidez e os medicamentos que deve ingerir e os que deve evitar. Além disso, a mulher deve ser informada sobre os sinais de risco em cada estágio da gravidez, como lidar com as dificuldades emocionais, as preocupações com sua saúde e com a saúde do bebê, o mal-estar, as manchas na pele, os sinais de trabalho de parto

e muito mais. (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2019).

Na rotina da assistência pré-natal, os principais procedimentos recomendados são: o exame físico, em que se avalia estado nutricional da gestante, temperatura, pulso, pressão arterial, pele, mucosas e tireoides, ausculta cardiopulmonar e membros inferiores; o exame ginecológico, em que se avaliam as mamas, a medida da altura uterina, os batimentos cardíacos fetais e os movimentos fetais; a solicitação de exames laboratoriais de rotina. (BRASIL, 2005; ALBERT EINSTEIN, 2019).

Nas consultas de primeiro, segundo e terceiro semestres, devem ser solicitados os exames laboratoriais de rotina da gravidez para todas as gestantes, destacando-se a importância da atuação do profissional de saúde em informar à gestante sobre a finalidade dos exames solicitados. Entre os exames do primeiro trimestre, estão a tipagem sanguínea (ABO e Rh), o Coombs indireto, o hemograma, a eletroforese de hemoglobina, a glicemia de jejum, o teste rápido para sífilis e VDRL, o teste rápido para HIV ou sorologia anti-HIV, o IgM e IgG para toxoplasmose, o teste rápido para hepatite B ou sorologia para hepatite B, o exame de urina tipo 1 e urocultura e o citopatológico do colo uterino. No segundo trimestre, deve-se solicitar um hemograma, um teste oral de tolerância para glicose, o IgM e IgG para toxoplasmose e uma ultrassonografia obstétrica. Por fim, os exames de rotina do terceiro trimestres são o hemograma, o teste rápido para sífilis e VDR, o teste rápido para HIV ou sorologia anti-HIV, IgM e IgG para toxoplasmose, o exame de urina tipo 1 e urocultura. (ALBERT EINSTEIN, 2019).

Durante a assistência pré-natal, é recomendada a suplementação oral de ferro e o ácido fólico com o objetivo de reduzir o risco de baixo peso ao nascer e anemia na mulher gestante. Além disso, é necessária a orientação quanto à desprescrição ou substituição de medicamentos contraindicados na gestação, visto que muitos fármacos podem ter efeitos deletérios para o feto, podendo causar malformações congênitas ou malefícios para o desenvolvimento

funcional do conceito. A primeira avaliação conclui-se com a estratificação do risco gestacional, orientando a assistência pré-natal segundo o risco estratificado como risco habitual, intermediário ou alto risco). (ALBERT EINSTEIN, 2019).

A detecção precoce dos fatores de risco da gravidez é necessária para diminuir a morbimortalidade materno-infantil. Desse modo, a avaliação de risco deve ocorrer constantemente a cada consulta, visto que a classificação de risco é um procedimento de reconhecer pacientes que precisam de tratamento imediato com base no risco potencial, nos problemas de saúde ou níveis de sofrimento. Para as gestantes classificadas como de alto risco, o compartilhamento da assistência entre as equipes é fundamental para garantir a continuidade do cuidado. A ferramenta mais relevante para a integração entre as equipes é o plano de cuidados, em que se

avalia a necessidade de solicitar outros exames ou procedimentos especializados para promover um cuidado integral e com equidade à gestante. (BRASIL, 2012; ALBERT EINSTEIN, 2019).

Também presente entre os procedimentos necessários no acompanhamento pré-natal, deve-se monitorar o calendário de vacinação da gestante. Entre as vacinas recomendadas na gestação, estão a vacina contra influenza, a tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa) ou a dupla adulto (dT) e a vacina hepatite B. Além disso, deve-se atentar que as vacinas de vírus vivos são contraindicadas na gestação, como a tríplice viral, a vacina contra a varicela, a contra o HPV e a vacina de febre amarela. (ALBERT EINSTEIN, 2019).

Por fim, a equipe de saúde é responsável pela vinculação da gestante ao hospital de referência para a ocorrência do parto, devendo informar a gestante e registrar o local do serviço na carteira da gestante. Além disso, é competência da UAP contactar o local de referência, programando uma visita da gestante e do acompanhante até a 26ª semana de gestação. Se o parto não ocorrer até a

41ª semana, justifica-se o encaminhamento da gestante para avaliação da saúde fetal, incluindo avaliação do índice de líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. A assistência no período gravídico-puerperal deve iniciar o mais rápido possível e terminar após o 42º dia pós-parto, momento em que deve ter sido realizada a consulta de puerpério. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DE PARANÁ, 2012.)

Um pré-natal planejado de forma adequada pode contribuir para a redução de cesarianas desnecessárias e partos antecipados, de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, de complicações durante a gestação, além da transmissão vertical de doenças como HIV, sífilis e hepatite. (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2019).

4.Assistência puerperal

Durante o terceiro trimestre da gestação, deve haver monitoramento intensivo quanto à data provável do parto. A estratificação de risco, o risco de parto prematuro, a acessibilidade até o serviço de referência e as especificidades do plano de parto determinam a necessidade de internamento da gestante ou alojamento similar próximo ao hospital. Durante o trabalho de parto, a equipe de saúde deve acompanhar a evolução do parto, bem como avaliar a mãe o bebê no momento imediato pós-natal. A definição da data de alta dos pacientes permite que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) agende uma visita domiciliar em até 48 horas após a alta. A primeira consulta pós-parto deve ocorrer na primeira semana após a alta, e a segunda do puerpério ocorre entre 30 e 40 dias após o parto. Nas consultas, o profissional de saúde deve focar na detecção e no tratamento de complicações rotineiras no puerpério, sobretudo quanto às principais causas de mortalidade materna que são infecções e sangramentos. (ALBERT EINSTEIN, 2019).

Além disso, devem-se fornecer as principais orientações para a mulher durante as consultas de puerpério, como atividade física, alimentação, higiene, cuidados com as mamas, orientações sobre amamentação, atenção ao uso de medicamentos inibidores de prolactina, cuidados com o neonato, direitos

reprodutivos, sociais e trabalhistas da mulher, atividade sexual, prevenção de ISTs, planejamento familiar, vacinações recomendadas, suplementação de ferro, entre outras. Ao final do puerpério, as mulheres devem ser aconselhadas quanto ao seguimento da atenção à sua saúde, o planejamento familiar e o cuidado com as doenças crônicas diagnosticadas na gestação. (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2015).

REFERÊNCIAS

- ¹DE SAÚDE, G. D. E. O. P. A. S. S. E. E. M. **Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**, [S. l.]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em: 28 Jun. 2022.
- ²ANDREUCCI, C. B.; CECATI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad Saude Publica**, v.27, n.6, p. 1053-1064, 2011.
- ³BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Diário Oficial da União. **Brasília**, DF, 8 jun. 2000.
- ⁴BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O desafio de construir e implementar políticas de saúde: relatório de gestão 2000-2002. **Brasília** (DF): O Ministério; 2002.
- ⁵BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. **Brasília**: Ministério da Saúde 2005.
- ⁶BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. **Brasília**: Ministério da Saúde; 2006.
- ⁷BRASIL. Ministério da Saúde. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. **Brasília**: Ministério da Saúde, 2011.
- ⁸Brasil. **Ministério da saúde**. Atenção ao pré-natal de baixo risco/Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 32, 2012.
- ⁹Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- ¹⁰Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. **Paediatr Perinat Epidemiol**. [S. n.], 2001.
- ¹¹GALLETA, Marco Aurélio. A importância do pré-natal. Copyright clube do bebê. **WebDesign by Microted**, [S. l.], 2000.
- ¹²Leão EM, Marinho LFB. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Revista Promoção da Saúde**, [S. l.], 2002.
- ¹³Paraná. Secretaria de estado da saúde. Caderno De Atenção ao Pré-Natal – Risco habitual. 2012.
- ¹⁴PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A. OLIVEIRA PINHO, L. M. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, USP, v. 8, n. 1, p. 42-51, 2006.

- ¹⁵RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G. do; ARAUJO, A.. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, USP, v.45, n.5, p. 1041-1047, 2011.
- ¹⁶Secretaria Do Estado De Saúde Do Governo Do Estado De Goiás. Pré-natal In: Portal Expresso da Secretaria Do Estado De Saúde Do Governo. 2019. . Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7637-pr%C3%A9-natal>.
- ¹⁷Atualização em pré natal para profissionais da atenção básica. Portal Expresso da Secretaria Do Estado De Saúde Do Governo. 2015. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/acervo-e-e-books/9313-manual-oficina-de-Atualizacao-em-pre-natal-para-profissionais-da-atencao-basica/file>. Acesso em: 25 de jul. de 2022.
- ¹⁸TYRREL MAR; CARVALHO V. Programas nacionais de saúde materno infantil: impacto político social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, [S. l.], 1993.
- ¹⁹BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. O desafio de construir e implementar políticas de saúde: relatório de gestão 2000-2002. Brasília (DF): O Ministério; 2002.

Desenvolvimento neuropsicomotor infantil

Maria Clara Holanda Dumaresq
Regina Lúcia Portela Diniz

1. Introdução

O desenvolvimento infantil se inicia no período intrauterino, mas se perpetua por vários anos após o parto. Enquanto a criança desenvolve as habilidades motoras, cognitivas, de linguagem e socioemocional, o profissional de saúde deve saber diferenciar, com precisão, o desenvolvimento fisiológico do patológico.

Para o profissional de saúde, é imprescindível ter conhecimento da sequência fisiológica das funções para que seja possível identificar anormalidades o mais precocemente possível, possibilitando, com isso, a intervenção e reabilitação ágeis. Nesse sentido, busca-se evitar ou reduzir atrasos e problemas de desenvolvimento. A avaliação dos aspectos neuropsicomotores deve ser iniciada logo após o parto.

É estimado que somente 30% das crianças que apresentam algum desvio no seu desenvolvimento são identificadas antes da entrada na escola.

2. Desenvolvimento Fisiológico

Logo após o nascimento, a criança apresenta motricidade imatura, mas com a presença de reflexos, cuja presença e avaliação auxiliam a determinar o estado do SNC e sua integridade. Tanto a ausência desses reflexos em recém-nascidos a termo como sua persistência após os primeiros meses de vida são sinais de patologia.

Outros reflexos importantes são o reflexo de Moro, reflexo tônico-cervical, também conhecido como reflexo do esgrimista, reflexo da busca e reflexo cutâneo-plantar. Ainda assim, a criança mantém alguns reflexos primitivos, mantendo suas mãos fechadas e o tônus flexor dos membros.

O desenvolvimento motor tende a seguir um padrão craniocaudal. Aos 3 meses, o lactente consegue erguer sua cabeça, alinhá-la ao tronco e virá-la para seguir certo sons. É nesse período em que se observa uma evolução importante na motricidade e no comportamento social da criança, pois o controle

cefálico permite que o lactente esteja mais alerta e interessado no seu ambiente, procurando interagir com objetos ao seu redor. Conseguir sustentar a cabeça também possibilita que a criança consiga sentar-se com o mínimo apoio, e, em decúbito ventral, ela consegue se apoiar e elevar a cabeça e o tronco.

Aos 4 meses, o bebê já deve conseguir segurar objetos, e, aos 6, começar a levá-los à boca. Essa fase é extremamente exploratória, e também é quando os reflexos primitivos costumam desaparecer.

Aos 9 meses, o lactente já deve engatinhar e ficar em pé com auxílio, procurando, cada vez mais, a posição ereta. É nessa idade também que a pinça fina se desenvolve, conseguindo pegar pequenos pedaços de comida. Até os 12 meses, deve começar a dar os primeiros passos, com apoio, além de engatinhar.

Nessa fase, a criança tende a aprender certos gestos e movimentos com a família, como bater palma, dançar e cantar, e muitas já conseguem andar sem auxílio antes dos 15 meses. Também começa a articular a coordenação visual com a pinça fina, conseguindo, por exemplo, pegar e soltar um bloco dentro de uma caneca. Com 18 meses, o controle locomotor já está bem desenvolvido; a criança já procura tentar correr e explorar ainda mais o seu ambiente. Esse período requer uma atenção especial da família e dos médicos, pois é quando possíveis atrasos no desenvolvimento motor e da linguagem podem ser observados com maior facilidade.

A visão e audição tendem a evoluir mais rapidamente do que os outros sentidos. Logo após o nascimento, o bebê já consegue reconhecer a voz da mãe, e, ao final do primeiro mês de vida, já é capaz de fixar faces e seguir objetos com os olhos. A audição é a função sensorial essencial para o desenvolvimento normal da fala.

O reflexo cocleopalpebral deve estar presente em todas as faixas etárias, ocorrendo quando a criança é submetida a um som de forte intensidade, e sua ausência deve ser investigada propriamente, pois pode ser um sinal de neuropatia auditiva.

Entre o primeiro e segundo mês de vida, o bebê está alerta ao seu ambiente e desenvolve o sorriso social, comunicando afeto e bem-estar. Aos 2 meses, a criança consegue vocalizar vogais e começa a brincar com os sons produzidos. Com 4 meses, ela vocaliza socialmente, grita e sorri, e, com 6, já consegue emitir sílabas isoladas.

Uma idade de extrema importância é o terceiro ano de vida, pois é quando começa o processo de socialização. Nessa idade, a criança começa a questionar e ter um desenvolvimento cognitivo maior, aprendendo a diferença entre o que é permitido e proibido. Também apresenta uma maior percepção, identificando e diferenciando algumas cores (como vermelho e amarelo).

Quadro 1: Avaliação do desenvolvimento por idade				
Idade	Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina	Audição e linguagem	Comportamento
1 mês	Levanta a cabeça em decúbito ventral, fecha a mão, movimentos de MMSS e MMII descoordenados	Segue bola a 20-25cm	Volta os olhos na direção de certos sons	Sorri (6 semanas), chora ao desconforto, fixa faces
3 meses	Segura a cabeça ao se sentar, se apoia nos antebraços em decúbito ventral e sobe a cabeça, movimenta membros ritmicamente	Abre as mãos e junta-as na linha média do corpo, levando-as ao queixo e à boca, com pestanejo de defesa, convergência	Vira a cabeça em direção a sons, vocaliza	Sorri, reconhece e reage a aproximação de rostos familiares
6 meses	Apoia-se com as mãos em decúbito ventral; senta-se sem apoio, roda sobre si mesmo, faz apoio de pé	Preensão palmar, transfere objetos e os leva à boca, tenta pegar objetos pequenos	Gargalha, vocaliza sons monossilábicos e dissilábicos, começa a responder ao próprio nome	Alerta, curioso e ativo, toca na imagem do espelho

9 meses	Senta-se sem auxílio, roda nos dois sentidos, fica em pé com apoio	Tem preensão e manipulação, leva todos os objetos à boca, aponta objetos com o dedo indicador, joga objetos no chão e os procura,	Repete sons ou sílabas produzidas por adultos, atenta-se a sons perto ou longe, reconhece o próprio nome, localiza sons suaves	Mastiga, demonstra sinais de inquietação a separação, consegue distinguir estranhos e conhecidos
12 meses	Engatinha, vai da posição de decúbito dorsal a sentado, fica em pé e abaixa-se com ajuda das mãos	Procura objeto escondido	Diz as primeiras palavras, entende comandos simples, jargão	Bebe do copo com auxílio, ajuda a se vestir, demonstra afeição, segura a colher (sem usá-la)

<p>18 meses</p>	<p>Bom desenvolvimento motor, anda bem e pega objetos do chão</p>	<p>Demonstra preferência pela mão direita ou esquerda, faz rabiscos, olha livro com figuras, faz torre com três cubos</p>	<p>Entende várias palavras, vocaliza 6-12 palavras</p>	<p>Bebe pelo copo sozinho, segura e usa colher para levar alimentos até a boca, aponta partes do corpo, copia atividades domésticas, indica necessidade de ir ao banheiro</p>
<p>2 anos</p>	<p>Corre, usa as escadas com dois pés no mesmo degrau</p>	<p>Imita rabiscos, constrói torre de seis cubos, demonstra interesse em livros e vira páginas</p>	<p>Vocaliza seu primeiro nome, fala sozinho ao brincar, repete, nomeia objetos</p>	<p>Usa bem a colher, consegue colocar sapatos e chapéu, controla o esfíncter vesical e anal de dia</p>
<p>3 anos</p>	<p>Fica, momentaneamente em um pé só, sobe escadas alternadamente, mas ainda desce com os pés no mesmo degrau</p>	<p>Copia rabiscos de círculos e cruz, conhece as cores vermelho e amarelo, faz torre com 9 cubos</p>	<p>Sabe seu nome e sexo, apresenta dificuldade na articulação e maturidade da linguagem</p>	<p>Come com garfo e colher, vai ao banheiro só</p>

4 anos	Fica em um pé só por alguns segundos sem auxílio, pula em um pé só	Nomeia quatro cores básicas, faz escadas com seis cubos	Sabe sua idade e nome completo, reconhece objetos do dia a dia	Consegue se vestir e despir (mas não dá laços), brinca com outras crianças, espera sua vez, limpa-se sozinho
5 anos	Pula alternadamente em um pé só	Conta os cinco dedos da mão, copia o quadrado e triângulo, consegue escrever o próprio nome	Sabe onde mora e data de nascimento, vocabulário fluente e articulação correta – pode haver confusão em alguns sons	Escolhe amigos, entende regras de jogo, veste-se só, segue instruções e aceita supervisão
<p>Fonte: Sheridan, Halpern, 2015; Ministério da Saúde, 2020; Sociedade Brasileira de Pediatria; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020-2021; Polanczyk e Lambert, 2015; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019; Salles e Haas</p>				

3. Sinais de Alerta

Nem sempre o fato de uma criança não ter desenvolvido certa aquisição neuropsicomotora na idade-chave exata significa que seja uma situação patológica. O desenvolvimento infantil é multifatorial e variado; não é incomum que as crianças apresentem padrões diferentes. Porém, existem sinais de alerta que indicam situações mais preocupantes e dignas de uma investigação mais profunda pelo médico de família.

Quadro 2: Sinais de alerta na avaliação	
Idade	Sinais de Alerta
1-2 meses	<p>Não sustenta a cabeça ao sentar</p> <p>Hiper/hipotonicidade de pé ou na posição ventral</p> <p>Ausência do sorriso</p> <p>Não segue rostos</p> <p>Nunca está alerta</p> <p>Não interage</p>
3-4 meses	<p>Não segue nem fixa objetos</p> <p>Não segue sons</p> <p>Postura assimétrica</p> <p>Mãos sempre fechadas e membros rígidos</p> <p>Chora a qualquer toque</p> <p>Sobressalto a pequenos barulhos</p> <p>Deixa a cabeça cair quando tracionado pelas mãos e antebraços</p>
6 meses	<p>Não demonstra interesse, nem olha nem agarra nenhum objeto</p> <p>Não vocaliza</p> <p>Não reage a sons</p> <p>Não manifesta interesse pelo ambiente</p> <p>Estrabismo constante</p>

9 meses	<p>Não consegue se sentar</p> <p>Senta-se, não se mexe nem tenta mudar de posição</p> <p>Não reage a sons</p> <p>Estrabismo</p> <p>Facilidade para se engasgar</p> <p>Não estabelece relações preferenciais</p> <p>Vocaliza monotonamente</p> <p>Perde a vocalização</p>
12 meses	<p>Não aguenta peso nas pernas</p> <p>Não se mexe nem tenta mudar de posição</p> <p>Não responde a vozes</p> <p>Não mastiga</p> <p>Não brinca</p> <p>Não estabelece contato</p> <p>Não pega brinquedos com somente 1 mão</p> <p>Assimetrias</p>

<p>18 meses</p>	<p>Não fica de pé</p> <p>Anda sempre nas pontas dos pés</p> <p>Não faz pinça fina</p> <p>Não responde a vozes/a ser chamado</p> <p>Não vocaliza espontaneamente</p> <p>Não usa palavras soltas</p> <p>Não se interessa pelo ambiente</p> <p>Joga fora objetos</p> <p>Leva os objetos sistematicamente para boca</p> <p>Estrabismo</p> <p>Assimetrias</p>
<p>2 anos</p>	<p>Não anda</p> <p>Joga objetos fora</p> <p>Não procura imitar os outros</p> <p>Não pronuncia palavras inteligíveis</p> <p>Não compreende o que é dito</p> <p>Não constrói</p> <p>Estrabismo</p>

4-5 anos	Linguagem incompreensível Gaguez, substituição fonética Transtornos do comportamento Suspeita de déficit visual Estrabismo
Fonte: Sheridan.	

Existem múltiplas causas para esses déficits, desvios e atrasos, que, muitas vezes, apresentam-se em conjunto, o que faz uma investigação etiológica ser cansativa e não muito útil. Deve-se prestar maior atenção aos principais fatores de risco, os biológicos, como alterações genéticas (trissomia do 21, X frágil, entre muitas outras).

Esses fatores podem-se manifestar ainda na fase intrauterina, devido a substâncias nocivas (álcool, drogas, medicamentos, metais pesados), hipóxia ou desnutrição. Na situação perinatal, destaca-se, principalmente, a hipóxia e anóxia como causas de atraso no DNPM, e no meio extrauterino, pode ser devido a traumas, maus-tratos, infecções. Ao analisar a situação de cada paciente, deve-se levar em consideração a relação dos fatores biológicos e ambientais. O atraso no desenvolvimento pode ser, simplesmente, uma manifestação da falta de estímulo recebido pela criança em seu dia a dia, e não um comprometimento patológico.

A maturação do sistema nervoso central é um processo complexo e multifatorial que dificulta a identificação precoce dessas alterações e intensifica a importância da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor na consulta de puericultura.

Para determinar o estado da criança, deve-se fazer uma anamnese e um exame físico completo, enfatizando a investigação dos hábitos alimentares, da

rotina diária, da imunização e da avaliação antropométrica. Entre os testes e escalas aplicadas para essa avaliação, temos o teste de triagem Denver II, o teste de Gesell, a escala de desenvolvimento infantil de Bayley e o Albert Infant Motor Scale.

Após a avaliação inicial, um seguimento de qualidade pelo pediatra é de extrema importância. Se alguma alteração for identificada durante esse seguimento, a intervenção deve ser iniciada o mais rápido possível. Caso ocorra alguma alteração nos testes de rastreamento, um encaminhamento é necessário.

REFERÊNCIAS

- ¹ SHERIDAN, Mary D.; SHARMA, Ajay; FROST, Marion. From birth to five years: children's developmental progress. **Routledge**, 2002.
- ² BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. 12. ed. **Brasília**, DF, 2020.
- ³ HALPERN, Ricardo et al. Manual de pediatria do desenvolvimento e comportamento. 1. ed. **São Paulo**: Manole, 2015.
- ⁴ CONSELHO CIENTÍFICO; LOUREIRO, Adriana Auzier. Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente: Instrumentos de vigilância e promoção do Desenvolvimento. [S. l.], [S. n.], [S. d.].
- ⁵ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Desenvolvimento e Comportamento. Caderneta de Saúde da Criança: Instrumento e promoção do desenvolvimento: como avaliar e intervir em crianças de 2 a 4 meses e de 4 a 6 meses. **Guia prático de atualização**. [S. l.], 2018.
- ⁶ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Desenvolvimento e Comportamento. Caderneta de Saúde da Criança: instrumento e promoção do desenvolvimento. Como avaliar e intervir em crianças de 9 a 12 meses; 12 a 18 meses e 18 a 24 meses. **Guia prático de atualização**. [S. l.], 2020 e 2021.
- ⁷ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Desenvolvimento e Comportamento. Caderneta de Saúde da Criança: instrumento e promoção do desenvolvimento: como avaliar e intervir em crianças de 6 a 9 meses. **Guia prático de atualização**. [S. l.], 2019.
- ⁸ SALLES, J. F.; HAASE, V. G. Neuropsicologia do desenvolvimento: infância e adolescência. **Porto Alegre**: Artmed, 2015.
- ⁹ POLANCZYK, G. V.; LAMBERT, M. T. A criança de 3 a 5 anos. In: Psiquiatria da infância e adolescência. Barueri: Manole, 2015. p. 101-110.
- ¹⁰ GESELL, A.; AMES, L. B. The development of handedness. **The Pedagogical seminary and journal of genetic psychology**, [S. l.], v. 70, n. 2, p. 155-175, 1947.
- ¹¹ FRANKENBURG, W. K. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. **Pediatrics**, [S. l.], v. 90, p. 477-479, 1992.
- ¹² BAYLEY, N. Bayley scales of infant development. **San Antonio: The Psychological Corporation**, [S. l.], 1969.
- ¹³ PIPER, M. C.; DARRAH, J. M. Motor assessment of the developing infant. **Alberta: WB Saunders**, [S. l.], 1994.

Asma na atenção primária

Giulia Saraiva Jordão
Joseane Marques Fernandes

1. Definição

A asma é uma doença heterogênea que, geralmente, está associada à inflamação crônica e à hiperresponsividade das vias aéreas.

2. Introdução

A asma é uma doença comum da infância, mas pode-se desenvolver em qualquer idade. É resultado de uma complexa interação entre fatores ambientais e genéticos. É uma doença respiratória que apresenta sintomatologia variável, que, frequentemente, está associada a fatores desencadeantes como exercício físico, exposição a irritantes e alérgenos, infecções respiratórias e mudança climática.

Na asma, podem ser identificados diversos fenótipos clínicos, entre os mais comuns estão:

- **Asma alérgica:** é o fenótipo mais frequente. É comum iniciar-se durante a infância e relaciona-se com história passada ou familiar de atopia. Antes do início do tratamento nesses pacientes, costuma-se realizar o exame do escarro induzido, que pode revelar inflamação eosinofílica das vias aéreas. Os pacientes com fenótipo de asma alérgica geralmente têm resposta eficaz ao tratamento com corticosteroides inalatórios.
- **Asma não alérgica:** não está associada à alergia. Nesses pacientes, o exame do escarro induzido pode apresentar perfil celular neutrofílico, eosinofílico ou paucigranulocítico. Além disso, é frequente obter menor resposta ao tratamento em curto prazo com corticosteroides inalatórios.

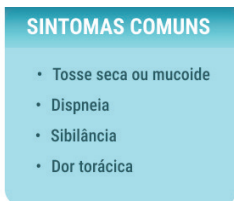
3. Quadro Clínico

A asma pode ter sintomatologia variada e subjetiva.

Habitualmente, os sintomas aparecem após exposição de fatores desencadeantes:



Os sintomas são episódicos e podem ser resolvidos com a remoção do fator desencadeante ou com o tratamento. Os pacientes costumam apresentar mais de um sintoma concomitante e, geralmente, pioram à noite ou ao amanhecer.



4. Diagnóstico

Pode ser estruturado em algumas etapas:

- **Anamnese:**

Identifica um padrão característico de sintomas respiratórios como dispneia, sibilos, tosse e aperto no peito. É importante atentar para esse padrão respiratório, pois, muitas vezes, os sintomas da asma são inespecíficos, dificultando a distinção com outras doenças respiratórias.

Ademais, é relevante indagar sobre história pessoal ou familiar de alergias, rinite alérgica, eczema e asma, assim como colher aspectos relacionados à moradia, à exposição à poeira domiciliar ou ocupacional ou exposições ambientais, como queima de biomassa, ácaros, alérgenos de barata, pelo de animais e materiais de limpeza.

- **Exame físico:**

Pode ser encontrada, durante a ausculta pulmonar, a presença de sibilos expiratórios; porém, este achado é inespecífico, pois os sibilos podem estar ausentes na asma, principalmente nas exacerbações graves em que o fluxo aéreo está, severamente, reduzido, ou apenas audíveis na expiração forçada. É importante frisar que sibilos inspiratórios e crepitações não são comuns na asma.

Em pacientes com fenótipo alérgico, podem-se evidenciar, na inspeção das fossas nasais, palidez e edema de membranas, além de polipose.

Portanto, de maneira geral, o exame físico no paciente asmático costuma ser normal.

- **Exames laboratoriais:**

A avaliação laboratorial é focada nos testes de função pulmonar, que são de extrema importância, pois servem para documentar a limitação variável do fluxo aéreo expiratório. Pode ser indicado o exame da espirometria ou o pico de fluxo expiratório.

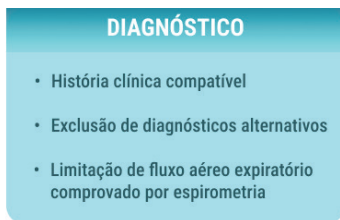
O exame da espirometria avalia o volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) e a capacidade vital forçada (CVF). Inicialmente, avalia-se a relação VEF1/CVF. Se houver redução inferior a 0,70-0,80 do previsto em adultos e inferior a 0,90 do previsto em crianças, é confirmado um padrão obstrutivo.

Após o exame confirmar um defeito obstrutivo, deve-se avaliar a variação da limitação do fluxo aéreo por meio da variação do VEF1 ou do pico de fluxo expiratório (PFE) após administração de broncodilatador inalatório de ação curta.

Adultos com sintomas respiratórios típicos de asma com aumento de pelo menos 12% e maior do que 200mL da linha de base do VEF1 pré-broncodilatador ou alteração do PFE de no mínimo 20% são compatíveis com asma.

Entretanto, é relevante ressaltar que nem todo paciente asmático tem a espirometria anormal, e a presença de uma resposta broncodilatadora, isoladamente, não é suficiente para fazer o diagnóstico de asma, pois esta pode ser observada em outras condições como DPOC, fibrose cística, bronquiolite, entre outros.

Ademais, a limitação variável do fluxo aéreo expiratório deve ser documentada antes do início do tratamento, pois a variabilidade tende a diminuir, conforme a função pulmonar for melhorando.



5. Conduta

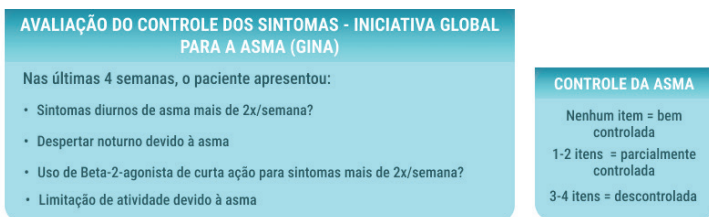
O tratamento da asma tem intuito de controlar os sintomas e reduzir o risco de exacerbações. Além disso, é importante educar o paciente, controlar os fatores desencadeantes, monitorizar os sintomas e a função pulmonar, além do tratamento farmacológico.

Na atenção primária, é possível deparar-se com duas situações, o paciente que tem diagnóstico de asma, mas ainda não faz tratamento adequado e o paciente que chega com exacerbação e precisa de manejo rápido e eficaz.

1. Paciente que não faz tratamento adequado

Nesses casos, inicialmente, deve ser feita a avaliação do controle da asma do paciente, ou seja, controle dos sintomas e do risco futuro de resultados adversos. Devem ser indagados:

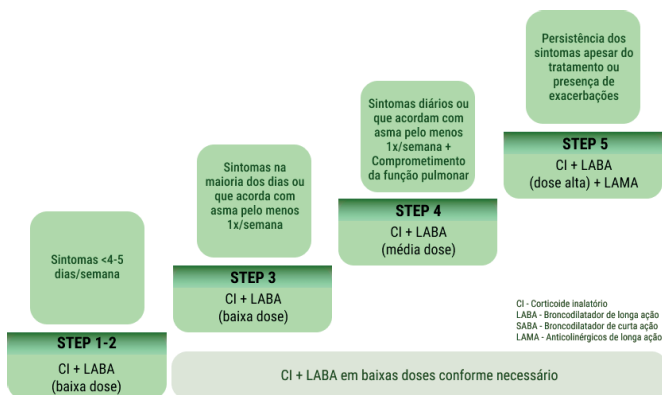
- adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico;
- técnica de inalação da medicação;
- comorbidades associadas;
- fatores de risco para exacerbações;
- efeitos colaterais.



A seguir, iremos adotar o Global Initiative for Asthma (GINA) 2022 como referência para o tratamento farmacológico e não farmacológico de adultos e adolescentes:

O GINA 2022 recomenda duas opções de tratamento inicial:

OPÇÃO 1: é a mais indicada.



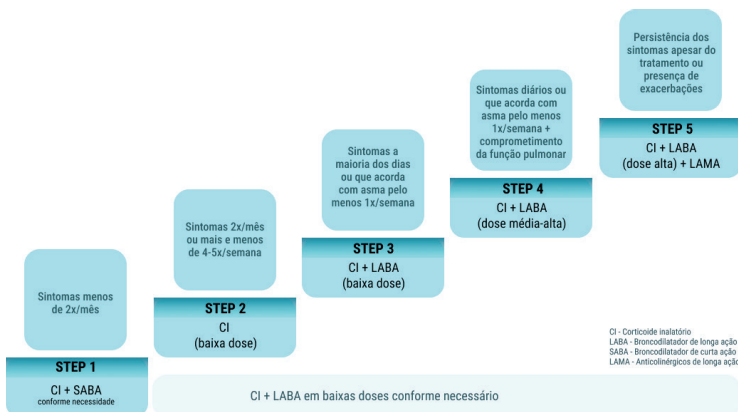
(TABELA – GINA 2022 ADAPTADA)

- **“STEPS 1-2”:** na presença de sintomas em menos de 4-5 dias por semana, recomenda-se uso de corticoide inalatório (budesonida ou beclometasona) e baixas doses de broncodilatador de longa ação (LABA) - formoterol, conforme necessidade do paciente.
- **“STEP 3”:** na presença de sintomas na maioria dos dias ou que acordam com asma pelo menos uma vez por semana, recomenda-se o uso de corticoide

inalatório de manutenção (budesonida ou beclometasona) e LABA (formoterol) em baixas doses.

- “**STEP 4**”: na presença de sintomas diários ou que acordam com asma pelo menos uma vez por semana, além de comprometimento da função pulmonar, recomenda-se uso de corticoide inalatório (budesonida ou beclometasona) e dose de manutenção média de LABA (formoterol).
- “**STEP 5**”: quando os sintomas persistirem, apesar de adesão medicamentosa ou na presença de exacerbações, sugere-se adicionar o uso de anticolinérgicos de longa ação (LAMA) como o brometo de tiotrópio e considerar altas doses de manutenção de corticoide inalatório e LABA. É benéfico encaminhar esses pacientes para um especialista para avaliação de fenotipagem e exames específicos.

OPÇÃO 02: é alternativa.



(TABELA – GINA 2022 ADAPTADA)

- “**STEP 1**”: na presença de sintomas menos de duas vezes por mês, recomenda-se o uso de corticoide inalatório (budesonida ou beclometasona) e broncodilatador de curta ação (SABA) como o salbutamol, conforme a necessidade do paciente.

- **“STEP 2”**: na presença de sintomas duas vezes por mês ou mais, porém, menos de 4-5 vezes por semana, recomenda-se o uso de baixa dose de manutenção de corticoide inalatório (beclometasona).
- **“STEP 3”**: na presença de sintomas a maioria dos dias ou que acorda com asma, pelo menos, uma vez por semana, recomenda-se uso de baixa dose de manutenção de corticoide inalatório (beclometasona ou budesonida) e broncodilatador de longa ação (LABA), como o formoterol.
- **“STEP 4”**: na presença de sintomas diários ou que acorda com asma, pelo menos, uma vez por semana, além de comprometimento da função pulmonar, recomenda-se uso de média-alta dose de manutenção de corticoide inalatório (budesonida ou beclometasona) e LABA (formoterol).
- **“STEP” 5**: quando os sintomas persistirem, apesar de adesão medicamentosa ou na presença de exacerbações, recomenda-se adicionar o uso de anticolinérgicos de longa ação (LAMA), como o brometo de tiotrópio. Além de considerar altas doses de manutenção de corticoide inalatório e broncodilatador, é benéfico encaminhar esses pacientes para um especialista para avaliação de fenotipagem e exames específicos.

6. Tratamento não farmacológico

- Cessar tabagismo (ativo ou passivo).
- Atividade física com uso regular de medicação.
- Identificar e eliminar fatores desencadeantes de crises.
- Redução de peso.
- Dieta balanceada, rica em frutas e vegetais.

2. Paciente com exacerbação

A exacerbação é a piora aguda ou subaguda dos sintomas e da função respiratória, comparados ao status usual do paciente. Tem início gradual ou pode ter evolução rápida, com aumento progressivo de sintomas como dispneia, tosse, sibilos e pressão torácica, além da diminuição da função pulmonar. É considerada uma emergência médica.

Na atenção primária, é importante seguir os seguintes passos:

- Reconhecimento precoce da exacerbação.
- Certificar-se de que é asma.
- Identificar fatores de risco.
- Avaliar gravidade da exacerbação.

De acordo com a classificação da gravidade da exacerbação, é possível indicar o local e o tratamento adequado:

- **Exacerbação leve-moderada:** paciente consegue pronunciar frases, mas prefere ficar sentado a ficar deitado. A frequência respiratória costuma estar aumentada, mas não utiliza musculatura acessória. FC entre 100-120bpm; SpO₂: 90-95%; PFE > 50% previsto.

TRATAMENTO

- SABA - Salbutamol 4-10 puffs, repetir a cada 20 minutos durante 1 hora
- Prednisolona 40-50mg (1mg/kg; máximo 40mg na criança)
- Manter O₂ controlado - SatO₂ 93-95%

- **Exacerbação grave:** paciente consegue pronunciar apenas palavras, senta-se inclinado para frente e fica agitado, frequência respiratória maior do que 30irpm,
- e utilizar musculatura acessória. FC>120bpm; SpO₂ <90%; PFE< ou igual 50% previsto.

TRATAMENTO

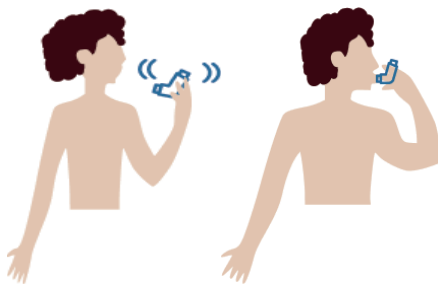
- Transferir imediatamente para unidade de emergência
- Enquanto espera a transferência, deve-se utilizar SABA + brometo de ipratrópio inalatórios
- Corticoide sistêmico
- Oxigenioterapia

USO CORRETO DE DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

É de extrema importância que o profissional da área da saúde saiba como manusear, corretamente, os dispositivos inalatórios, para que possa verificar se os pacientes estão fazendo da forma adequada e corrigi-los caso necessário.

I. Spray inalatório/"bombinha":

- 1) retire a tampa do dispositivo;
- 2) balance o dispositivo;
- 3) faça uma expiração profunda, até sentir que todo o ar presente na boca e pulmões foi expelido;
- 4) posicione a bombinha da maneira correta, em formato de "L";
- 5) coloque o inalador na boca, cerrando os lábios em volta do bocal;
- 6) faça uma inspiração profunda ao mesmo tempo em que pressiona o spray;
- 7) prenda a respiração por 5-10 segundos e respire lentamente;
- 8) enxague a boca ou escove os dentes.



É importante ressaltar que o paciente deve fazer uma inalação por vez, esperando cerca de 1 minuto entre elas.

II. Spray com espaçador”:

- 1) acople a bombinha no espaçador;
- 2) coloque o espaçador na boca e expire nele;
- 3) pressione a parte superior do inalador para pulverizar um sopro no espaçador;
- 4) faça uma inspiração profunda e prenda a respiração por 5 segundos;
- 5) expire no espaçador;
- 6) repita os passos 1-5 até completar o total de “puffs” que foram prescritos;
- 7) enxague a boca ou escove os dentes.

III. Instruções de limpeza do dispositivo:

A limpeza deve ser feita, pelo menos, a cada 3 dias, após o início do seu uso, de acordo com os seguintes passos:

- 1) remova a tampa protetora e o frasco metálico;
- 2) lave o dispositivo com água morna por um minuto em ambos os lados, na parte inferior e superior do corpo do dispositivo de plástico;
- 3) bata, cuidadosamente, contra uma superfície dura, para remover a água que permanecer no interior;
- 4) seque, completamente, dentro e fora do dispositivo;
- 5) deixe o dispositivo sem o recipiente metálico e a tampa de proteção por 8 a 12 horas;
- 6) coloque de volta o recipiente metálico e a tampa de proteção no dispositivo de plástico;
- 7) certifique-se de que o dispositivo está completamente seco antes de usá-lo.

REFERÊNCIAS

- ¹GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. Disponível em: <ginasthma.org>. Acesso em: [data de acesso]. Fontana, WI, EUA, 2022.
- ²FANTA, Christopher H. **An overview of asthma treatment.** UpToDate, 2022. Disponível em: <http://www.uptodate.com/online>.
- ³FANTA, Christopher H. **An overview of asthma treatment.** UpToDate, 2022. Disponível em: <http://www.uptodate.com/online>.

Arboviroses

Paula Soares Machado
Bruno Benevides
Ana Amélia Reis Jereissati

1. Introdução

A disseminação do mosquito *Aedes aegypti* pelas áreas urbanas, associada aos períodos quentes e chuvosos, acarretou o aumento dos casos de arboviroses, doenças que costumam apresentar sintomatologia semelhante, provocando infecções agudas e autolimitadas sem tratamento específico. Devido à sua epidemiologia e impacto na saúde pública, são de suma importância o reconhecimento, a notificação, a prevenção e o tratamento eficaz dessas doenças.

2. Definição

As arboviroses são doenças causadas por vírus chamados de arbovírus, destacando-se entre eles os da dengue, chikungunya e zika, transmitidos, principalmente, pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. O vetor põe seus ovos em ambientes, preferencialmente, de água parada, que eclodem em cerca de sete dias, dando origem a um novo mosquito, justificando o aumento de casos durante os períodos chuvosos. Em casos raros de chikungunya, a transmissão vertical pode ocorrer quase, exclusivamente, no intraparto de gestantes virêmicas e via transfusional. Outras formas de transmissão da zika são transmissão vertical (da mãe para o filho, intrauterina), a transmissão por meio de transfusão de hemoderivados e por relação sexual.

Quadro clínico

O quadro clínico das arboviroses costuma ser semelhante, apresentando algumas peculiaridades entre si.

Em relação à dengue, a infecção pode ser assintomática ou sintomática. Quando apresenta sintomatologia, tem um amplo espectro clínico, desde formas oligossintomáticas até formas graves, podendo ser subdividida em três fases clínicas.

A primeira fase seria a febril, consistindo em uma febre alta (39 °C-40 °C), com duração de dois a sete dias, associada à cefaleia, adinamia, mialgia, artralgia e dor retro orbitária. Em 50% dos pacientes, há presença do exantema máculo-papular, atingindo face, tronco e membros de forma aditiva. Após essa fase, os pacientes costumam evoluir para a cura.

A fase crítica costuma acontecer com a diminuição da febre entre o terceiro e o sétimo dia de doença e o aparecimento dos sinais de alarme. Os sinais de alarme na dengue consistem em dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico), hipotensão postural e/ou lipotimia, hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosa, letargia e/ou irritabilidade e aumento progressivo do hematócrito. Tais sinais devem ser, rotineiramente, pesquisados e valorizados.

A dengue grave pode manifestar-se por meio do choque, desconforto respiratório, sangramento grave ou sinais de disfunção orgânica. Por fim, existe a fase de recuperação.

O quadro clínico da chikungunya, assim como o da dengue, pode variar entre assintomático e sintomático. Quando sintomático, pode variar em fase aguda ou febril, caracterizada por uma febre de início súbito, intensa poliartralgia, geralmente dores nas costas, rash cutâneo, cefaléia e fadiga, com duração média de sete dias.

A fase subaguda consiste no desaparecimento da febre, persistência ou agravamento da poliartralgia, podendo haver astenia, exantema e prurido. Na fase crônica, o paciente apresenta persistência dos sintomas, principalmente os articulares, musculoesqueléticos e neuropáticos.

Por fim, o quadro clínico da zika é, majoritariamente, assintomático, entre os pacientes que apresentam sintomas, os principais são cefaleia, febre baixa, artralgia, exantema, prurido e hiperemia ocular. Outros sintomas menos frequentes são edema, odinofagia, tosse e vômitos. Geralmente, há um curso benigno e autolimitado, evoluindo com o desaparecimento dos sintomas em até sete dias. Em casos raros, o paciente pode apresentar Síndrome de Guillain-Barré após uma infecção por zika vírus, consistindo em um distúrbio nervoso que pode causar parestesia e paresia dos membros. Especialmente relacionado

ao vírus da zika, existe uma relação intrínseca com malformações congênitas, principalmente a microcefalia, a qual apresentou um aumento significativo de casos, após surtos da doença no País, sendo possível a documentação de um nexos temporal e espacial entre as duas condições. Além da detecção do RNA viral pela técnica de PCR para zika em líquido amniótico, placenta, sangue do cordão umbilical e tecido cerebral.

3. Exame físico

Durante o exame físico do paciente com arbovirose, é importante a aferição dos sinais vitais: temperatura, qualidade de pulso, frequência cardíaca, pressão arterial, pressão de pulso e frequência respiratória em que o paciente pode apresentar febre (paciente com dengue ou chikungunya costuma apresentar temperaturas mais elevadas que pacientes com zika), elevação da frequência cardíaca e respiratória. Na pele, o paciente pode apresentar exantemas maculopapulares ou petéquias, devendo-se buscar sinais de manifestações hemorrágicas espontâneas ou provocadas, como é o caso da prova do laço, que consiste em se fazer a medição da pressão arterial, insuflando o manguito do aferidor de pressão até o valor médio entre a pressão máxima e a mínima. Em seguida, desenha-se um quadrado no antebraço da pessoa. O resultado do teste é considerado positivo se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças, realizado como exame de triagem para essas doenças e utilizado para verificar a fragilidade capilar. Outro ponto relevante é a avaliação do estado hemodinâmico e da hidratação.

Especialmente em pacientes com dengue, é essencial pesquisar os sinais de alarme, de choque, desconforto respiratório, sangramentos e disfunção de órgãos alvo, casos encontrados, o paciente deve ser encaminhado a um serviço especializado. Já no exame físico dos pacientes com chikungunya, podem ser observados lesões de pele, como dermatite esfoliativa, lesões vesiculobolhosas, hiperpigmentação, fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso e úlceras orais, além de edema em articulações e prurido. Além de poliartralgia, geralmente bilateral e simétrica. O exame neurológico pode estar alterado no paciente com chikungunya, apresentando irritabilidade, sonolência ou déficit de

força. Sinais de dispneia, dor torácica e instabilidade hemodinâmica também podem estar presentes.

4. Diagnóstico

Em relação à dengue, o diagnóstico é feito pela associação de dados da anamnese e exame físico. A confirmação laboratorial ocorre por meio de alguns métodos, entre eles detecção de antígenos virais: NS1, isolamento viral, RT-PCR e imunohistoquímica, que devem ser solicitados até o quinto dia do início dos sintomas. Outros métodos possíveis são as sorologias (anticorpos da classe IgG e IgM), as quais devem ser solicitadas a partir do sexto dia do início dos sintomas. Exames inespecíficos que podem ajudar no diagnóstico são hemograma completo, coagulograma e dosagem de albumina sérica. Os principais diagnósticos diferenciais da dengue são feitos com síndromes clínicas, sendo elas síndromes febris, hemorrágicas febris, exantemáticas febris, dolorosas abdominais e síndrome meníngea.

Sobre o vírus da chikungunya, o diagnóstico específico pode ser feito de forma direta, por meio do isolamento viral e da pesquisa de RNA viral, estando disponíveis as técnicas RT-PCR e qRTC-PCR ou de forma indireta por intermédio da pesquisa de anticorpos específicos, utilizando as técnicas EnzymeLinked Immunosorbent Assay (ELISA) e o teste imunocromatográfico do tipo Point-of-Care (POC), nas quais o anticorpo IgM pode ser detectado a partir do segundo dia de sintomas e o IgG a partir do sexto. Os possíveis diagnósticos diferenciais para a chikungunya são malária, febre reumática, leptospirose, artrite séptica, zika e mayaro.

Para confirmação da infecção pelo vírus da zika, o paciente precisa apresentar um caso suspeito, que consiste na presença de exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre, hiperemia conjuntival sem secreção e prurido, poliartralgia e edema periarticular, associado a uma confirmação laboratorial por meio de algum dos seguintes testes: isolamento viral, isolamento viral, detecção de RNA viral por reação da transcriptase reversa (RT-PCR) ou sorologia IgM. Alguns achados inespecíficos também são relatados, como discretas a moderadas leucopenia e trombocitopenia, ligeira elevação da dosagem de desidrogenase

láctica sérica, gama glutamiltransferase e de marcadores de atividade inflamatória (proteína, fibrinogênio e ferritina). Em relação às malformações congênitas, fetos que apresentem, pelo menos, um dos seguintes critérios referentes às alterações do sistema nervoso central, identificadas em exame ultrassonográfico: presença de calcificações cerebrais e/ou presença de alterações ventriculares e/ou pelo menos dois dos seguintes sinais de alterações de fossa posterior: hipoplasia cerebelar, hipoplasia do vermis cerebelar, alargamento da fossa posterior maior que 10mm e agenesia/hipoplasia de corpo caloso, devem ser, obrigatoriamente, notificados.

5. Conduta

O manejo dos pacientes com dengue está relacionado com sua classificação de risco. Pacientes classe A são aqueles em que há um caso suspeito de dengue, ausência de sinais de alarme e ausência de comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais, sendo conduzidos da seguinte forma: solicitação de exames laboratoriais complementares a critério médico, prescrição de paracetamol e/ou dipirona, proscrito uso de salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides, orientação de repouso, dieta e hidratação oral. Pacientes da classe B são aqueles em que há caso suspeito de dengue, ausência de sinais de alarme, sangramento espontâneo de pele (petéquias) ou induzido (prova do laço positiva), condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades (lactentes – menores de 2 anos –, gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc), doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpuras), doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças autoimunes). Tais pacientes devem ser conduzidos, solicitando-se hemograma completo, obrigatório para todos, avaliar hemoconcentração, permanecer em observação por 48 horas até reavaliação dos exames, prescrever hidratação oral, paracetamol e/ou dipirona, caso o hematócrito esteja normal, paciente segue em tratamento ambulatorial com reavaliação diária. Pacientes classe C são aqueles em que há um caso suspeito de dengue associado a um sinal de alarme. Devem ser conduzidos da seguinte forma: reposição volêmica,

realização de um hemograma completo, albumina sérica e transaminases, solicitar exame de imagem (Rx de tórax e USG abdominal), além de sorologia para dengue, prescrição de paracetamol e/ou dipirona, permanecendo em internação hospitalar até estabilização e critério de alta por no mínimo 48 horas. Pacientes da classe D consistem em pacientes com caso suspeitos de dengue associado à presença de sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos. Tais indivíduos devem ser conduzidos da mesma forma que os pacientes da classe C, corrigindo as alterações individualmente, mantendo o paciente internado.

No caso da chikungunya, o tratamento consiste em suporte sintomático, hidratação e repouso. Um tópico importante na conduta consiste no manejo da dor, podendo ser utilizado, dependendo da intensidade, anti-inflamatórios não esteroides (exceto na fase aguda, na qual não devem ser prescritos), opioides, anticonvulsivantes e antidepressivos tricíclicos. Caso o paciente apresente-se sem sinais de gravidade, sem critério de internação e/ou condições de risco, o acompanhamento é realizado, ambulatorialmente, com hidratação oral, avaliação do hemograma e prescrição de sintomáticos. Pacientes de grupo de risco devem ser manejados ambulatorialmente em observação, avaliando-se hemograma, eletrólitos, transaminases e escalando a dor. Pacientes com sinais de gravidade e/ou critério de internação devem ser internados, sendo obrigatória a solicitação da sorologia ou isolamento viral, hemograma completo, função hepática, função renal e eletrólitos. Conduta clínica deve ser hidratação oral, sintomáticos e correção dos distúrbios.

O manejo da zika consiste, assim como o da chikungunya, em suporte sintomático, hidratação e repouso. AINES devem ser evitados até que seja descartado o diagnóstico de dengue, paracetamol e dipirona podem ser utilizados para controle da febre e dor, anti-histamínicos para o controle do prurido. A conduta em relação à microcefalia depende da idade gestacional e do perímetro cefálico do feto. A Síndrome de Guillain-Barré, devido à natureza autoimune da doença, o tratamento na fase aguda consiste em imunoterapia, como plasmáfereze ou aplicação de imunoglobulina humana.

REFERÊNCIAS

- ¹BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 5. ed. **Brasília**: Ministério da Saúde, [S. l.], 58 p, 2016.
- ²BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa – Assunto: Procedimentos a serem adotados para a vigilância da Febre do vírus Zika no Brasil. **Brasília**, 2016.
- ³BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. **Brasília**, 2015.
- ⁴BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya: manejo clínico. **Brasília**: Ministério da Saúde, 2017. 65 p. ISBN 978-85-334-2494-4.
- ⁵WU, P.; YU, X.; WANG, P.; CHENG, G. Arbovirus lifecycle in mosquito: acquisition, propagation and transmission. **Expert Rev Mol Med**, [S. l.] 2019 .

Abordagem das úlceras genitais na atenção primária

Luana Notini Arcanjo
Luan Victor Almeida Lima

1. INTRODUÇÃO

As úlceras genitais representam uma síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que podem manifestar-se com lesão ulcerativa erosiva, precedida ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhada ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.

Este capítulo propõe-se a abranger as úlceras genitais resultantes de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Entre elas, estão o *Treponema pallidum* (Sífilis primária e secundária); HSV-1 e HSV- 2 (Herpes perioral e genital, respectivamente); *Haemophilus ducreyi* (Cancroide); *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3 (Linfogranuloma venéreo) e *Klebsiella granulomatis* (Donovanose).

Esses agentes podem ser encontrados isoladamente ou em associação em uma mesma lesão, como *Treponema pallidum* e HSV- 2. A prevalência dos agentes etiológicos sofre influência de fatores geográficos, socioeconômicos, gênero, número de parceiras sexuais, uso de drogas, entre outros.

É importante ressaltar que o diagnóstico e o tratamento imediato dessas lesões constituem uma medida de prevenção e controle da epidemia de HIV.

2. SÍFILIS

Doença crônica transmitida pelo contato sexual, seja genital, anal ou oral, ou, ainda, por transmissão vertical. Tem como agente etiológico uma bactéria gram-negativa, o *Treponema pallidum*, em que o contágio pode ser direto, quase sempre genital e, mais raramente, cutâneo e bucal. A sífilis pode ser classificada, clinicamente, em sífilis primária, secundária, terciária e a fase de latência.

2.1 SÍFILIS PRIMÁRIA

Após um período de incubação de 10 a 90 dias (média de três semanas do contato sexual), surge a lesão primária, mais conhecida como cancro duro, que é caracterizada como úlcera única e indolor com fundo limpo e base rasa, com bordas elevadas e endurecidas, ocorrendo no local de entrada do *T. pallidum*. A presença de linfonodos de maior volume, indolores e unilaterais na região inguinal é frequente. O cancro duro desaparece sem deixar cicatrizes, com ou sem tratamento, em aproximadamente três a oito semanas.



Fonte: Tratado de infectologia Veronesi - Focaccia; Dermatology Atlas

2.2 SÍFILIS SECUNDÁRIA



As lesões da sífilis secundária surgem, em média, quatro a oito semanas após o aparecimento do cancro duro. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; eritema palmo-plantares; placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano); alopecia em clareira e madarose. As lesões regridem espontaneamente.



Lesão sífilis secundária. Fonte: Dermatology Atlas

2.3 DIAGNÓSTICO

- **Microscopia em campo escuro**

Permite a visualização de espiroquetas. Feita por meio da coleta de amostras obtidas de lesões primárias e secundárias de sífilis.

- **Testes não treponêmicos**

Entre eles, estão o venereal diseases research laboratories (VDRL), sendo esse o mais utilizado e o rapid plasma reagin (RPR). Eles podem ser utilizados como exames para diagnóstico e seguimento. Positividade após a segunda semana do aparecimento do cancro duro, atingindo os seus maiores níveis na segunda fase da doença. Títulos menores ou iguais a 1:8 com histórico de tratamento adequado e sem sinais de infecção, indica memória sorológica.

- **Testes treponêmicos:**

Entre eles, os principais são o fluorescent treponemal antigen – absorption (FTA - ABS) e o enzyme-linked immunosorbent assay – ensaio de imunoabsorção enzimática (ELISA). São provas sorológicas que indicam se o paciente já teve contato com o treponema. Positividade com 15 dias após a infecção.

Testes rápidos disponibilizados pelo Ministério da Saúde são práticos e seguros, fornecendo resultado em até 30 minutos, sendo possível suporte diagnóstico e tratamento adequado logo na primeira consulta.

2.4 TRATAMENTO

<u>ESTADIAMENTO</u>	<u>ESQUEMA TERAPÊUTICO</u>	<u>ALTERNATIVA (EXCETO PARA GESTANTES)</u>	<u>SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)</u>
Sífilis recente: primária, secundária e latente recente (com até 1 ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Trimestral. Em gestantes, o controle deve ser mensal.
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Trimestral. Em gestantes, o controle deve ser mensal.
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/ cristalina 18-24 milhões UI/ dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4h ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV ao dia, por 10- 14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: Adaptado DCCI/SVS/MS 2020

3. VÍRUS DO HERPES SIMPLES TIPO 1 E 2

Pertencente à família Herpes viridae, pode ser associado a lesões de mucosas e pele ao redor da cavidade oral (HSV-1) e da genitália (HSV-2).

A primoinfecção tem um período médio de incubação de seis a oito dias, e o paciente pode apresentar sinais prodrômicos como prurido, dor no local de surgimento das lesões, parestesia e hipersensibilidade. As lesões sucedem os sinais prodrômicos em até cinco dias e podem ser caracterizadas, inicialmente, como pápulas eritematosas de um a três milímetros de diâmetro, que evolui para formação de vesículas agrupadas sobre base eritematosa e conteúdo

citrico. Posteriormente, as vesículas se rompem e formam lesões ulceradas, dolorosas seguidas da formação de crostas sero-hemáticas que regridem, espontaneamente, de sete a dez dias sem deixar cicatrizes no local. Pacientes podem apresentar, também, sintomas, como febre, mialgia e disúria, com ou sem retenção urinária, que pode ser acompanhada de corrimento uretral. Além disso, pode apresentar aumento dos linfonodos inguinais na segunda semana de infecção em até 50% dos casos.

Com a infecção, o vírus é transportado para os gânglios sensitivos, onde irá entrar em latência, sendo reativado espontaneamente ou por fatores, como exposição à radiação ultravioleta, às infecções, à antibioticoterapia prolongada, à imunodeficiência ou ao estresse físico ou ao emocional. É comum o surgimento de novos episódios nos primeiros 12 meses, devido à reativação viral.

O vírus pode ser transmitido até a reepitelização completa de todas as lesões.



Herpes simples recorrente. Fonte: Dermatologia Azulay

3.1 DIAGNÓSTICO

Principalmente clínico; no entanto, podem-se utilizar exames como citologia de Tzanck, testes sorológicos e culturas.

3.2 TRATAMENTO

- **Primeiro episódio**
 - Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias OU aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7-10 dias.
 - Importante iniciar o tratamento o mais precocemente possível.

- O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta mesmo com 10 dias de terapia com aciclovir.
- **Recidiva**
 - Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias OU aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias.
 - Iniciar o tratamento no período prodromico.
- **Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ ano)**
 - Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por até seis meses, podendo o tratamento ser prolongado por até 2 anos.
 - Fazer associado à avaliação periódica de função renal e hepática.
- **Herpes genital em imunossuprimidos**
 - Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/ kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica.
- O tratamento com antivirais é eficaz para redução da intensidade e duração dos episódios, quando realizado precocemente.
- Tratamento local: compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões.
- Recomenda-se retorno em uma semana para reavaliação.
- A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados.

4. CANCROIDE

Também denominado de cancro mole, cancro venéreo ou cancro de Ducrey, o cancroide apresenta, como agente etiológico, o cocobacilo gram-negativo *Haemophilus ducreyi*, sendo uma afecção de transmissão exclusivamente sexual. O período de incubação dura em torno de três a cinco dias, podendo chegar até duas semanas.

As lesões são caracterizadas por úlceras genitais ou perianais muito dolorosas, geralmente múltiplas e com lesões satélites devido ao mecanismo de autoinoculação. Apresenta bordas irregulares, contornos eritemato-edematosos e fundo sujo, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido,

apresentando tecido de granulação friável quando removido. A cicatrização pode ser desfigurante.



As localizações mais comuns são o frênulo do pênis e sulco balanoprepucial no homem e, na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Em 30% a 50% dos casos, após o aparecimento da lesão, ocorre adenopatia inguinal inflamatória (bubão inguinal), que costuma ser unilateral em $\frac{2}{3}$ dos casos, mais comum nos homens, devido à anatomia da drenagem linfática. Inicialmente, há adenomegalia dolorosa, que evolui para flutuação e fistulização por um orifício único.

Cancro mole. Fonte: Tratado de Infectologia Veronesi - Focaccia



Cancro mole. Fonte: Dermatologia Azulay.



Cancro mole com bubão. Fonte: Dermatologia Azulay.

4.1 DIAGNÓSTICO

Bacterioscopia com coloração de gram por meio do material da punção do bubão ou raspado das bordas da lesão, com a visualização do estreptobacilos em configuração de “cardume de peixe”.

4.2 TRATAMENTO

- **Primeira opção**

- Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.

- **Tratamento alternativo**

- Ceftriaxona 250mg, IM, dose única OU Ciprofloxacino 500mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 3 dias (contraindicado para gestantes, lactantes e crianças).
- Aspiração com agulha de grosso calibre dos gânglios linfáticos comprometidos para alívio dos linfonodos tensos e com flutuação pode ser indicada.
- O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene.
- É fundamental o tratamento das parcerias sexuais, devido à possibilidade de existirem portadores assintomáticos.
- Retorno de 3 a 7 dias após o início da terapia. Período que deve ter uma melhora dos sintomas e da lesão.

5. LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)

Causado pela bactéria gram-negativa, *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2, e L3. Seu período de incubação varia de 3 a 30 dias, e a evolução da doença é dividida em três estágios clínicos: inoculação, disseminação linfática regional e sequela.

- **Lesão de inoculação:**

Lesão, inicialmente indolor, caracterizada por pápula, pústula ou exulceração, que desaparece sem deixar sequelas em até 7 dias. Geralmente, passa despercebida pelo paciente ou pelo profissional de

saúde. No homem, aparece com mais frequência no sulco coronal, frênulo e prepúcio; na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino e fúrcula.

- **Disseminação linfática regional**

Desenvolve-se entre uma e seis semanas após a infecção, sendo caracterizada pela disseminação do agente etiológico pela circulação linfática. No homem, apresenta uma linfadenopatia inguinal unilateral dolorosa e, na mulher, o acometimento dos linfonodos depende do local da inoculação. Apresenta sintomas gerais como febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia e sudorese noturna. A adenopatia evolui com a formação de uma massa palpável com sinais de flogose e, em cerca de $\frac{2}{3}$ dos casos, ocorre drenagem de material purulento e espesso. Quando esta ocorre por orifícios múltiplos, tem o nome de “sinal do bico de regador”.

- **Sequelas:**

Surgimento de complicações pela persistência ou disseminação progressiva da *C. trachomatis* nos tecidos. A obstrução linfática crônica leva à elefantíase genital, e as manifestações na região anal podem levar à proctite e proctolite hemorrágica. Podem ocorrer fístulas retais, vaginais, vesicais e estenose retal.



LGV. Fonte: Tratado de Infectologia Veronesi - Focaccia

5.1 DIAGNÓSTICO

Na maioria das vezes, não são necessários exames complementares, sendo um diagnóstico clínico em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital, estenose uretral ou retal. No entanto, podem-se utilizar testes como imunofluorescência indireta, cultura e Reação em Cadeia Polimerase (PCR).

5.2 TRATAMENTO

- **Tratamento de escolha:**

- Doxiciclina 100mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia, por 21 dias.
Atenção: Medicação contraindicada para gestantes e lactantes.

- **Tratamento alternativo:**

- Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 dias.
- Tratamento de escolha para gestantes.
- Tratar parcerias sexuais
- Se sintomáticos: tratamento realizado com os mesmos medicamentos do caso- índice
- Se assintomáticos: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias.
- A terapia pode ser necessária até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.
- Pode ser recomendada a drenagem dos bubões para evitar sequelas.

6. DONOVANOSE

Doença crônica progressiva, pouco contagiosa, sexualmente transmissível, causada pelo bacilo Gram-negativo *Klebsiella granulomatis*. Apresenta período de incubação que varia de 2 semanas a 1 mês.

Caracterizada como lesões que acometem regiões genitais, perineais e inguinais, com predileção pelas dobras cutâneas ou mucosas. Inicialmente com uma úlcera de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e friável. Posteriormente, a lesão pode tornar-se vegetante ou ulcerovegetante. Podem surgir lesões satélites, geralmente indolores, presentes em bordas cutâneas e/ou mucosas. Não apresenta linfadenopatia associada; no entanto, podem surgir pseudobubões (granulações subcutâneas) na região inguinal, unilaterais.



Donovanose em pênis. Fonte: Tratado de Infectologia Veronesi - Focaccia.



Donovanose em região anal. Fonte: Dermatologia Azulay.

6.1 DIAGNÓSTICO

Realização de uma biópsia das lesões presentes há mais de 4 semanas, sendo possível identificar os corpúsculos de Donovan em esfregaço por meio da coloração de Wright, Giemsa ou Leishman.

6.2 TRATAMENTO

● Tratamento de escolha:

- Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por, pelo menos, 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões.

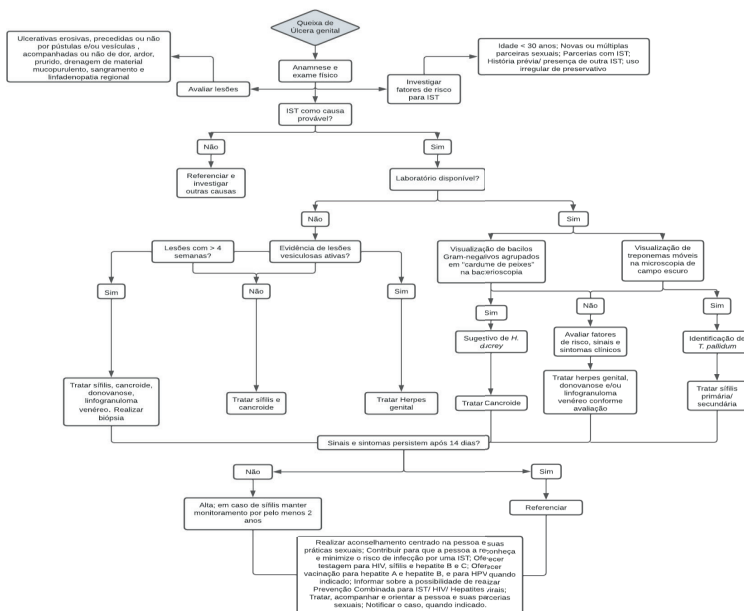
● Tratamento alternativo

- Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por, pelo menos, 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões.
 - Ciprofloxacino 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/dia, por, pelo menos, 21 dias ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750mg),
 - Sulfametoxazol - trimetoprima (400/800mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões
- É recomendada a adição de aminoglicosídeo, como a gentamicina 1 mg/kg/dia, EV, 3x/dia, por, pelo menos, 3 semanas ou até cicatrização

das lesões se não houver resposta evidente após os primeiros dias de tratamento com ciprofloxacino.

- Não é necessário tratar parcerias sexuais, devido à baixa infectividade.
- O critério de cura é baseado no desaparecimento da lesão. Se houver sequelas de destruição tecidual ou obstrução linfática, pode ser considerada uma correção cirúrgica.
- Em pacientes HIV positivos, sugere-se o mesmo esquema terapêutico. Uso parenteral com gentamicina deve ser considerado em casos mais graves.

7. MANEJO DAS ÚLCERAS GENITAIS



Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020.

REFERÊNCIAS

- ¹AZULAY, Rubem David; AZULAY, David Rubem; AZULAY, Luna Abulafia. Dermatologia. 7. ed. **Rio de Janeiro**: Guanabara Koogan, 2017.
- ²BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico]. 5. ed. **Brasília**: Ministério da Saúde, 2022.
- ³BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Brasília**, DF: Ministério da Saúde, 2020.
- ⁴FOCACCIA, Roberto; VERONESI, Ricardo. Tratado de Infectologia. 5. ed. **São Paulo**: Atheneu, 2015.
- ⁵SALOMÃO, Reinaldo. Infectologia: Bases clínicas e tratamento. 1. ed. **Rio de Janeiro**: Guanabara Koogan, 2017.
- ⁶RAMOS, Mauro Cunha et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam úlcera genital. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 30, 2021.

Tuberculose na atenção primária

Flavia Luiza Gama Borges Freire

1. Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença ainda bastante negligenciada por ser mais prevalente em países em desenvolvimento. As dificuldades relacionadas à sua transmissão e o processo infeccioso são explicadas pelas lacunas no acesso a políticas públicas de qualidade no que tange a condições de moradia, educação e serviços de saúde. Isso se justifica pelo fato de as pessoas mais propensas a desenvolver a doença serem aquelas que residem juntas em espaços apertados, como casas com poucos cômodos, instituições como abrigos e presídios, como também pessoas cuja baixa escolaridade e carência de informação não permitem que tomem os cuidados necessários para mitigar a propagação da doença.

No entanto, segundo dados da OMS (2015, p. 3-5), alguns avanços foram feitos: entre 2000 e 2014, 43 milhões de vidas foram salvas devido ao diagnóstico precoce e tratamento adequado; entre 1990 e 2014, houve um declínio de 47% da taxa de mortalidade mundial devido à TB, diminuição de 1/3 nas mortes por TB relacionadas a pessoas com HIV. Apesar disso, 9,6 milhões de pessoas adoeceram, e 1,5 milhão de indivíduos faleceu de TB somente em 2014.

No intuito de erradicar um dia a doença, a OMS lançou, em 2015, um plano de enfrentamento à tuberculose, com o fito de reduzir as mortes por TB em 95%, reduzir a incidência de TB em 90% e os custos familiares com a doença até 0% até o ano de 2035. A estratégia conta com 3 pilares e 4 princípios.

Os pilares do enfrentamento são o cuidado e a prevenção da Tb centrada integralmente no paciente, a utilização dos sistemas de apoio e políticas ousadas e a intensificação das pesquisas e da inovação. Os princípios são gestão e responsabilização do governo, com componentes de monitoramento e avaliação, forte envolvimento das organizações da

sociedade civil e de base comunitária, proteção e promoção dos direitos humanos, éticos e de equidade e adaptação da estratégia e das metas nos países, com colaboração no âmbito global (OMS, 2015, p. 6).

O Brasil, seguindo o consenso da OMS, elaborou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, estabelecendo ações a serem desenvolvidas no país para o alcance dessas metas.

2. Definição

A tuberculose (TB) é causada por bactérias do complexo *Mycobacterium tuberculosis*; consiste em uma das doenças mais antigas da história humana, há aproximadamente 70.000 anos, e expandiu-se globalmente, com o aumento da densidade populacional humana. Sua transmissão ocorre pelo contato de pessoa para pessoa, pela aerossolização de secreções contaminadas, especialmente por contato prolongado com pacientes portadores de TB pulmonar ativa (JAMESON, 2020, p. 1235).

Devido ao fato de a suscetibilidade de contágio ser dependente da intensidade de contato com o doente (pessoas convivendo continuamente em ambientes pequenos ou fechados), afirma-se que a tuberculose é uma doença de alta infectividade, porém baixa patogenicidade (PEREIRA et al., 2019, p. 800).

3. Epidemiologia.

Os grupos de alto risco para a transmissão da doença são as pessoas idosas, crianças de até 4 anos, institucionalizados (residentes de abrigos, casas de repouso, presidiários), população em situação de rua, usuários de drogas ilícitas, populações indígenas, comunidades onde residem indivíduos de baixa renda familiar, imunotransplantados, pessoas em quimioterapia e imunocomprometidos, dando-se maior atenção aos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou que convivam com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (BRASIL, 2022).

Sobre esse aspecto, é imprescindível que os profissionais de saúde de determinada área endêmica conheçam os perfis da população abarcada por cada unidade de atenção primária, especialmente se há prevalência dos referidos grupos de risco em sua área de abrangência, tais como pessoas em situação de rua ou usuários de drogas, por exemplo.

Entre as doenças infecciosas, a TB é a principal causadora de mortes em todo o mundo, com mais de 95% dos casos e 99% das mortes ocorrendo em ambientes de recursos limitados (GOLDMAN e CECIL, 2020, p.2208). Estima-se que dois terços dos casos ocorram no sexo masculino e que o número de mortos em decorrência da doença, em 2016, tenha sido de 1,7 milhão, incluindo 370.000 pessoas que vivem com a infecção pelo HIV, das quais a maioria (96%) habitava em países em desenvolvimento (JAMESON, 2020, p. 1236). Sete países foram responsáveis por 64% de todos os novos casos em 2016: Índia, Indonésia, China, Filipinas, Paquistão, Nigéria e África do Sul. O Brasil ocupa a 20ª posição em termos de incidência (CORTEZ et al., 2021, p. 2).

Em 2020, o Brasil registrou 66.819 casos novos de TB, com um coeficiente de incidência de 31,6 casos por 100 mil habitantes. Em 2019, foram notificados cerca de 4,5 mil óbitos pela doença, com um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes, e os estados com maior coeficiente de incidência de TB por 100.000 habitantes são Rio de Janeiro, Amazonas e Acre (BRASIL, 2021, p. 11-14).

No que tange à coinfeção entre TB e HIV, em 2020, 8,4% dos casos novos de TB também eram infectados pelo HIV, sendo as maiores proporções de coinfeção TB-HIV presentes no Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. No Ceará, verificou-se que, em 10,2% dos casos novos de TB, havia coinfeção com HIV (BRASIL, 2020, p. 14). Tais dados alertam para a necessidade de ações preventivas, diagnóstico precoce e tratamento imediato dessas doenças.

4. Quadro Clínico.

Os principais sintomas da tuberculose pulmonar são tosse por mais de 2 semanas, seca ou produtiva, com ou sem sangue; dor torácica (mais frequente na forma pleural); dispneia; febre vespertina, em geral baixa (até 38,5°), podendo ser acompanhada de sudorese noturna e sintomas constitucionais, como anorexia, perda de peso e adinamia. No exame físico, a ausculta pode apresentar diminuição do murmúrio vesicular, sopro anfórico ou mesmo ser normal (GUSSO et al, 2019, p.1314).

A TB pulmonar pode ser convencionalmente classificada em primária ou pós-primária (do tipo adulto, secundária). A tuberculose pulmonar primária ocorre pouco depois da infecção inicial pelo bacilo da TB. Pode ser acompanhada por febre e dor torácica pleurítica, ou até ser assintomática. Essa forma de doença é, frequentemente, observada em crianças (JAMESON, 2020, p.1240).

Após a infecção inicial, forma-se uma lesão (nódulo de Ghon), geralmente periférica e acompanhada de linfadenopatia hilar ou paratraqueal transitória. É possível que alguns pacientes desenvolvam eritema nodoso nas pernas ou conjuntivite flictenular. Porém, em sua maioria, as lesões cicatrizam espontaneamente e tornam-se evidentes apenas na forma de um pequeno nódulo calcificado; porém, nas crianças pequenas e nos imunocomprometidos, a lesão inicial aumenta de tamanho, podendo evoluir para derrame pleural, necrose e cavitação (JAMESON, 2020, p.1241).

A TB pós-primária ocorre anos após a lesão primária em pessoas que desenvolveram algum nível de imunidade para os antígenos do bacilo. A modalidade pós-primária é a mais comum entre adultos e adolescentes e apresenta, em sua maioria, a forma pulmonar. A origem da infecção pode ser por reativação de um foco quiescente ou por reinfeção exógena, devido a uma nova contaminação. Por não ser o primeiro contato com o bacilo, a lesão é geralmente bem delimitada e possui evolução arrastada, havendo reação inflamatória tipo hipersensibilidade, cavitação e fibrose (GUSSO et al, 2019, p.1314).

No que tange à tuberculose extrapulmonar, esta se caracteriza pela progressão da doença, com disseminação para vários órgãos, como pleura, na qual o paciente pode apresentar febre, tosse não produtiva e dor torácica ventilatório-dependente; gânglios, com aumento progressivo dos gânglios cervicais, febre, emagrecimento, dor torácica e tosse; ossos, com aparecimento de espondilite ou mal de Pott nas vértebras torácicas e lombares; rins, com aparecimento de infecção renal insidiosa; meninges, com rigidez de nuca, paralisia dos pares cranianos, cefaleia e plegias; pericárdio, com derrame pericárdico e pericardite constrictiva; olhos, com o surgimento de conjuntivite flictenular dolorosa, baixa acuidade visual, fotofobia e dor e, finalmente, pele por meio de manifestações como vasculite nodular (eritema indurado de Bazin) e o eritema nodoso (FOCACCIA, 2020, p. 1263).

5. Diagnóstico.

Em casos de suspeita, deve-se realizar baciloscopia de escarro em duas amostras (adequada para identificar a maioria de pacientes com TB com esfregaço positivo): uma coletada na primeira consulta ou visita domiciliar (na identificação do sintomático respiratório) e a outra coletada na manhã do dia seguinte, de preferência, ao despertar (independentemente do resultado da primeira amostra), BRASIL, 2019, p. 64).

É positiva por meio da visualização de 10-99 BAAR por campo, em 100 campos observados. No entanto, se o resultado for paucibacilar, ou seja, de 1 a 9 BAAR por campo, em 100 campos observados, está indicada a realização da cultura com identificação de espécie (GUSSO et al, 2019, p.1314).

A cultura consiste no método padrão-ouro diagnóstico, sendo possível multiplicar e isolar o BAAR com origem na semeadura da amostra clínica. Pode demorar cerca de 30 dias, mas sua vantagem consiste em identificar e tipificar o bacilo, possuindo elevada especificidade e sensibilidade (GUSSO et al, 2019, p.1314).

A suspeita de TB também pode vir de alterações em exames de radiografia de tórax, com achados como cavidades, nódulos, consolidações, massas, processo intersticial (miliar), derrame pleural e alargamento de mediastino, imagens sugestivas de lesões cicatriciais, como bandas, retrações parenquimatosas e calcificações (BRASIL, 2019, p. 65).

Na tomografia de tórax, é possível encontrar cavidades de paredes espessas, nódulos, consolidações, espessamento de paredes brônquicas, aspecto de “árvore em brotamento”, massas, bronquiectasias, bandas, nódulos calcificados, cavidades de paredes finas, bronquiectasias de tração e espessamento pleural. (BRASIL, 2019, p. 66).

No que concerne os casos de infecção latente (infecção que não progride e nem provocam o adoecimento), recomendam-se os exames da Prova Tuberculínica (PPD) ou Interferon Gamma Release Assay) IGRA positivos. Em alguns casos, a infecção latente deve ser tratada, sendo recomendado observar o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, (BRASIL, 2018, p 13).

A prova tuberculínica, PPD, é um teste por inoculação intradérmica de um Derivado Proteico Purificado (PPD) do *M. tuberculosis* para aferir a resposta imune celular ao patógeno. Nos indivíduos com infecção latente (já sensibilizados), ocorre reação inflamatória. É indicada para contatos intradomiciliares; pacientes infectados pelo HIV; profissionais de Saúde; para auxiliar no diagnóstico da TB em crianças, entre outros (BRASIL, 2018, p. 14).

Ressalta-se que, ao determinar o diagnóstico, a doença deve ser notificada às autoridades sanitárias pelo profissional de saúde que a diagnosticou. Os casos de TB são notificados somente após sua confirmação, seja laboratorial, seja por critério clínico.

Caso confirmada a TB ativa (casos novos, as recidivas, os reingressos após abandono e as transferências), o paciente deverá ser incluído no livro de registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento;

em seguida, a ficha de notificação/investigação deverá ser preenchida adequadamente e incorporada ao sistema Sinan-Net (BRASIL, 2020, p. 4).

Ademais, é de extrema relevância atentar para a necessidade de testagem rápida em indivíduos com TB ativo, devido às taxas de coinfeção. Por isso, desde 1998, todas as pessoas com diagnóstico de TB ativa devem ser testadas para HIV, priorizando-se o teste rápido para HIV desde 2015 (BRASIL, 2019, p. 7).

6. Tratamento, quimioprofilaxia e imunização.

Atualmente, o esquema que é utilizado no Brasil para o tratamento de adultos com tuberculose sem suspeita clínica de resistência consiste de uma fase intensiva de dois meses com o esquema RHZE (rifampicina, isoniazida, pirazinamina e etambutol), seguido por uma fase de manutenção de quatro meses com esquema RH, sendo utilizado para todas as formas da doença em pacientes acima de 10 anos (RABAHI et al, 2017, p. 474).

O Esquema Básico pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e, dado o risco de toxicidade neurológica ao feto atribuído à isoniazida, recomenda-se o uso de piridoxina (50mg/dia) (BRASIL, 2019, p. 111).

Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade):

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019.

Legenda: R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

Esquema Básico para o tratamento da TB em crianças (< 10 anos de idade):

FASES DO TRATAMENTO	FÁRMACOS	PESO DO PACIENTE						
		Até 20Kg	≥21Kg a 25Kg	≥26Kg a 30Kg	≥31Kg a 35Kg	≥36Kg a 39Kg	≥40Kg a 44Kg	≥45Kg
		Mg/Kg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia
2RHZ	Rifampicina	15 (10-20)	300	450	500	600	600	600
	Isoniazida	10 (7-15)	200	300	300	300	300	300
	Pirazinamida	35 (30-40)	750	1.000	1.000	1.500	1.500	2.000
4RH	Rifampicina	15 (10-20)	300	450	500	600	600	600
	Isoniazida	10 (7-15)	200	300	300	300	300	300

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019.

Legenda: R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

Ressalta-se que, nos casos de adocimento em crianças com TB, infectadas pelo HIV ou desnutridas, deve-se oferecer suplementação de piridoxina – vitamina B6 (5 a 10 mg/dia) (OMS, 2014).

A cura da doença é definida quando o indivíduo que teve tuberculose bacteriologicamente confirmada no início do tratamento apresenta resultado negativo na baciloscopia ou na cultura no último mês de tratamento e em, pelo menos, uma ocasião prévia (RABAHI et al, 2017, p. 475).

O tratamento da tuberculose deve ser na modalidade Tratamento Diretamente Observado (TDO), o qual consiste na tomada diária da medicação (em dias úteis) mediante supervisão do profissional de saúde. Vinte e quatro (24) tomadas da medicação devem ter sido diretamente observadas na fase de ataque e 48 doses na fase de manutenção, para considerar que o tratamento foi diretamente observado (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, o profissional deve atentar-se para alguns pontos, como observar se o paciente engoliu a medicação corretamente; fazer anotações na ficha de acompanhamento; encorajar e providenciar o próximo encontro e consulta médica; planejar as consultas mensais e a realização dos exames de baciloscopia, entre outras atribuições (BRASIL, 2011, p. 168).

Em relação à quimioprofilaxia no Brasil, deve ser administrada em pessoas infectadas pelo M. tuberculosis, com a isoniazida na dosagem de 5-10 mg/kg de peso, com total máximo de 300 mg diariamente, durante seis

meses. As indicações de quimioprofilaxia, segundo o Ministério da Saúde, 2002, p. 44, são:

- a) Recém-nascidos coabitantes de foco tuberculoso ativo. A isoniazida é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica. Se a criança for reatora, a quimioprofilaxia deve ser mantida por mais três meses; senão, interrompe-se o uso da isoniazida e vacina-se com BCG.
- b) Crianças menores de 15 anos, não vacinadas com BCG, que tiveram contato com um caso de tuberculose pulmonar bacilífera, sem sinais compatíveis de tuberculose doença, reatores à tuberculina de 10 mm ou mais.
- c) Indivíduos com viragem tuberculínica recente (até 12 meses), isto é, que tiveram um aumento na resposta tuberculínica de, no mínimo, 10 mm.
- d) População indígena. Neste grupo, a quimioprofilaxia está indicada em todo o contato de tuberculose bacilífero, reator forte ao PPD, independentemente da idade e do estado vacinal, após avaliação clínica e afastada a possibilidade de tuberculose-doença, por meio de baciloscopia e do exame radiológico.
- e) Imunodeprimidos por uso de drogas ou por doenças imunodepressoras e contatos intradomiciliares de tuberculosos, sob criteriosa decisão médica.
- f) Reatores fortes à tuberculina, sem sinais de tuberculose ativa, mas com condições clínicas associadas a alto risco de desenvolvê-la, como:
 - Alcoolismo;
 - Diabetes Mellitus insulínica;
 - Silicose;
 - Nefropatias graves;

- Sarcoidose;
 - Linfomas;
 - Pacientes com uso prolongado de corticoesteroides em dose de imunodepressão;
 - Pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica;
 - Pacientes submetidos a tratamento com imunodepressores;
 - Portadores de imagens radiográficas compatíveis com tuberculose inativa, sem história de quimioterapia prévia.
- g) Coinfectados HIV e *M. tuberculosis* – este grupo deve ser submetido à prova tuberculínica, sendo de 5 mm, em vez de 10 mm, o limite da reação ao PPD, para considerar-se uma pessoa infectada pelo *M. tuberculosis*.

Por fim, é imprescindível orientar a imunização com o bacilo de Calmete-Guërin. A vacina BCG está disponível gratuitamente nas salas de vacinação da rede SUS, incluindo maternidade, devendo ser aplicada o mais precocemente possível, de preferência nas primeiras 12 horas após o nascimento do bebê e sendo, prioritariamente, indicada para crianças de 0 a 4 anos de idade (BRASIL, 2019, p. 188).

REFERÊNCIAS

- ¹BRASIL. Ministério da Saúde. Populações vulneráveis - tuberculose. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/tuberculose/populacoes-vulneraveis-tuberculose>. Acesso em: 20 jul. 2022.
- ²BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil. **Brasília**: Ministério da Saúde, 2018.
- ³BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. **Brasília**: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2019.
- ⁴CORTEZ, Andreza Oliveira et al. Tuberculosis in Brazil: one country, multiple realities. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 1-11, jul. 2021.
- ⁵FIOCRUZ. Tuberculose Extrapulmonar. Direção: Valéria Mauro. Produção: Christovão Paiva. Roteiro: Marcela Morato. **Rio de Janeiro**: Canal Saúde Fiocruz, 2018.
- ⁶GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil Medicina Interna. 26. ed. **Saunders**. Elsevier, 2019.
- ⁷GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC; DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. **Porto Alegre**: ARTMED, [S. l.], 2019.
- ⁸JAMESON, J. L. et al. Medicina interna de Harrison. 20. ed. **Porto Alegre**: AMGH, [S. l.], 2020. 2 v.
- ⁹OMS. Global Tuberculosis Report 2014. **World Health Organization**, [S. l.], 2014.
- ¹⁰PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tuberculosis in the Americas: Regional Report 2015: **Epidemiology, Control, and Financing**. [S. l.], 2015.
- ¹¹PEREIRA, Luan Filipe de Souza et al. Epidemiologia da tuberculose no estado do Pará. **Brazilian Journal Of Health Review**, Curitiba, p. 800-809, 2019.
- ¹²RABAHI, Marcelo Fouad et al. Tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Goiânia, [S. l.], v. 43, n. 5, p. 472-486, 2017.
- ¹³VERONESI, R.; FOCACCIA, R. Tratado de Infectologia. 6ª ed. **São Paulo**: Atheneu, 2020.

Diabetes mellitus na atenção primária

Pedro Henrique Cardoso Nogueira
Ana Lúcia Rego

1. Introdução

Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde crescente, sendo considerada uma das doenças mais prevalentes no mundo, tornando-a, portanto, um grande desafio de saúde pública do século XXI. Estima-se que a prevalência global da DM, na população entre 20 e 79 anos de idade, passe de 425 milhões de pessoas, em 2015, para 630 milhões, em média, no ano de 2045.

O aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como a diabetes, está associado a diversos fatores, sobretudo às rápidas transições demográfica, nutricional e epidemiológica, à maior frequência de estilo de vida com obesidade e sedentarismo, ao crescimento e ao envelhecimento populacional e, além disso, à maior sobrevivência dos indivíduos, quando há um diagnóstico precoce e um tratamento eficaz, que interfira, portanto, no prognóstico do paciente.

Entre os diversos fatores observados e envolvidos na baixa adesão ao tratamento, destaca-se a relação estabelecida entre a pessoa com diabetes e os profissionais de saúde. O tipo de formação e as concepções a respeito da doença, do doente e do tratamento têm grande influência nas taxas de adesão, e os estudos apontam diversos problemas relacionados às dificuldades dos profissionais para estabelecer uma boa relação terapêutica, como comunicação inadequada e insuficiente; falta de confiança; falta de vínculo; abordagem de forma imprópria (desatenção e indelicadeza); hierarquização das relações; comportamentos de pressão e ameaça, entre outros.

Geralmente, a DM é assintomática ou oligossintomática por um longo período de tempo; por esse motivo, muitas vezes, os pacientes deixam de procurar ajuda médica. Nesse sentido, faz-se necessária a realização de campanhas informativas para alertar acerca dos sinais e sintomas que podem

apresentar e, a partir daí, esses pacientes possam buscar ajuda médica nas unidades básicas de saúde.

Ela produz complicações agudas e crônicas que podem evoluir para invalidez precoce, diminuição da qualidade de vida e sobrevida dos doentes, alterações cardiovasculares, circulatórias e neurológicas, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, além do elevado custo do tratamento e das frequentes hospitalizações.

A doença é considerada um problema de saúde sensível à Atenção Primária, pois o manejo adequado desse agravo na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares, visto que deve atuar na porta de entrada do sistema de saúde, para que ações direcionadas ao diagnóstico precoce e ao controle dessa doença sejam desenvolvidas de forma mais efetiva e eficiente, por meio da educação acerca da patologia e de suas consequências quando não tratada corretamente, além de aconselhamentos e acompanhamento longitudinal.

2. Definição:

Transtorno metabólico heterogêneo, caracterizado pela diminuição ou não produção da secreção e da ação de insulina, ou resistência insulínica nos órgãos periféricos, resultando em hiperglicemia persistente e glicotoxicidade. Esses mecanismos podem apresentar relações com herança familiar, doenças crônicas, crescimento urbano, envelhecimento populacional, obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares irregulares e fatores hormonais.

A classificação etiológica divide-se em DM tipo 1 e tipo 2, gestacional e outros tipos, como monogênicos (MODY), diabetes neonatal, secundário a endocrinopatias, a infecções, a doenças do pâncreas exócrino e a medicamentos.

O diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune, poligênica, decorrente da falência das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina. Estima-se que, em média, 90 mil brasileiros tenham DM1 e que o Brasil ocupe o terceiro lugar em prevalência dessa doença no mundo, segundo a *International Diabetes Federation*, porém corresponde a apenas 5 a 10% de todos os casos de DM.

Além disso, é mais frequentemente diagnosticada em crianças, adolescentes e, em alguns casos, em adultos jovens, afetando, igualmente, homens e mulheres e pode ser subdividida em DM tipo 1A e DM tipo 1B, dependendo da presença ou da ausência laboratorial de autoanticorpos circulantes, respectivamente.

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) está presente em cerca de 90 a 95% de todos os casos de DM. Sua etiologia é complexa e multifatorial, pois envolve fatores genéticos e ambientais. Geralmente, acomete indivíduos a partir da quarta década de vida, embora se descreva, também, em alguns países, aumento na incidência na faixa etária entre o público infanto-juvenil.

Caracteriza-se como uma doença poligênica, com forte herança familiar, embora ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência decorre, de forma significativa, de fatores do ambiente, como hábitos dietéticos e inatividade

física. Isso contribui para a obesidade e destaca-se como alguns dos principais fatores de risco para o surgimento dessa doença, como história familiar, idade avançada, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes *mellitus* gestacional (DMG) e presença de componentes da síndrome metabólica, tais como hipertensão arterial e dislipidemia.

O desenvolvimento e a perpetuação da hiperglicemia ocorrem, simultaneamente, com hiperglucagonemia, resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina, aumento da produção hepática de glicose, disfunção incretínica, aumento de lipólise e consequente aumento de ácidos graxos livres circulantes, aumento da reabsorção renal de glicose e graus variados de deficiência na síntese e na secreção de insulina pelas células β pancreáticas. Sua fisiopatologia não apresenta indicadores específicos da doença, diferentemente dos marcadores presentes no tipo 1. Em pelo menos 80 a 90% dos casos, associa-se ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica.

Nesse contexto, o DM2, distúrbio causado prioritariamente pela resistência insulínica, apresenta proporções epidêmicas globais, sendo mais prevalente nos países em desenvolvimento, e encontra-se entre as principais doenças abordadas na Atenção Primária à Saúde. Ressalta-se, ainda, que a taxa de mortalidade decorrente de suas consequências corresponde a 14,5% de todas as causas no mundo.

A gestação é caracterizada como uma condição diabetogênica, visto que a placenta produz hormônios hiperglicemiantes e enzimas placentárias que degradam a insulina, com consequente elevação compensatória na produção e na resistência insulínica, podendo evoluir com disfunção das células β pancreáticas. O DMG trata de uma intolerância a carboidratos de modo variável, que se inicia durante a gestação atual, sem preencher, previamente, os critérios diagnósticos de DM, e pode ser transitório ou ainda persistir após o parto, caracterizando-se como um importante fator de risco independente para desenvolvimento futuro de DM2.

A prevalência de DMG varia de 1 a 14% a depender da população estudada e do critério diagnóstico adotado, e os principais fatores de risco são: idade materna avançada, sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual, deposição central excessiva de gordura corporal, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, síndrome de ovários policísticos, entre outros.

3. Quadro clínico

Apesar de ser uma doença crônica, cuja manifestação é discreta ou, até mesmo, inexistente em sua fase inicial, o quadro clínico clássico de diabetes é: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”). Além disso, outros sintomas que levantam suspeita são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição.

O diagnóstico é feito, algumas vezes, mediante complicações, como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. Entretanto, como já mencionado, a diabetes é assintomática na maioria dos casos e, portanto, a suspeita clínica ocorre por meio de fatores de risco para o diabetes, já citados anteriormente.

4. Exame físico:

No exame físico, primeiramente, devem-se avaliar os sinais vitais, como aferição de pressão arterial, temperatura, pulsos, frequência cardíaca e respiratória. Além disso, é necessário analisar a história clínica por meio de etapas, como:

Avaliação de complicações:

- geral: ganho ou perda de peso; febre (infecções);
- pele: dermatites, eczemas, piodermites;
- BOONG: Acuidade visual – retinopatia, catarata, glaucoma neovascular;
- cardiorrespiratório: sinais de insuficiência cardíaca; dor precordial; taquicardia mantida; hipotensão postural; infecções pulmonares;

- digestivo: alteração do apetite, gastroparesia diabética; diarreia do diabético, constipação do diabético;
- geniturinário: infecções; bexiga neurogênica;
- linfo-hematopoiético: infecções;
- endocrino-vegetativo: polidipsia; associação com hipotireoidismo;
- neuropsíquico: sono; compulsão alimentar;
- locomotor: neuropatia periférica; claudicação intermitente.

Antecedentes Pessoais:

- peso ao nascer;
- passado mórbido;
- hábito alimentar: uso de açúcar ou adoçante, gordura; fracionamento das refeições; uso de fibras;
- tabagismo;
- etilismo;
- exercício físico.

Antecedentes familiares:

- outros indivíduos na família com diabetes, obesidade, hipertensão (síndrome metabólica);
- associação com hipotireoidismo autoimune.

Devem-se realizar, também, no exame físico geral, as medidas antropométricas, o cálculo do IMC, a verificação dos sinais vitais e a interrogação por órgãos e aparelhos, no sentido craniocaudal.

Além disso, é necessária a realização da investigação minuciosa de possíveis complicações, como pé diabético, retinopatia e neuropatias.

5. Diagnóstico

Na história natural da DM, é extremamente característico que as alterações fisiopatológicas precedam em vários anos o diagnóstico da doença. A

condição na qual os valores glicêmicos estão acima dos valores de referência, mas ainda abaixo dos valores de diagnóstico, denomina-se pré-diabetes.

A resistência à insulina já está presente e, na ineficácia de medidas de combate aos fatores de risco modificáveis, ela evolui, frequentemente, para a fase de manifestação clínica da doença e associa-se a risco aumentado de complicação cardiovascular, renal ou oftalmológica, por exemplo. Na maioria dos casos de pré-diabetes ou diabetes, a condição é assintomática, e o diagnóstico é feito com base em exames laboratoriais.

O diagnóstico laboratorial da diabetes *mellitus* (DM) pode ser realizado por meio de glicemia de jejum, glicemia 2 horas após teste oral de tolerância à glicose (TOTG) e hemoglobina glicada (HbA1c).

As categorias de tolerância à glicose são definidas com base nos exames:

- glicemia em jejum: deve-se coletar sangue periférico após jejum calórico de, no mínimo, 8 horas;
- TOTG: deve-se fazer, primeiramente, a ingestão prévia de 75 g de glicose dissolvida em água e, posteriormente, a coleta de uma amostra de sangue em jejum para determinação da glicemia; coleta-se outra, então, após 2 horas da sobrecarga oral. É importante salientar que a dieta deve ser a habitual e sem restrição de carboidratos, pelo menos, nos 3 dias anteriores à realização do teste. Esse exame permite avaliar a glicemia pós-sobrecarga, o que pode ser a única alteração detectável no início do DM, evidenciando a perda de primeira fase da secreção de insulina.
- Hemoglobina glicada (HbA1c): oferece vantagens ao dosar níveis glicêmicos dos últimos 3 a 4 meses e ao sofrer menor variabilidade diária, além de não depender do estado de jejum para sua determinação. Ressalta-se, ainda, que se trata da medida indireta da glicemia, sofrendo interferência de algumas situações, como anemias, hemoglobinopatias e uremia, nas quais é preferível diagnosticar com base na dosagem glicêmica direta. Outros fatores, como etnia e idade, também podem interferir no resultado desse exame. Por fim, para que

possa ser validada no diagnóstico de DM, a determinação da HbA1c deve ocorrer pelo método padronizado no *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) e certificado pelo *National Glycohemoglobin Standardization Program* (NGSP).

A confirmação do diagnóstico de DM requer repetição dos exames alterados, idealmente, o mesmo exame modificado em segunda amostra de sangue, na ausência de sintomas inequívocos de hiperglicemia.

Pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, como poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso, devem ser submetidos à dosagem de glicemia ao acaso e independente do jejum, não havendo necessidade de confirmação por meio de segunda dosagem caso o resultado da glicemia aleatória seja ≥ 200 mg/dL.

Os valores de normalidade para os respectivos exames, bem como os critérios diagnósticos adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) encontram-se descritos no quadro 1 abaixo.

Quadro 1. Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM, adotados pela SBD.

	Glicose em jejum (mg/dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso (mg/dL)	HbA1c (%)	Observações
Normoglicemia	< 100	< 140	–	< 5,7	OMS emprega valor de corte de 110 mg/dL para normalidade da glicose em jejum. ²
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126*	≥ 140 e < 200 ^a	–	$\geq 5,7$ e < 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	$\geq 6,5$	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser o padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.

OMS: Organização Mundial da Saúde; HbA1c: hemoglobina glicada; DM: diabetes mellitus.

* Categoria também conhecida como glicemia de jejum alterada.

Categoria também conhecida como intolerância oral à glicose.

As categorias de pré-diabetes, além de conferirem um risco elevado para o desenvolvimento de DM, também estão associadas a maior risco de doença cardiovascular e complicações crônicas. Os critérios diagnósticos para o tipo 1 de Diabetes Mellitus são semelhantes aos utilizados no tipo 2. No primeiro caso, porém, os sintomas já chamam muito mais a atenção do profissional do que no segundo caso, pois, geralmente, a manifestação clínica se dá de modo mais precoce.

O diagnóstico de DMG se dá para valores de glicemia em jejum entre 92 e 126 mg/dL em qualquer fase da gestação. Além disso, toda mulher com glicemia de jejum < 92 mg/dL inicial deve ser submetida a teste de sobrecarga oral com 75 g de glicose anidra entre 24 e 28 semanas de gestação, sendo o diagnóstico de diabetes gestacional estabelecido quando, no mínimo, um dos valores a seguir encontrar-se alterado: glicemia em jejum \geq 92 mg/dL; glicemia 1 hora após sobrecarga \geq 180 mg/dL ou glicemia 2 horas após sobrecarga \geq 153 mg/dL.

6. Conduta

A base para o tratamento do DM consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de exercício físico, moderação na ingestão de álcool e cessação do tabagismo, que, dependendo do estágio, pode ser acompanhado ou não do tratamento farmacológico, além do uso permanente de insulina nos casos do tipo 1. Esses fatores possuem uma importância fundamental no controle metabólico, que é apontado como o cerne do manejo do diabetes.

A conduta nutricional em diabetes *mellitus* é uma das partes mais desafiadoras do tratamento e das estratégias de mudança do estilo de vida. A relevância dessa terapia e do acompanhamento de nutricionista e endocrinologista, por exemplo, no tratamento do DM tem sido enfatizada desde a sua descoberta, bem como seu papel desafiador na prevenção, no

gerenciamento da doença e na prevenção do desenvolvimento das complicações decorrentes.

Evidências científicas demonstram que a intervenção nutricional tem impacto significativo na redução da hemoglobina glicada (HbA1c) no DM1 e DM2, após 3 a 6 meses de seguimento com profissional especialista, independentemente do tempo de diagnóstico da doença.

Além disso, em estágios mais avançados ou em condutas não farmacológicas ineficazes em determinados planos terapêuticos específicos, faz-se uso de medicamentos, como os orais (metformina, sulfonilureias, inibidores da DPP-4, inibidores do SGLT-2, meglitinidas, inibidores da alfa-glucosidase e tiazolidinedionas) e os injetáveis (agonistas do receptor do GLP-1, insulinas e análogos), cujo objetivo é atingir a maior eficácia com menor incidência possível de evento adverso e deve-se considerar, portanto, a potência do fármaco, a tolerabilidade, a facilidade de administração e conveniência, o custo-efetividade, o perfil de segurança e os efeitos extraglicêmicos.

REFERÊNCIAS

- ¹ GAMA, Carlos Alberto Pegolo da et al. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. **Pesquisas e práticas psicossociais**, [S. l.], v. 12, p. 1-16, 2017.
- ² SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. **São Paulo**: SBD, [S. l.], 2019.
- ³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. **Brasília**: Ministério da Saúde, [S. l.], 2006.
- ⁴ AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS; AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY. Diabetes Guidelines. **Endocrine Practice**, v. 21, Suppl 1, [S. l.], 2016.
- ⁵ INZUCCHI, S. et al. **Diabetes Care**, [S. l.], [S. n.], v. 38, p. 140-149, 2016.

Hipertensão arterial sistêmica

Mariana Alves de Souza Vasconcelos

1. Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg, mas as diretrizes atuais dos Estados Unidos mudaram a definição para 130/80 mmHg com base nos níveis de pressão arterial (PA) para os quais os benefícios do tratamento medicamentoso parecem superar os riscos. Além disso, a HAS acomete cerca de 30% da população adulta mundial (80 milhões de adultos nos EUA e 1,4 bilhão de pessoas em todo o mundo). Vale ressaltar, que, em 2019, a HAS foi responsável por 110,5 óbitos a cada 100 mil habitantes no Brasil, sendo considerada a principal causa de morte no mundo e a causa mais comum de consultas médicas ambulatoriais.

2. Etiologia

Noventa - 90 a 95% dos casos são de causa desconhecida, ou seja, idiopática ou primária. Nos 5-10% restantes, um mecanismo mais conhecido é instalado, sendo chamada de causa secundária ou identificável. Além disso, vale ressaltar os principais fatores de risco que contribuem para a elevação da pressão arterial, como consumo excessivo de sal, calorias ou álcool, histórico familiar, sedentarismo e tabagismo.

3. Quadro Clínico

A hipertensão arterial é também conhecida como um “assassino silencioso”, devido ao fato de que a maioria dos pacientes desconhece que tem a doença pela ausência de sinais ou sintomas de alerta. Porém, caso esses apresentem alguma manifestação clínica, estas se manifestam, principalmente, com quadros de cefaleia, confusão mental, sonolência, distúrbio visual, náusea e vômitos. Além disso, há outros sintomas mais inespecíficos, tais como epistaxe e escotomas cintilantes, zumbidos e fadiga. Vale ressaltar que as principais manifestações clínicas estão relacionadas com danos aos órgãos-alvo, tendo destaque para a cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca e AVE.

4.Exame físico

I.Aferição da Pressão Arterial (PA)

Inicialmente, é ideal deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos. Além disso, vale certificar de que ele não está com a bexiga cheia, praticou alguma atividade física a, pelo menos, 60 minutos, ingeriu bebida alcoólica ou café a, pelo menos, 30 minutos. Vale ressaltar que o local deve ser tranquilo com temperatura agradável, e o paciente deve ser instruído a não conversar durante o procedimento da aferição.

A aferição da PA deve ser realizada com o paciente sentado, livre de roupas, apoiado sobre uma superfície e na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido. Além disso, as pernas devem estar descruzadas, pés apoiados no chão, costas apoiadas no encosto da cadeira. A medida pode ser realizada nos dois braços, porém recomenda-se que as medidas posteriores sejam feitas sempre no mesmo braço de referência.

Entretanto, a medida da PA na posição ortostática, ou seja, em pé, deve ser feita, pelo menos, na primeira consulta, principalmente pessoas idosas, diabéticos, pacientes com disautonomias, alcoólicos e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva.

As dimensões da bolsa de borracha do manguito devem ser de acordo com a circunferência do braço do paciente para ter uma maior acurácia na avaliação. (Quadro 1)

Quadro 1:

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura do manguito	Comprimento da bolsa (cm)
≤6	Recém-nascido	3	6
6-15	Criança	5	15
16-21	Infantil	8	21
22-26	Adulto pequeno	10	24

27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto grande	16	38
45-52	Coxa	20	42

Após selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço, deve-se colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital e centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial. Em seguida, deve-se estimar o nível da Pressão Arterial Sistólica (PAS) pela palpação do pulso radial e inflação do manguito até seu desaparecimento, assim estimando a PAS, e pode-se desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.

Logo após, é preciso palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva e inflar, rapidamente, até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação. Então, é necessário realizar a deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo) para conseguir determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, depois, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação para determinar a Pressão Arterial Diastólica (PAD) no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).

Então, precisa auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa, caso os batimentos persistam até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff). Por fim, é preciso realizar, pelo menos, duas medições, com intervalo em torno de um minuto.

Medição de PA no consultório:

Vale ressaltar que, no diagnóstico de HAS em consultório, recomenda-se, pelo menos, a medição da PA a cada dois anos para os adultos com $PA \leq 120/80$ mmHg, e, anualmente, para aqueles com $PA > 120/80$ mmHg e $< 140/90$

mmHg.¹ A medição da PA pode ser feita com esfigmomanômetros manuais, semiautomáticos ou automáticos. É importante ressaltarmos que a presença de fatores de risco, como a diabetes, reduz a recomendação do tempo de verificação, sendo importante, nestes casos, a aferição a cada consulta.

Medição da PA fora do consultório:

A PA fora do consultório pode ser obtida por meio da medição residencial da pressão arterial (MRPA), com protocolo específico, ou da MAPA de 24 horas. As aferições da PA fora do consultório devem ser estimuladas, podendo ser realizadas por equipamento semiautomático do próprio paciente ou dos serviços de saúde. As principais vantagens da medição da PA fora do consultório são:

- maior quantidade de medidas obtidas;
- visibilidade das atividades usuais dos examinandos;
- abolição ou sensível redução do efeito de avental branco (EAB);
- maior engajamento dos pacientes com o diagnóstico e o seguimento.

A MAPA e a MRPA são os métodos, frequentemente, utilizados para efetuar medições fora do consultório. Elas fornecem informações semelhantes da PA, porém apenas a MAPA avalia a PA durante o sono. Ambas, entretanto, estimam o risco cardiovascular, devendo ser consideradas aplicáveis para a avaliação da PA fora do ambiente hospitalar, respeitando-se as suas indicações e limitações. Valores de referência para a definição de HAS utilizando-se as medidas de consultório, MAPA e MRPA são relatados no quadro 2.

Quadro 2: Valores de referência para a definição de HA pelas medidas de consultório, MAPA e MRPA

Categoria	PAS(mmHg)		PAD(mmHg)
Consultório	≥140	e/ou	≥90
Mapa			

• Vigília	≥135	e/ou	≥85
• Sono	≥120	e/ou	≥70
• 24 horas	≥130	e/ou	≥80
MRPA	≥135	e/ou	≥85

5. Diagnóstico

A avaliação inicial de um paciente com HAS inclui:

- medir corretamente a pressão arterial;
- pesquisar sinais de causas secundárias;
- avaliar o risco cardiovascular.

I. Classificação:

Hipertensão :

Os valores que definem HAS estão expressos no quadro 2. Tendo em vista que os valores de PA obtidos por métodos distintos têm níveis de anormalidade diferentes, há que se considerar os valores de anormalidade definidos para cada um deles para o estabelecimento do diagnóstico. Quando utilizadas as aferições de consultório, o diagnóstico deverá ser sempre validado por medições repetidas, em condições ideais, em duas ou mais ocasiões, e confirmado por medições fora do consultório (MAPA ou MRPA), excetuando-se aqueles pacientes que já apresentem lesão de órgão-alvo (LOA) detectada. A HAS não controlada é definida quando, mesmo sob tratamento anti-hipertensivo, o paciente continua com a PA elevada tanto no consultório como fora dele por algum dos dois métodos (MAPA ou MRPA).

Normotensão :

Considera-se normotensão quando as aferições de consultório são $\leq 120/80$ mmHg, e as fora dele (MAPA ou MRPA) confirmam os valores considerados normais. Define-se HA controlada quando, sob tratamento anti-hipertensivo, o

paciente continua com a PA controlada tanto no consultório como fora desse ambiente.

Pré-hipertensão (PH):

A PH caracteriza-se pela presença de PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg. Os pré-hipertensos possuem maior probabilidade de se tornarem hipertensos e maiores riscos de desenvolver complicações CV ao serem comparados a indivíduos com PA dentro da faixa de normalidade, $\leq 120/80$ mmHg, necessitando de acompanhamento contínuo.

Quadro 3:

Classificação	PAS(mmHg)	PAD(mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Quando a PAS ou PAD situam-se em categorias diferentes, considere a de maior valor.*		

Estratificação de Risco Cardiovascular (CV)

- A estratificação de risco CV não é específica para o paciente hipertenso e tem como finalidade determinar o risco global de um indivíduo entre 30 e 74 anos de desenvolver doença cardiovascular, em geral, nos próximos 10 anos

Classificação dos estágios de hipertensão relacionado com o nível de PA, presença de FRCV, LOA ou comorbidades

FR, presença de LOA ou doença	Pré-hipertensão	Hipertensão Estágio I	Estágio II	Estágio III
Sem FR	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1 ou 2 FR	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
≥3 FR	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
LOA, DRC estágio 3, DM, DCV	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

FR: fator de risco; PA: pressão arterial; LOA: lesão em órgão-alvo; DRC: doença renal crônica; ;DM: diabetes melito; DCV: doença cardiovascular; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica

Fatores que podem transformar o risco do paciente hipertenso:

História familiar, ou nos pais, de início precoce de hipertensão arterial
Nível muito elevado de um FR individual, incluindo HA estágio 3
Eclâmpsia/ pré-eclâmpsia prévia
Apneia do sono
Pressão de pulso > 60 (em pacientes idosos)
Ácido úrico > 7 mg/dL (homens) e > 5,7 mg/dL (mulheres)
Proteína C-reativa ultrasensível > 2mg/L
FC > 80 bpm
Sedentarismo
Síndrome metabólica*

FR: fatores de risco; HA: hipertensão arterial; FC: frequência cardíaca.

*diagnóstico de síndrome metabólica pelos critérios da International Diabetes Federation (IDF) é preciso apresentar obesidade central, definida como circunferência abdominal > 80 cm em mulheres ou > 94 cm em homens de descendência europeia ou africana ou > 90 cm naqueles de descendência asiática, além de dois entre os quatro fatores a seguir: triglicerídeos > 150 mg/dL, HDL-C baixo (< 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres), hipertensão arterial; glicemia de jejum \geq 100 mg/dL ou DM tipo

2 previamente diagnosticado.

Conduta

I. Medidas não farmacológicas

As medidas não medicamentosas têm-se mostrado positivas na redução da PA, apesar de serem limitadas pela perda de adesão em médio e longo prazo.

As principais medidas são:

- controle do peso corporal;

- mudança no padrão alimentar;
- prática de exercício físico;
- cessação do tabagismo;
- cessação do etilismo;
- controle do estresse;

II. Medidas Farmacológicas

Princípios do tratamento:

- O medicamento para ser indicado deve:
- ser eficaz por via oral;
- ser bem tolerado;
- permitir a administração em menor número possível de tomadas diárias;
- poder ser usado em associação;
- poder ser utilizado por um tempo mínimo de 4 semanas, antes de modificações, salvo em situações especiais;
- ter controle de qualidade em sua produção.

Anti-hipertensivos disponíveis:

- diuréticos(DIU);
- agente de ação central;
- betabloqueadores(BB);
- alfabloqueadores;
- vasodilatadores diretos;
- bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA);
- inibidores da enzima conversora de angiotensina(IECA);
- bloqueadores dos canais de cálcio(BCC).

Esquemas terapêuticos:

1. Monoterapia

- É uma conduta anti-hipertensiva inicial para pacientes com HA estágio 1, com risco CV baixo e moderado. Porém, deve-se observar que, de acordo com a meta pressórica a ser atingida, a maioria dos pacientes irá precisar da combinação de medicamentos.
- O tratamento deve ser individualizado, e a escolha do medicamento a ser usado como monoterapia deve nortear-se nos seguintes aspectos: características individuais; capacidade de o agente escolhido reduzir a morbimortalidade CV; mecanismo fisiopatológico predominante no paciente a ser tratado; características individuais; doenças associadas; condições socioeconômicas.
- Tem como principais medicamentos:
 - DIU;
 - IECA;
 - BCC;
 - BRA.
- Combinada
- A maioria dos pacientes vai necessitar do uso de mais de um medicamento para que sejam atingidas as metas. Por esse motivo, os pacientes com HA estágio 1 e com risco CV alto ou muito alto ou com DCV associada e aqueles com estágio 2 ou 3 com ou sem outros FRCV associados devem ser considerados para o uso de combinação de fármacos.
- A utilização de associações de dois medicamentos em baixas dosagens em hipertensos estágio 1, mesmo com baixo ou moderado risco CV, embora não preferencial, também poderá ser considerada em casos individuais.

TRATAMENTO EM CONDIÇÕES ESPECIAIS	MEDICAÇÕES :
Idosos	Diurético tiazídico, bloqueador dos canais de cálcio (BCC) e bloqueador do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA): inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor AT1 da angiotensina II (BRA).
Doença Arterial Coronariana (DAC)	Betabloqueador (BB), IECA ou BRA, além de estatinas e aspirina.
Insuficiência Cardíaca (IC)	Bloqueadores de SRAA, os BBs e os Antagonistas da aldosterona. Além disso, a associação sacubitrila/valsartana é uma nova opção de tratamento com impacto em redução de mortalidade na fração de ejeção reduzida (ICEFER).
Doença Renal Crônica (DRC)	IECA ou os BRAs em situações de hipertensos com ou sem albuminúria. Os diuréticos tiazídicos ou de alça (No caso de DRC estágio 4- 5 na DRC) e os BCC(Indicados na DAC e na IC associada).

3. Estratégias para desenvolver a adesão ao tratamento anti-hipertensivo:

- Automedida da PA (Grau de Recomendação I/Nível de Evidência B);
- Posologia com maior facilidade: menores doses possíveis, tomada em dose única diária, associação de anti-hipertensivos em um mesmo comprimido (Grau de Recomendação I/Nível de Evidência A).
- Estabelecer equipes multiprofissionais no cuidado de pacientes hipertensos com médico, enfermeiro, educador físico, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, assistente social e agentes comunitários de saúde (Grau de Recomendação I/Nível de Evidência B).

REFERÊNCIAS

- ¹BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial– 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 116, p. 516-658, 2021.
- ²MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar. 7^a Diretriz brasileira de hipertensão arterial: apresentação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 107, p. XV-XIX, 2016.
- ³OIGMAN, Wille. Sinais e sintomas em hipertensão arterial. **JBM**, [S. l.], v. 102, n. 5, p. 13-8, 2014.
- ⁴OLIVEIRA, Edênia Santos Garcia. Como medir a pressão arterial. [S. l.], [S. n.], 2015.

Saúde mental na APS: Abordando transtornos depressivos e ansiosos

Iana Nocrato Galeno
Kílvia Maria Albuquerque

1. Introdução

Um dos princípios da Atenção Básica é possibilitar que os usuários tenham o primeiro acesso à saúde, incluindo aqueles que demandam um cuidado com saúde mental.

Atualmente, a demanda de atendimentos voltada à saúde mental tem aumentado bastante e, com isso, vem sendo, cada vez mais, necessário que os profissionais se aprofundem mais sobre o tema, as estratégias existentes e os fármacos disponibilizados na rede, para que a população possa usufruir, de forma adequada, do que lhe é ofertado.

As intervenções nas unidades de atenção básica devem propiciar novas possibilidades de modificar e qualificar as condições de vida da população, orientando os usuários a buscarem uma produção de saúde, e não somente a cura de doenças. Para esse fim, é necessário olhar o indivíduo em suas inúmeras vertentes, incluindo os seus medos, sonhos, desejos etc; e é dessa forma que, na Atenção Primária em Saúde (APS), ocorre a elaboração dessas intervenções no âmbito da saúde mental, criada com o mesmo intuito de proporcionar uma mudança na qualidade de vida do indivíduo, que é construída no cotidiano dos encontros entre os profissionais e os usuários; juntos, eles elaboram novas ferramentas e estratégias para compartilhar e erguer esse cotidiano em saúde.

Entre as ações de intervenção, estão a escuta qualificada, o matriciamento, os grupos de apoio, o projeto terapêutico singular (PTS), a visita domiciliar, a prescrição de psicofármacos, entre outras estratégias que são fundamentais no acolhimento do paciente e partem do diferencial de que só a APS pode proporcionar o cuidado próximo a seus usuários.

As principais situações de atendimento de saúde mental no âmbito da atenção básica são decorrentes da depressão e ansiedade. Visto isso, neste

capítulo, vamos abordar alguns dos sintomas, diagnóstico e tratamento que podem ser utilizados para tratar essas comorbidades.

2. Transtornos de ansiedade

Entre os transtornos psiquiátricos, os transtornos de ansiedade são os mais comuns, resultando em grande sofrimento com importante comprometimento funcional. Os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativa, ou seja, aqueles induzidos pelo estresse, por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados em nível de desenvolvimento. Nesse caso, são ditos como sintomas de ansiedade primário, isto é, não são decorrentes de algo.

Existem dois componentes da experiência da ansiedade, que são a percepção das sensações fisiológicas, como palpitações, sudorese excessiva, taquicardia, aperto no peito, náuseas etc.; e o segundo componente que é a percepção de estar nervoso ou assustado. Associado a isso, o indivíduo ainda pode manifestar sentimento de vergonha, confusões e distorções das percepções, além de redução da concentração e memória.

Os principais fatores de risco para transtorno de ansiedade são ser do sexo feminino, são os eventos de vida estressante, os maus-tratos na infância, o estresse crônico e outros, como divórcios, desempregos e baixa condição econômica. A etiologia é multifatorial, dependendo da interação entre a predisposição genética e os fatores ambientais relacionados ao indivíduo.

Entre a gama de transtornos de ansiedade existentes, os que mais se destacam em prevalência são o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e o Transtornos do Pânico (TP).

2.1 Transtornos de ansiedade generalizada

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado por uma ansiedade e preocupação excessivas com diversos eventos ou atividades de difícil controle, ocorrendo, na maioria dos dias, por, no mínimo, seis meses. O paciente precisa manifestar, pelo menos, três queixas físicas das seguintes, como inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele,

fatigabilidade, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, dificuldade em conciliar ou manter o sono ou sono insatisfatório. Deve vir acompanhado com sofrimento significativo ou prejuízo funcional. Pode vir a cursar com ataques de pânico, mas é importante lembrar que a preocupação do paciente não é só sobre ter um novo ataque, mas, sim, sobre os aspectos gerais da vida primordialmente.

2.2 Transtorno do pânico

O ataque de pânico é caracterizado por uma crise inesperada e recorrente. São surtos abruptos de medo ou desconforto intenso que alcançam um pico em até 10 minutos e, durante o qual, ocorrem quatro ou mais dos seguintes sintomas, sendo palpitações, sudorese, tremores, sensação de falta de ar ou sufocamento, sensação de asfixia, desconforto torácico, náuseas ou desconforto abdominal, tontura, desmaio ou vertigem, sensação de calor ou frio, parestesias, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou enlouquecer e medo de morrer.

O transtorno de pânico é definido por ocasionar mais de uma crise de pânico, na qual, pelo menos, um dos ataques deve ser sucedido por um mês ou mais de preocupação persistente com a possibilidade de ocorrer uma nova crise e as consequências que essa nova crise pode acarretar; e, por causa disso, ocorre uma alteração significativa do comportamento.

A abordagem do paciente com transtorno da ansiedade deve ser individualizada, podendo serem aderidos fármacos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), como o Citalopram e a Sertralina, e, associada ao tratamento farmacológico, é importante a indicação da psicoterapia, como a terapia cognitiva comportamental. Para o controle momentâneo da crise do pânico, pode ser usado benzodiazepínico, por curto período de tempo, visto que age imediatamente nos sintomas de ansiedade.

3. Transtornos depressivos

A depressão é caracterizada por ser um transtorno do humor, com sintomas de cunho mais negativo, causando anedonia, irritação, lentificação das funções psíquicas, além de prejuízo na capacidade de concentração, atenção, diminuição do prazer e ânimo para as atividades do dia e atividades de lazer. A depressão é uma doença e não uma escolha. Pode ser tão prejudicial socialmente quanto às doenças coronarianas e mais debilitante que o diabetes mellitus ou a artrite. Além disso, até 15% dos pacientes gravemente deprimidos cometerão suicídio. Os transtornos depressivos são consequências da intervenção de processos biológicos, genéticos, psicológicos e ambientais, ou seja, é de causa multifatorial.

3.1 Transtorno Depressivo Maior

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) também é chamado de depressão unipolar, porque só tem um polo. É uma condição comum, de curso crônico e recorrente, que causa prejuízo ao bem-estar das pessoas e, além disso, compromete, ou seja, causa um desvio marcante no funcionamento. Ele ainda é pouco diagnosticado e pouco tratado em todos os níveis de atenção à saúde, seja pela pouca procura, seja pelo baixo diagnóstico. A morbidade da depressão está relacionada com a prevalência, persistência, recorrência, cronicidade e o grau de incapacitação que ela pode provocar.

De acordo com a DSM-5 (2014), para o diagnóstico de TDM, é necessário cinco ou mais dos seguintes sintomas, presentes por um mesmo período de, pelo menos, duas semanas, causando um sofrimento importante ou uma interferência na vida do indivíduo, e não podendo ser atribuídos aos efeitos diretos de uma substância ou outra condição médica. Ademais, pelo menos um dos sintomas precisa ser de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. Os sintomas são humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte dos dias; perda ou ganho significativo de peso sem dieta (acima de 5% em um mês) ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo

psicomotor quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar ou indecisão quase todos os dias; pensamentos recorrentes de morte; ideação suicida recorrente sem um plano específico; uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

A terapêutica não farmacológica é de fundamental importância no tratamento da depressão, sendo necessária a indicação de psicoterapia, grupos de ajuda, Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre outras ações que a APS pode fornecer, para que, associado ao psicofármaco, os resultados possam ser cada vez mais satisfatórios. Entre os fármacos mais usados, estão os ISRS (como fluoxetina e paroxetina) e os tricíclicos (como amitriptilina e nortriptilina).

Dessa forma, observamos o papel importante que a Atenção Primária à Saúde tem de guiar, acolher, tratar e referenciar os pacientes da saúde mental, sendo, inúmeras vezes, a porta de entrada para o primeiro atendimento. Logo, desenvolver um programa de educação permanente em saúde para esses profissionais torna-se necessário no âmbito da saúde atual do nosso país, para que, dessa forma, possamos, cada vez mais, atender, de maneira eficiente e resolutive o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

- ¹BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. **Brasília**: Ministério da Saúde, 2013.
- ²AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. **Porto Alegre**: Artmed, 2014.
- ³KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11. ed. **Porto Alegre**: Artes Médicas, 2015.
- ⁴WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. **Genebra**: WHO, [S. l.], 2017.

Hábitos de Vida

Fernanda Alice Silva Vasconcelos
Ana Amélia Reis Jereissati

1. Introdução

O comportamento é determinado por diversas influências, que incluem aspectos demográficos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos de uma pessoa ou de uma coletividade, evidenciando a interação existente entre as dimensões cognitivas e emocionais, esse conjunto todo define a qualidade de vida de um indivíduo.

O processo do cuidado integral à saúde é missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia Saúde da Família. Ele envolve a promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação. A realidade do cuidado nos serviços de APS é complexa e cheia de incertezas, e nela os rastreamentos oportunistas se mesclam com o cuidado clínico cotidiano, quer por iniciativa do paciente, quer por iniciativa do profissional ou por demanda institucional local.

Para ter saúde de qualidade em indivíduos, incluem dois elementos fundamentais: tratamento apropriado para a doença atual e cuidados preventivos apropriados para tentar diminuir o declínio futuro da saúde. Os cuidados de saúde preventivos são um aspecto importante da prática médica, levando a melhorias significativas na saúde geral. Várias questões estão envolvidas na prestação de cuidados preventivos eficazes. Os médicos precisam priorizar e decidir quais dos muitos serviços preventivos disponíveis recomendar e quais desencorajar para evitar danos de testes ou intervenções inadequadas.

2. Processo de mudança

Tanto as ações de promoção quanto específicas de educação em saúde têm como base a compreensão dos comportamentos relativos à saúde e a

transformação do conhecimento sobre determinado comportamento em estratégias úteis para melhorar e manter uma condição saudável.

A motivação é um aspecto-chave quando se procura entender por que uma pessoa age de certa maneira e quando se pensa em fazê-la modificar seu comportamento. É, portanto, o que fomenta determinado comportamento e o combustível que o alimenta. Em se tratando de motivação, não se pode perder de vista também sua possibilidade de mudar à medida que o tempo passa. Aquilo que motiva uma pessoa hoje pode não ser um motivador amanhã.

3. Componentes principais

Indivíduos que se auto-selecionam para uma dieta saudável têm riscos significativamente menores de doença cardiovascular (DCV), incluindo doença cardíaca coronária (DAC) e acidente vascular cerebral. Os componentes de uma dieta saudável incluem a ingestão de frutas e vegetais, fibra, incluindo, cereais, alimentos com baixo índice glicêmico e baixa carga glicêmica, gordura monoinsaturada em vez de ácidos graxos trans ou gorduras saturadas e ácidos graxos ômega-3 de peixes ou fontes vegetais.

O tabagismo continua sendo a principal causa evitável de morte prematura em todo o mundo, bem como uma das principais causas evitáveis de morbidade. Os benefícios da cessação começam a aparecer após apenas alguns meses. Todos os fumantes devem ser aconselhados regularmente a parar de fumar. Uma série de abordagens, incluindo terapia comportamental, apoio de familiares e em alguns casos terapias farmacológicas.

A atividade física regular é recomendada nos primeiros anos escolares e ao longo da vida. As recomendações comuns incluem exercícios de intensidade moderada por 150 minutos por semana, exercícios de intensidade vigorosa por 75 minutos por semana ou uma combinação equivalente dessas atividades. Adultos com capacidade de exercício limitada devido a comorbidades devem permanecer tão fisicamente ativos quanto sua condição permitir.

4. Serviços preventivos

Os serviços preventivos devem centrar-se nos problemas de saúde prioritários e nas intervenções eficazes. Os efeitos das intervenções preventivas recomendadas na longevidade ou qualidade de vida variam amplamente, e o potencial efeito benéfico de qualquer intervenção em um paciente individual varia de acordo com seu estilo de vida, histórico médico e familiar e outros fatores de risco.

Existem danos associados à triagem, incluindo ansiedade produzida por testes de triagem falso-positivos, danos associados a testes de diagnóstico após um teste de triagem positivo, diagnóstico excessivo de condições que podem ser tratadas, mas nunca se tornariam clinicamente aparentes e custo.

Não há diretrizes rígidas para a frequência ideal de visitas periódicas e não há evidências sobre as quais basear as recomendações de frequência ideal. Os exames anuais não são indicados para a maioria dos pacientes mais jovens, embora pessoas com problemas crônicos de saúde, como diabetes, justifiquem visitas regulares, com ou sem visita periódica de manutenção da saúde, independentemente da idade.

Na ausência de tais indicações, sugerimos visitas periódicas de manutenção de saúde a cada três anos para pacientes adultos ≤ 49 anos sem condições crônicas e anualmente para adultos ≥ 50 anos.

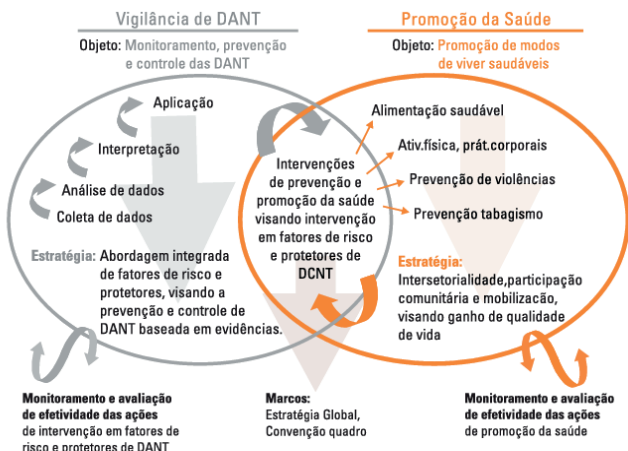
5. Prevenção de doenças

A avaliação de risco cardiovascular em pacientes com idade ≥ 20 anos devem ser submetidas a cada três a cinco anos. Para adultos com hipertensão e hiperlipidemia, bem como para todos os adultos de 35 a 70 anos com IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$, é recomendado o rastreamento de diabetes tipo 2 como parte da avaliação de risco cardiovascular.

Na obesidade é necessário rastrear todos os pacientes com um índice de massa corporal (IMC) e aconselhar todos os pacientes a manter um peso corporal saudável e avaliar possíveis fatores de risco.

diretriz para a prevenção dos fatores de risco das Dant e para a promoção da saúde da população com vistas a dirimir desigualdades em saúde.

As ações de promoção à saúde envolvem atuação intersetorial pactuada, visando o desencadeamento de ações articuladas em comunidades e grupos populacionais específicos, com vistas a promover comportamentos e estilos de vida saudáveis.



Fonte: Duarte (2005)

6. Considerações finais

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o empoderamento como “um processo através do qual as pessoas ganham maior controle sobre decisões e ações que afetam sua saúde” e devem ser vistas como um processo individual e comunitário. Ou seja, significa capacitar as pessoas para que tenham o direito de fazer suas próprias escolhas sobre seus cuidados em saúde.

Desse modo, quanto mais informado estiver o cidadão sobre as questões que envolvem qualquer medida preventiva, melhor será seu entendimento e adesão aos programas preventivos, melhorando a qualidade de vida.

As intervenções apropriadas de triagem e prevenção precisam ser priorizadas tanto pela eficácia na modificação dos resultados quanto pelo risco da condição no paciente individual.

REFERÊNCIAS

- ¹GUSSO, Gustavo D. F.; LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. 2. ed. **Porto Alegre**: Artmed, 2019.
- ²BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- ³SOUSA, Paulo (Org.) Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. – 2.ed (revista e ampliada) – **Rio de Janeiro**, RJ : CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019.
- ⁴HENNEKENS, Charles H. Visão geral da prevenção primária de doenças cardiovasculares. [S. l.], [S. n.], [S. d.].
- ⁵BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, [S. l.], 2005.

Hanseníase na atenção primária

Carolina de Paiva Farias
Lucas Eliel Beserra Moura

1. Definição

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica e potencialmente incapacitante. É causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo.

2. Introdução

A Hanseníase é uma doença endêmica em várias regiões do mundo e acomete todos os estados Brasileiros. É mais prevalente nas regiões norte e nordeste, principalmente no Mato Grosso, Maranhão, Paraíba, Bahia e Ceará. É mais comum em homens, afetando todas as idades, inclusive crianças e idosos. Pico de incidência é de 10 aos 20 anos, e de prevalência 30 aos 50 anos.

A susceptibilidade ao *M. leprae* possui influência genética, dessa forma, familiares de pessoas com hanseníase apresentam maior chance de adoecer. Além disso, observa-se uma relação entre a cor da pele e a gravidade da doença, pois nos africanos negros, a suscetibilidade é alta, porém, há predomínio de formas mais brandas da doença.

É uma doença que apresenta alta infectividade e baixa patogenicidade. Os bacilos crescem melhor em tecidos mais frios, como na pele e os nervos periféricos (face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e joelhos), mas também pode afetar os olhos e órgãos internos.

A hanseníase é uma doença que tem tratamento e cura, e os portadores podem ter uma recuperação completa, desde que ocorra a detecção precoce da doença evitando a instalação de incapacidades e deformidades.

3. Quadro Clínico e Classificação

O quadro clínico e a apresentação da doença depende de fatores genéticos, ambientais e da imunidade celular específica para o patógeno, por se tratar de um bacilo intracelular obrigatório. Além disso, o *M. leprae* tem tropismo pelas células de Schwann dos nervos periféricos e macrófagos da pele,

desse modo existe uma predominância de sintomas dermatológicos e neurológicos na hanseníase.

Indivíduo com Imunidade celular específica para o bacilo, observa-se:

- poucos bacilos - o indivíduo é capaz de destruir.
- poucas lesões – as lesões são diretamente proporcionais a quantidade de bacilos.
- Tendência de assimetria de lesões
- Bordas bem delimitadas – sistema imunológico competente, formação do granuloma, bordas precisas.
- Acometimento neuronal precoce (precoce é diferente de gravidade)

Indivíduos com ausência de imunidade celular específica para o bacilo, observa-se:

- Muitos bacilos
- Muitas lesões
- Tendência de simetria de lesões
- Bordas mal delimitadas – sistema imunológico incompetente, bordas imprecisas.
- Acometimento neuronal tardia
- Reação de Mitsuda negativa

Indivíduo com imunidade celular parcial para o bacilo, observa-se:

- Muitos bacilos
- Muitas lesões
- Tendência de assimetria de lesões
- Bordas mal delimitadas externas e internas precisas

De forma geral, a doença pode manifestar qualquer lesão dermatológica (mancha, pápula, nódulo e infiltração) com presença de alteração da sensibilidade nas lesões, característica marcante da doença. Esta perda da sensibilidade respeita a seguinte ordem: térmica, dolorosa e por fim a tátil. Assim, é importante identificar a doença nos estágios iniciais, buscando evitar a progressão do dano neurológico e consequências geradas pela hipoestesia ou anestesia.

Forma indeterminada: forma inicial da hanseníase, pode ser perceptível ou não, podendo evoluir para cura ou para as demais formas. Normalmente afeta crianças. Não há comprometimento de troncos nervosos, logo, não há incapacidade e deformidades.

Clínica:

- Lesão única e localizada
- Mancha/mácula hipocrômica ou eritemato-hipocrômica, com bordas mal delimitadas e sem alteração de relevo
- É uma lesão seca, “não pega poeira”, ausência de sudorese na área.
- Há hipoestesia ou anestesia térmica e/ou dolorosa, geralmente, a sensibilidade tátil é preservada.
- Sem localização preferencial, em qualquer parte do corpo.
- Prova de histamina (tríplice reação de Lewis), reação incompleta, ausência do arco reflexo - eritema secundário.
- Teste da pilocarpina (avaliação de sudorese) pode ser positivo.
- Exames laboratoriais negativos não afastam o diagnóstico clínico!

Forma tuberculóide: forma da doença em que o sistema imune do indivíduo consegue destruir os bacilos. Pode acometer crianças e adultos.

Clínica:

- Mancha/placas de pequeno número, forma e tamanho variado – são bem delimitadas
 - Placas - aspecto papular ou tuberoso
 - Placas de bordas elevadas e centro claro (forma de anel ou círculo)
- Pode haver queda de cabelo
- Sudorese ausente ou diminuída nas lesões
- Há alterações acentuadas de sensibilidade nas lesões (térmica, dolorosa e tátil)
- Acometimento nervoso, em geral intenso.
- Acometimento de tronco nervoso – espessamento neural e paralisia.

Forma dimorfa ou borderline: forma mais comum de apresentação da doença (>70% dos casos). O indivíduo apresenta imunidade parcial frente ao bacilo (Instabilidade imunológica: episódios reacionais frequentes). apresenta tanto características de forma tuberculóide quanto da forma virchowiana.

Clínica:

- Máculas avermelhadas ou esbranquiçadas, com bordas elevadas, mal delimitadas na periferia, ou múltiplas lesões bem delimitadas semelhantes à lesão tuberculóide, com borda externa esmaecida (pouco definida).
- Borda interna bem delimitada, borda externa mal delimitada.
- Pode apresentar lesões infiltradas, frequentemente em lóbulo auricular.
- Há alterações acentuadas de sensibilidade nas lesões (térmica, dolorosa e tátil)
- Comum haver comprometimento assimétrico de nervos periféricos, às vezes visíveis ao exame clínico.

Forma virchowiana: forma mais contagiosa da doença

Clínica:

- Lesões cutâneas polimórficas, numerosas e em geral de limites imprecisos.
- Lesões eritemato infiltradas com limites externos pouco nítidos (eritemato-acastanhada ou eritemato-amarelada)
- Extremidades infiltradas e xeróticas
- A face costuma ser lisa devido a infiltração (“face leonina”).
- Pavilhão auricular e lóbulos infiltrados.
- Madarose parcial a total e perda dos cílios, além de outros pelos
- Sudorese diminuída ou ausente de forma generalizada
- Câimbras e formigamentos nas mãos e pés.
- Anestesia é mais tardia, “em luva” ou “em bota”, bilateral.
- Acometimento de mucosas: nasal, orofaríngeo e ocular infiltradas. Pode ter adenopatia e infiltração de outros órgãos.

4. Diagnóstico

O diagnóstico é clínico e confirmado na presença de pelo menos um sinal cardinal.

Sinais cardiais:

- Alterações de sensibilidade.
- Espessamento neural – comprometimento de troncos nervosos periféricos e perda da sensibilidade em palma e plantas.
- Baciloscopia positiva

As lesões cutâneas normalmente não coçam, não suam e tem perda de pelos. podem ser avaliadas por:

- Pesquisa de sensibilidade
- Prova da histamina tríplice reação de lewis)
- Prova da pilocarpina (avaliação de sudorese)
- Teste de mitzuda (avaliação de resposta celular):

Exames laboratoriais

- Teste rápido
- Baciloscopia
- ANTI-PGL1

Exames laboratoriais negativos não afastam o diagnóstico clínico.

Após o diagnóstico é indispensável realizar a avaliação da função neurológica e do grau de incapacidade físico, desse modo é possível acompanhar a evolução do quadro ao longo do tratamento. Essa avaliação deve ser repetida em casos de estados reacionais e na alta por cura.

A avaliação dos contatos intradomiciliares é fundamental para evitar a disseminação da doença e, caso exista a necessidade, é indicada a profilaxia com BCG ou o tratamento em caso de confirmação diagnóstica.

5. Conduta

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória. Após a confirmação do diagnóstico, a notificação deve ser realizada

lesões, e o que muda é o tempo de tratamento, sendo a medicação e dose padronizada para o adulto. É denominado “Poliqumioterapia Única – PQT-U”, sendo feito uso de rifampicina (dose mensal de 600mg, supervisionada), clofazimina (dose mensal de 300mg, supervisionada; dose diária de 50mg, autoadministrada), e dapsona (dose mensal de 100mg, supervisionada; dose diária de 100mg, autoadministrada).

- **Paucibacilar** (até 5 lesões): o tratamento deve ser realizado com seis blisters de poliqumioterapia durante 6 meses, pode se estender até 9 meses.
- **Multibacilar** (mais de 5 lesões): o tratamento deve ser realizado com 12 blisters de poliqumioterapia durante 12 meses, pode se estender até 18 meses

Finalmente, a prevenção de incapacidades deve ser realizada durante todo o tratamento e após a alta, objetivando proporcionar ao paciente a manutenção ou melhora de sua condição física, socioeconômica e emocional.

6. Quando encaminhar

Em caso de dúvida diagnóstica; evolução desfavorável ou com características atípicas, como reação hansênica; na presença de reações ou intolerância ao tratamento é indicado o encaminhamento para unidades especializadas no manejo da hanseníase.

REFERÊNCIAS

- ¹AZULAY, Rubem David; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 7. ed. **Rio de Janeiro**: Guanabara Koogan, p. 1-164, [S. l.], 2017.
- ²BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. **Brasília**: Ministério da Saúde, 2017.
- ³BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. Nota Técnica nº 4/2020-CGDE/DCCI/SVS/MS. Assunto: ampliação de uso da clofazimina para hanseníase paucibacilar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Brasília**, 2020.
- ⁴UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Abordagem da Hanseníase na atenção básica. Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo Telessaúde Santa Catarina/Florianópolis: CCS/UFSC, 2018. Disponível em: Núcleo Telessaúde Santa Catarina.

ISBN: 978-65-89839-60-6

CDL



9 786589 839606