



**Produção do manual do residente de medicina de  
família e comunidade: capítulo de abordagem a  
problemas infecciosos**

Aurélio Borges Moreira

**Produção do manual do residente de medicina de família e comunidade: capítulo de abordagem a problemas infecciosos**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador: MFC Maicol Ferreira Barbosa  
Coorientador: MFC João Alfredo Cadorin da Silva

Campo Grande  
2022

## RESUMO

MOREIRA, Aurélio Borges. **Produção do manual do residente de medicina de família e comunidade:** capítulo de abordagem a problemas infecciosos. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande. **Objetivo:** elaborar o capítulo de abordagem a problemas infecciosos, e assim fornecer material qualificado para que profissionais de saúde possam realizar consulta e aprimorar sua assistência. **Métodos:** busca criteriosa de publicações atualizadas disponibilizadas por entidades consagradas, pesquisa em livros tradicionais de Medicina de Família e Comunidade, e seleção de artigos na base de dados Scielo envolvendo os temas HIV, tuberculose pulmonar, sífilis, hanseníase e calendário vacinal. **Resultados:** produção do capítulo de abordagem a problemas infecciosos, com seu desenvolvimento em 5 subcapítulos: infecção pelo HIV e AIDS, tuberculose pulmonar, sífilis, hanseníase e calendário vacinal. **Conclusões:** o material desenvolvido permitirá um rápido acesso a informações que são essenciais para uma boa avaliação clínica de pacientes com problemas infecciosos na atenção primária.

**Palavras-chave:** HIV, tuberculose, sífilis, hanseníase, febre de origem indeterminada, calendário vacinal

## **INTRODUÇÃO**

A atenção primária é palco dos mais diversos problemas em saúde. É através dela que o paciente geralmente tem o primeiro acesso ao Sistema Público de Saúde, sendo então um nível do sistema que abarca um grande volume de indivíduos. Tal abrangência exige de seus profissionais um conhecimento igualmente amplo para prestar uma assistência de qualidade.<sup>1</sup>

Dentre tais problemas, e conhecimentos necessários, destaca-se aqueles relacionados a problemas infecciosos. Até um tempo atrás, não se imaginava a possibilidade de acompanhamento adequado dos pacientes com HIV ou tuberculose fora dos ambulatórios da atenção terciária. Hoje em dia, tais pacientes recorrem cada vez mais à atenção primária para a abordagem de seus problemas, seja por dificuldade de acesso aos especialistas, seja por um vínculo mais concreto com o assistente local.<sup>1</sup>

Considerando tal necessidade, deu-se início à produção do Manual do residente de saúde da família e comunidade, sendo que neste presente trabalho será desenvolvido o capítulo de abordagem a problemas infecciosos.

## **QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA**

Como auxiliar outros residentes de medicina de família e comunidade a expandir seus conhecimentos para melhor abordagem dos problemas infecciosos mais prevalentes na atenção primária de Campo Grande?

## **HIPÓTESE**

Manual do residente de medicina de família e comunidade: capítulo de abordagem a problemas infecciosos.

## **OBJETIVO PRIMÁRIO**

Elaborar o capítulo de abordagem a problemas infecciosos para o Manual do residente de saúde de família e comunidade, contemplando a realidade da atenção primária de Campo Grande, e assim permitindo que outros profissionais tenham material qualificado para consulta e aprimoramento de sua assistência.

## **OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

Expandir o conhecimento geral dos residentes de medicina de família e comunidade sobre os principais problemas infecciosos da atenção primária.

Incrementar a resolutividade da atenção primária.

Reduzir a prevalência e os danos consequentes à problemas infecciosos na população local.

## **MÉTODOS**

Realizada busca criteriosa de publicações atualizadas disponibilizadas por entidades consagradas como o Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e a Sociedade Brasileira de Imunizações. Outra fonte importante para a confecção deste capítulo foram os livros tradicionais na área da Medicina de Família e Comunidade, como o Tratado de Medicina de Família e Comunidade (2ª edição), e o Medicina Ambulatorial: condutas na APS (4ª edição);

além de livros de clínica médica. Por fim, foram selecionados artigos em acervos digitais da Scielo utilizando as palavras-chave: HIV, tuberculose, sífilis, febre de origem indeterminada e calendário vacinal. Em tal processo foram priorizados aqueles trabalhos que tratavam da abordagem de tais temas na APS. Os critérios de inclusão e exclusão não se aplicam a esse trabalho. Os benefícios advindos dessa publicação são representados pelo aumento da qualificação dos profissionais da atenção primária. Riscos não se aplicam a esta pesquisa.

## **RESULTADOS**

### **4. ABORDAGEM A PROBLEMAS INFECCIOSOS**

Olá, caro colega residente e profissional de saúde, este é o capítulo de abordagem a problemas infecciosos. Tal assunto é considerado por muitos um tema difícil e complexo, havendo, geralmente, receio quanto ao manejo de tais patologias. No intuito de auxiliar sua prática clínica, esse capítulo foi construído de modo a fornecer informações que não podem faltar em uma boa avaliação do paciente na Atenção Primária em Saúde (APS). Bons estudos!

#### **4.1. INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)**

##### **4.1.1. Diagnóstico**

###### Sintomas para suspeição do diagnóstico clínico

A infecção pelo HIV se manifesta de diferentes formas, a depender do estágio da infecção. Assim, pacientes com infecção aguda apresentam sintomas inespecíficos de uma síndrome viral, nesse caso, a síndrome retroviral aguda (SRA). Já os pacientes com infecção crônica podem ser assintomáticos, ou apresentarem sintomas

que sugerem imunossupressão. O **quadro 1** define os possíveis sintomas de cada estágio.<sup>1,2</sup>

**Quadro 1** – Sintomas sugestivos de SRA ou AIDS

SRA	AIDS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Febre, exantema</li><li>• Astenia, anorexia</li><li>• Cefaleia, mialgia, faringite</li><li>• Náuseas, vômitos, diarreia</li><li>• Linfonomegalia (principalmente cadeia cervical anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perda ponderal não intencional</li><li>• Sudorese noturna</li><li>• Estado febril recorrente</li><li>• Diarreia crônica</li><li>• Lesões orais (leucoplasia)</li><li>• Infecções recorrentes, apresentações atípicas de infecções, resposta tardia a antibióticos</li></ul>

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, 2018

### Doenças definidoras de AIDS

Os pacientes que apresentam Síndrome de Imunodeficiência Adquirida estão mais suscetíveis a doenças oportunistas e apresentações atípicas de doenças. Alguns desses quadros são tão sugestivos da síndrome que foram classificados como “doenças definidoras de AIDS” (**quadro 2**). Assim, quando abordar pacientes com tais apresentações suspeite de AIDS!<sup>2</sup>

**Quadro 2** – Doenças definidoras de AIDS

Síndrome consumptiva (perda > 10% do peso habitual) associado a diarreia crônica (≥ 2 episódios por mais de um mês); ou astenia persistente e febre recorrente por mais de um mês)

Pneumonia recorrente ( $\geq 2$ episódios em um ano); pneumonia por <i>Pneumocystis jiroveci</i> ; Septicemia recorrente por <i>Salmonella não thyphi</i>
Tuberculose pulmonar e extrapulmonar; infecção disseminada por micobactérias
Candidíase esofágica e/ou de vias aéreas
Histoplasmose, coccidiomicose (micoses disseminadas)
Criptococose extrapulmonar; criptosporidiose intestinal por mais de um mês; isosporíase intestinal por mais de um mês
Neurotoxoplasmose
Retinite pelo citomegalovírus (CMV) e doença pelo CMV em outros órgãos (exceto fígado, baço ou linfonodos); herpes simples mucocutânea (por mais de 1 mês) ou visceral
Reativação de doença de Chagas; leishmaniose com apresentação atípica
Nefropatia, cardiomiopatia e/ou encefalopatia pelo HIV; leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP)

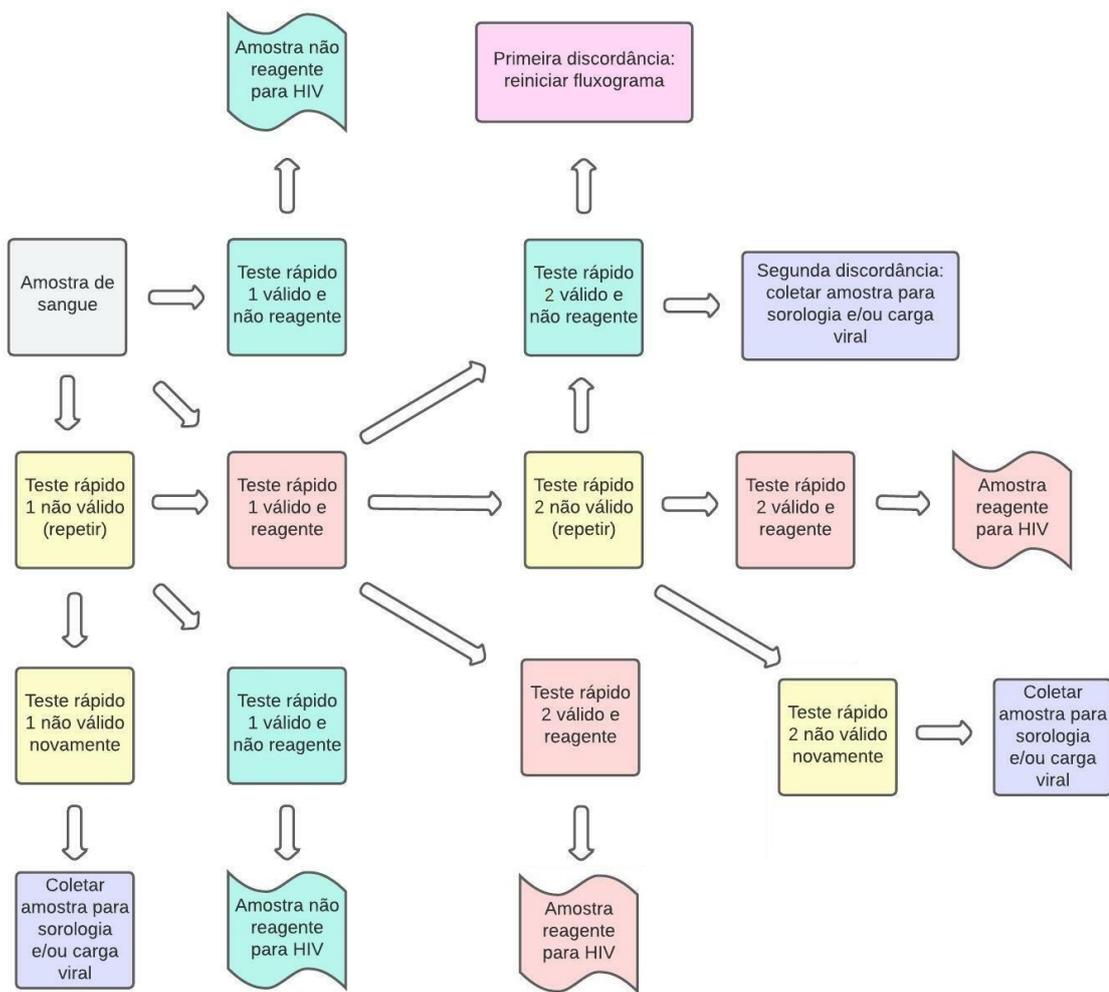
Sarcoma de Kaposi; linfoma não Hodgkin de células B; neoplasia primária de sistema nervoso central (SNC); carcinoma cervical invasivo

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, 2018

### Diagnóstico da infecção pelo HIV em pacientes > 18 meses

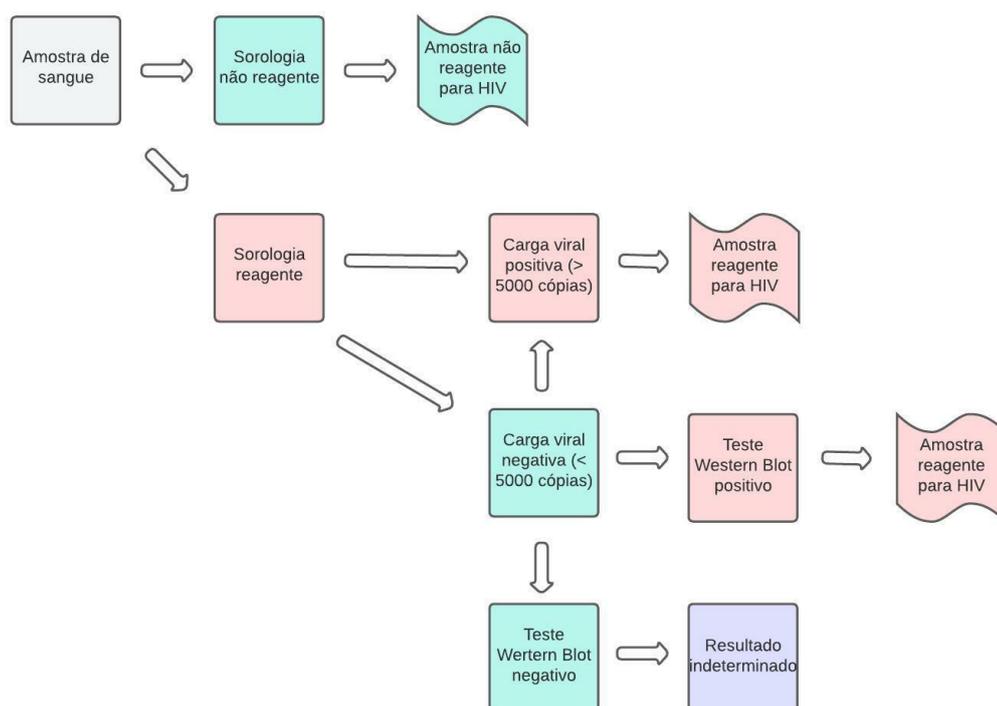
Durante a investigação da infecção pelo HIV recorreremos a exames complementares para auxiliar o processo diagnóstico. Dentre os exames realizados temos os testes imunológicos (teste rápido, sorologia, Western Blot) e os testes moleculares qualitativos ou quantitativos (carga viral). Porém, tão importante quanto conhecer os testes disponíveis, é saber como utilizá-los para obter um diagnóstico confiável. A **figura 1** descreve como realizar o diagnóstico usando apenas os testes rápidos. Já a **figura 2** descreve o processo de diagnóstico usando sorologia, carga viral (CV) e/ou Western Blot (WB). A escolha de um ou outro fluxograma depende da disponibilidade dos testes, assim como na capacidade (ou não) de realizar um seguimento apropriado do paciente!<sup>3</sup>

**Figura 1** – Fluxograma para diagnóstico usando 2 testes rápidos



Fonte: Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, 2018

**Figura 2** – Fluxograma para diagnóstico usando sorologia e carga viral

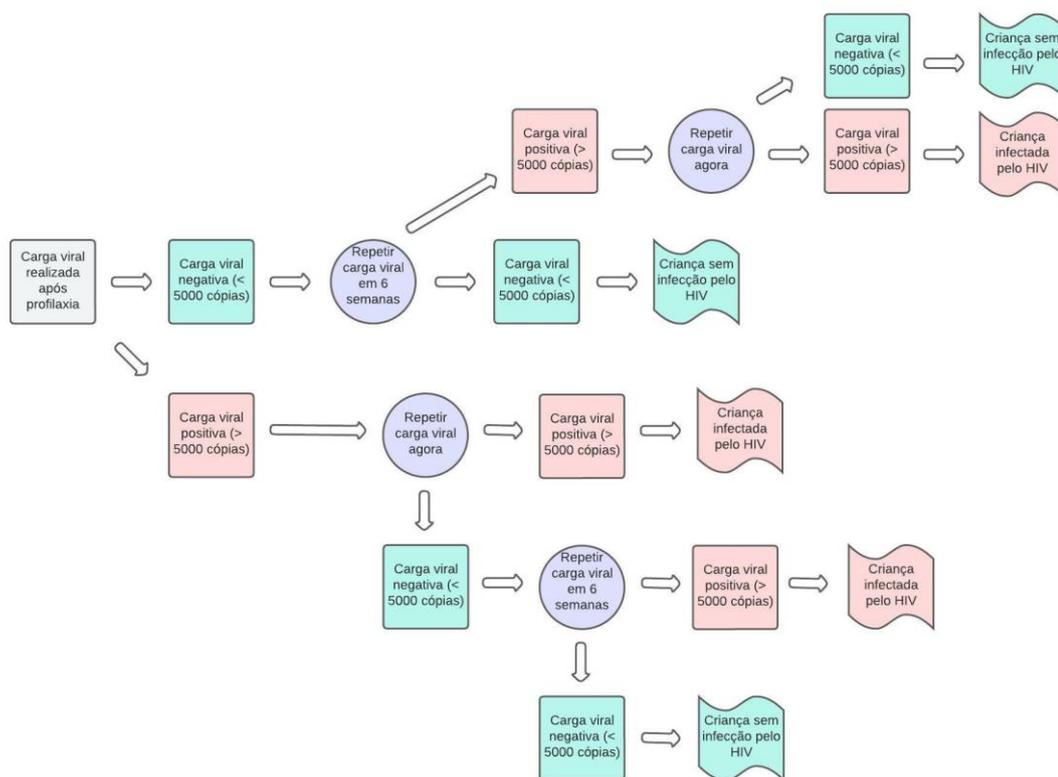


Fonte: Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, 2018

### Diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças entre 1 e 18 meses

O processo de diagnóstico da infecção pelo HIV difere nos pacientes da faixa pediátrica entre 1 e 18 meses. Esses pacientes podem apresentar anticorpos contra HIV adquiridos por passagem transplacentária. Assim, métodos imunológicos de diagnóstico não são os mais apropriados. Dessa forma, a dosagem da carga viral será o nosso método de escolha, como exemplificado na **figura 3**.<sup>3</sup>

**Figura 3** – Fluxograma para diagnóstico em crianças entre 1 e 18 meses



Fonte: Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, 2018

#### 4.1.2. Tratamento

##### Exames solicitados no início de tratamento

Uma vez realizado o diagnóstico, o tratamento está indicado. Porém, antes de iniciar a terapia antirretroviral (TARV) é prudente solicitar exames (**quadro 3**) que evidenciem patologias pré-existentes que possam contraindicar o uso de alguma das medicações, ou que possam indicar necessidade de acompanhamento em outros níveis do sistema de saúde.<sup>2</sup>

##### **Quadro 3** – Exames solicitados no início do tratamento

- ✓ Quantificação de CD4 e CV
- ✓ Hemograma completo
- ✓ Glicemia
- ✓ Lipidograma: colesterol frações e triglicerídeos
- ✓ Avaliação renal: creatinina, ureia, urina tipo I
- ✓ Avaliação hepática: transaminase oxalacética (TGO), transaminase pirúvica (TGP), fosfatase alcalina (FA), bilirrubina total e frações
- ✓ Pesquisa de hepatites: HbsAg, Anti-HBc, Anti- HBs; Anti-HCV; Anti-HAV
- ✓ Pesquisa de sífilis: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory, em inglês)
- ✓ Sorologia toxoplasmose (IgM e IgG)
- ✓ Sorologia HTVL 1 e 2 (Anti-HTLV 1 e 2)
- ✓ Sorologia Chagas (Anti-tripanosossoma)
- ✓ Radiografia de tórax
- ✓ Prova tuberculínica (PT)

Fonte: Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, 2018

Tenha em mente que apesar da recomendação de avaliação complementar inicial, na impossibilidade de se realizar os exames, não adie o início do tratamento. E não se esqueça que a infecção pelo HIV é uma doença de notificação compulsória!<sup>4</sup>

❖ As solicitações de CD4 e carga viral devem ser feitas em formulário especial. Consulte o QR Code ao lado para acesso aos formulários atualizados.



### Terapia de 1ª linha

O tratamento é indicado para todos os pacientes infectados pelo HIV, independente da presença ou não de sinais de imunodeficiência. Tal medida é capaz de reduzir não só a transmissão da doença, mas também a morbimortalidade nessa população.<sup>2</sup> O **quadro 4** mostra os esquemas de primeira linha preconizados para cada perfil de paciente.

**Quadro 4** – Terapia de 1ª linha

Perfil do paciente	Terapia preconizada
Adultos	Tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg 1x/dia e dolutegravir 50 mg 1x/dia
Coinfecção TB-HIV	Tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg + efavirenz 600 mg 1x/dia
Coinfecção TB-HIV com sinais de gravidade CD4 < 100 céls/mm <sup>3</sup> Presença de sinais de AIDS	Tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg 1x/dia e raltegravir 400 mg 12/12h

Fonte: Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, 2018

❖ A prescrição da TARV também deve ser feita em formulário especial. Consulte o QR code ao lado para acesso ao formulário atualizado.



Terapia na presença de contraindicações às medicações do esquema principal

A terapia de 1ª linha é o esquema mais adequado para a maioria dos pacientes. Porém existem aqueles casos nos quais seremos obrigados a fazer ajustes (**quadro 5**) no tratamento padrão, seja por causa de intolerância do paciente, seja por causa de contraindicações à determinadas medicações.<sup>2</sup>

**Quadro 5** – Ajustes realizados no esquema principal

Medicação e possíveis efeitos	Manejo
Tenofovir = risco de toxicidade renal; diminuição da densidade óssea; hepatomegalia grave com esteatose e/ou acidose láctica	Avaliar a troca por abacavir ou zidovudina Não usar em pacientes com TFG < 60 ml/min Usar com precaução em idoso
Dolutegravir = risco de hepatotoxicidade; risco de reação de hipersensibilidade; cefaleia, insônia, náuseas e/ou vômitos	Avaliar a troca por efavirenz se sintomas adversos muito frequentes, reação de hipersensibilidade ou hepatotoxicidade Em pacientes com possibilidade de engravidar associar método anticoncepcional
Efavirenz = risco de hepatotoxicidade; risco de reação de hipersensibilidade; ginecomastia; convulsões e/ou toxicidade do SNC (alteração de consciência, alteração do humor)	Avaliar a troca por nevirapina ou inibidor de protease (com reforço de ritonavir) se reação de hipersensibilidade ou hepatotoxicidade Avaliar troca para atazanavir (com reforço de ritonavir) se toxicidade de SNC recorrente

Raltegravir = risco de hepatotoxicidade; risco de reação de hipersensibilidade; miopatia e/ou rabdomiólise	Avaliar a genotipagem, pois as opções de medicações alternativas são limitadas
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, 2018

### Vacinas

As pessoas que convivem com o HIV (PVHIV) possuem um calendário vacinal que difere da população em geral. Confira no **quadro 6** as vacinais preconizadas. Outro ponto que merece destaque é o fato de que algumas vacinas (com bactérias ou vírus atenuados) são contraindicadas dependendo do estado imunológico do paciente (**quadro 7**).<sup>2</sup>

**Quadro 6** – Vacinas preconizadas em PVHIV

Vacinas	Esquema
Dupla adulto (dT)	0, 2 e 4 meses; reforço a cada 10 anos
<i>Haemophilus influenzae b</i> (Hib)	0 e 2 meses naqueles < 19 anos não vacinados
Hepatite B	Dose dobrada nos intervalos 0, 1, 2 e 6 a 12 meses
Hepatite A	Dose padrão nos intervalos 0 e 6 a 12 meses; realizada em suscetíveis e portadores de hepatopatias
Tríplice viral	2 doses naqueles ≤ 29 anos 1 dose naqueles entre 30 e 39 anos
Febre amarela	Individualizar risco/benefício de acordo com situação epidemiológica local; 1 dose

Varicela	Duas doses nos intervalos 0 e 3 meses
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumo-23)	Duas doses com intervalo de 5 anos
Influenza	Dose anual
HPV quadrivalente (6, 11, 16 e 18)	Três doses nos intervalos 0, 2 e 6 meses; para indivíduos entre 9 2 26 anos

Fonte: Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, 2018

**Quadro 7** – Vacinas com bactérias ou vírus atenuados de acordo com o estado imunológico

Estado imunológico do paciente	Recomendações
CD4 > 350 céls/mm <sup>3</sup>	Aplicar as vacinas
CD4 entre 200 e 350 céls/mm <sup>3</sup>	Avaliar risco/benefício de acordo com contexto do paciente
CD4 < 200 céls/mm <sup>3</sup>	Não aplicar as vacinas

Fonte: Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, 2018

#### 4.1.3. Seguimento

##### Parâmetros e sintomas investigados na avaliação clínica

Ainda hoje existe grande preconceito e estigma sobre a infecção pelo HIV. Assim, manter um bom vínculo com o paciente é etapa fundamental para uma terapia efetiva e contínua. A cada consulta reforce seu vínculo, incentive o uso de lembretes para a tomada da medicação, e pesquise sinais de descompensação clínica ou má adesão terapêutica. O **quadro 8** detalha aspectos importante a serem investigados nas consultas de seguimento.<sup>1, 5</sup>

**Quadro 8 – Parâmetros e sintomas que devem ser abordados na avaliação clínica**

→ ANAMNESE

- ✓ Verificar a presença de sintomas constitucionais ou de descompensação clínica (febre, perda ponderal involuntária, astenia)
- ✓ Reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras
- ✓ Averiguar quais as necessidades de apoio emocional e social
- ✓ Averiguar dúvidas quanto à doença

→ EXAME FÍSICO

- ✓ Estado geral do paciente
- ✓ Peso, altura e índice de massa corpórea (IMC)
- ✓ Circunferência abdominal
- ✓ Busca de lesões de pele; avaliação de cavidade oral para pesquisa de lesões
- ✓ Palpação de cadeias ganglionares
- ✓ Ausculta pulmonar
- ✓ Palpação de fígado e baço visando pesquisa de hepatoesplenomegalia
- ✓ Exame da genitália para busca de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST)
- ✓ Exame neurológico (considerar exame físico neurológico completo e exame da cognição caso queixas relacionadas a esse sistema)

Fonte: GUSSO, 2019

Além da avaliação clínica, os exames são parte importante do seguimento de PVHIV. Fique atento para a periodicidade (**quadro 9**) preconizada!<sup>2</sup>

**Quadro 9** – Periodicidade dos exames e avaliações clínicas

Exames e avaliações clínicas	Periodicidade
Carga viral	Paciente em uso contínuo da TARV = a cada 6 meses Paciente com início da TARV ou modificação de esquema = depois de 8 semanas
Contagem de CD4	Paciente assintomático, em uso de TARV e CV indetectável = a cada 6 meses se CD4 < 350; não solicitar se CD4 > 350 em dois exames consecutivos
Hemograma	6 a 12 meses
Glicemia	Anual
Lipidograma	Anual
Avaliação renal	Anual
Avaliação hepática	3 a 12 meses
Urina tipo I	Anual
VDRL	6 meses
Rastreio de hepatite B e C	Anual
Avaliação clínica de infecção por tuberculose	Todas as consultas
PT	Anual se pápula > 5 mm no início do tratamento
Risco cardiovascular (Framingham)	Anual

Fonte: Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, 2018

Percebe-se então que o cuidado das PVHIV envolve várias etapas que devem ser lembradas para um cuidado integral. Assim, para facilitar a condução desses pacientes, utilize a ferramenta Ficha de Avaliação da Primeira Consulta (**anexo 1**).

#### 4.1.4. Quando referenciar

##### Ao especialista

Realizar o tratamento e seguimento de PVHIV nas Unidades de Saúde da Família (USF) é algo que fortalece enormemente a APS. Porém, é importante saber quando esse cuidado deve ser compartilhado com os outros níveis de atenção em saúde. O **quadro 10** mostra critérios para referenciar ao especialista focal.<sup>1</sup>

##### **Quadro 10** – Critérios para referenciar ao especialista focal

- ✓ Pessoas com CD4 < 350 céls/mm<sup>3</sup>
- ✓ Pessoas com multimorbidades
- ✓ Pessoas com coinfeções (hepatites C e B)
- ✓ Crianças
- ✓ Gestantes

Fonte: GUSSO, 2019

##### À urgência

Determinadas situações denotam gravidade importante em PVHIV. Fique atento a tais situações (**quadro 11**), e encaminhe esses pacientes ao serviço de urgência para um cuidado imediato!<sup>1</sup>

### Quadro 11 – Critérios para referenciar à urgência

- ✓ CD4 < 100 mm<sup>3</sup> e/ou doenças definidoras de AIDS (infecção disseminada)
- ✓ Quadros infecciosos agudos (respiratório, urinário e/ou abdominal) associado a sinais de descompensação clínica
- ✓ Sintomas neurológicos (investigação de meningite, abscesso cerebral ou lesões expansivas)

Fonte: GUSSO, 2019

#### 4.1.5. Quimioprofilaxia em pacientes imunocomprometidos

##### Medicamentos usados na profilaxia primária de infecções oportunistas

Pacientes que apresentam infecção pelo HIV associado a determinados agravos (**quadro 12**) se beneficiam de profilaxia para infecções oportunistas. Assim, para reduzir a morbimortalidade em tais pacientes, inicie os esquemas preconizados!<sup>2</sup>

#### Quadro 12 – Profilaxia primária de doenças oportunistas

Agente e indicações	Esquemas
<i>Pneumocystis jiroveci</i> ; CD4 < 200 céls/mm <sup>3</sup> , candidíase oral e/ou febre oculta por mais de 2 semanas	1ª escolha: sulfametoxazol + trimetoprima 800/160 mg 3x/semana Alternativo: dapsona 100 mg/dia
<i>Toxoplasma gondii</i> ; CD4 < 100 céls/mm <sup>3</sup> e IgG reagente	1ª escolha: sulfametoxazol + trimetoprima 800/160 mg 3x/semana Alternativo: dapsona 50 mg/dia + pirimetamina 50mg/semana + ácido folínico 10 mg 3x/semana

Complexo <i>Mycobacterium avium</i> ; CD4 < 50 céls/mm <sup>3</sup>	1ª escolha: azitromicina 1200 a 1500 mg/semana Alternativo: claritromicina 500 mg 2x/dia
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> ; PT > 5 mm e/ou contato com bacilífero e/ou radiografia de tórax com cicatriz de tuberculose sem tratamento	1ª escolha: isoniazida 5 mg/kg/dia (dose máxima de 300 mg/dia) Alternativo: rifampicina 10 mg/kg (dose máxima de 600 mg/dia)

Fonte: Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, 2018

#### 4.1.6. Profilaxia

##### Pré-exposição

Conhecer os esquemas de tratamento da infecção pelo HIV é um passo fundamental para controle da doença. Mas igualmente importante é conhecer formas de se evitar a infecção. A profilaxia pré-exposição se presta justamente a isso. O **quadro 13** detalha os esquemas de profilaxia pré-exposição de acordo com o tipo de contato que o paciente teve.<sup>6</sup>

**Quadro 13** – Esquemas de profilaxia pré-exposição

Tipo de exposição	Esquemas
Relação anal	Tenofovir 300 mg + entricitabina 200 mg, 1 cp/dia por 7 dias
Relação vaginal	Tenofovir 300 mg + entricitabina 200 mg, 1 cp/dia por 20 dias

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV, 2018

##### Pós-exposição

Além da profilaxia pré-exposição, é importante também conhecer a profilaxia pós-exposição. Esse é o esquema (**quadro 14**) indicado para pacientes que entraram em contato com material contaminado (ou sob risco contaminação) sem ter feito o uso prévio de algum antirretroviral.<sup>7</sup>

**Quadro 14** – Esquemas de profilaxia pós-exposição

Tipo de exposição	Esquemas
Qualquer exposição	Tenofovir 300 mg + lamivudina 200 mg e dolutegravir 50 mg, 1 cp/dia por 28 dias

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, 2022

## 4.2. TUBERCULOSE (TB) PULMONAR

### 4.2.1. Diagnóstico

#### Sintomas para suspeição do diagnóstico clínico

A tuberculose ativa se manifesta com sintomas insidiosos. Não é raro que esses pacientes passem por diversas consultas apresentando as mesmas queixas até que um profissional suspeite do diagnóstico. Assim, fique atento para sintomas sugestivos (**quadro 15**).<sup>1</sup>

#### **Quadro 15** – Sintomas para suspeição de TB pulmonar

- ✓ Tosse por duas ou mais semanas
- ✓ Febre
- ✓ Adinamia
- ✓ Anorexia
- ✓ Emagrecimento

Fonte: GUSSO, 2019

#### Achados sugestivos na radiografia de tórax

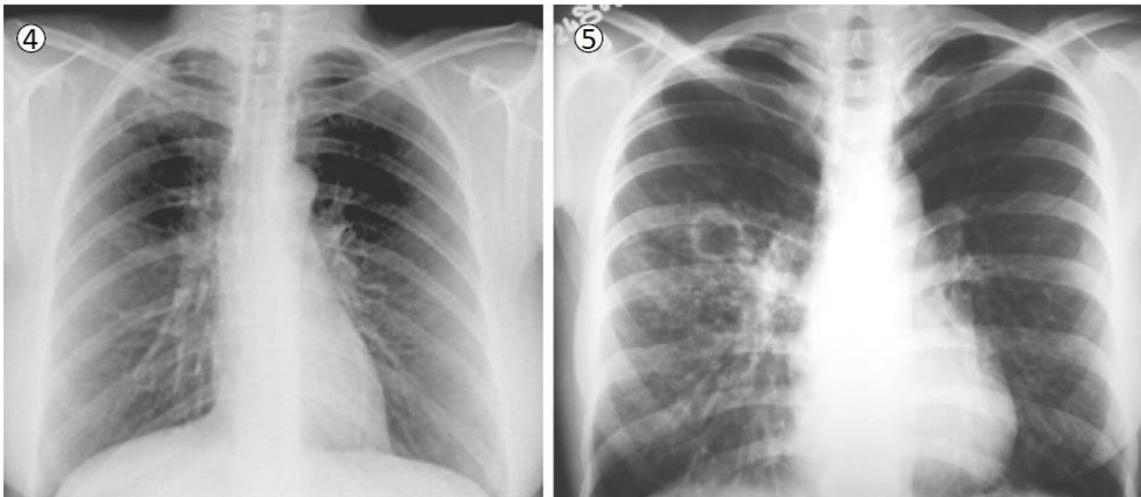
A infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* cursa geralmente com lesões características em parênquima pulmonar. Tais achados são dados importantes do processo diagnóstico, permitindo inclusive determinar o padrão da TB. O **quadro 16** detalha achados sugestivos de TB na radiografia. As **figuras 4 e 5** ilustram tais achados.<sup>8</sup>

#### **Quadro 16** – Achados sugestivos de TB pulmonar na radiografia

- ✓ Opacidade lobar com linhas que convergem para o hilo
- ✓ Opacidades parenquimatosas heterogêneas comprometendo mais de um lobo (**figura 4**)
- ✓ Cavidades de tamanho variado, associado ou não a opacidades parenquimatosas e nódulos satélites (**figura 5**)
- ✓ Distorção do parênquima consequente a áreas de fibrose e fibroatelectasias predominando nos lobos superiores
- ✓ Micronódulos difusamente distribuídos (padrão miliar)

Fonte: Consenso sobre o diagnóstico da tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2021

**Figuras 4 e 5** – Opacidades parenquimatosas e caverna em pacientes com TB pulmonar ativa

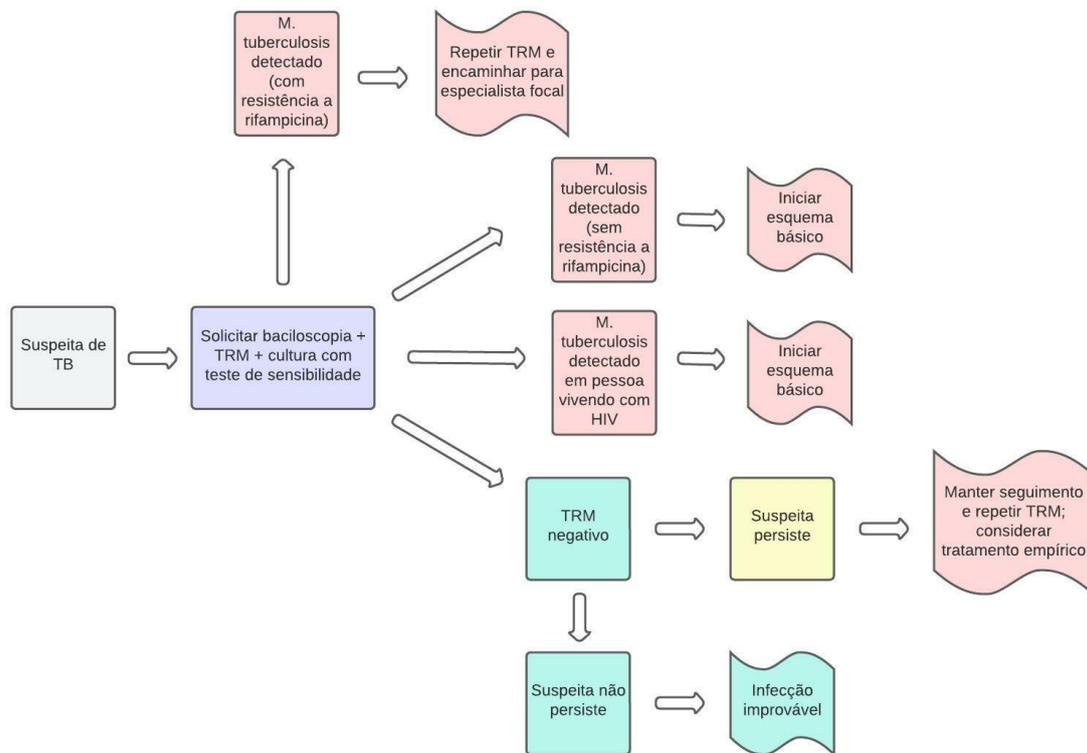


Fonte: Consenso sobre o diagnóstico da tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2021

### Diagnóstico da TB pulmonar usando os testes complementares

A investigação diagnóstica da tuberculose pulmonar envolve três testes principais: baciloscopia, cultura com teste de sensibilidade e teste rápido molecular (TRM). Veja na **figura 6** o fluxograma que demonstra as etapas da investigação usando os três testes.<sup>8</sup>

**Figura 6 – Fluxograma para investigação de TB pulmonar**



Fonte: Consenso sobre o diagnóstico da tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2021

Idealmente, deve ser coletado duas amostras de escarro para a baciloscopia. Uma no momento do atendimento, e outra na manhã seguinte. Tal conduta visa aumentar a sensibilidade do exame, sendo que a amostra do dia seguinte geralmente possui maior carga de bacilos devido ao acúmulo de secreção na árvore brônquica durante a noite. O TRM e a cultura não necessitam duas amostras. Lembre-se que tal amostra deve ser coletada em ambiente arejado, de preferência ao ar livre!<sup>9</sup>

### Diagnóstico de infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB)

A infecção latente pelo *M. tuberculosis* também é uma condição passível de detecção e tratamento. Na ILTB os pacientes são assintomáticos, assim não são sintomas clínicos que disparam o protocolo de investigação, e sim situações que o

paciente apresenta e que podem aumentar o risco de infecção pela micobactéria, como o contato com pacientes bacilíferos. O **quadro 17** detalha a investigação.<sup>10</sup>

#### **Quadro 17 – Diagnóstico da ILTB**

- ✓ Para a investigação, utilizamos a prova tuberculínica, que representa uma reação de hipersensibilidade tardia ao antígeno do *M. tuberculosis*
- ✓ O ponto de corte padronizado é de 5 mm de diâmetro para a pápula formada, e a medição deve ser feita após 72h da aplicação

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

Não se esqueça que a tuberculose é uma doença de notificação compulsória!<sup>4</sup>

#### **4.2.2. Tratamento**

##### Exames solicitados no início de tratamento

O tratamento da TB pode cursar com efeitos adversos significativos. Assim, conhecer o estado geral de seu paciente é fundamental. Dentre esses exames (**quadro 18**) alguns permitirão monitorar a eficácia terapêutica (baciloscopia).<sup>1</sup>

#### **Quadro 18 – Exames solicitados previamente ao tratamento**

- ✓ Baciloscopia, cultura de escarro e TRM
- ✓ Radiografia de tórax
- ✓ Hemograma
- ✓ Avaliação hepática (TGO, TGP, FA, bilirrubina total e frações)
- ✓ Avaliação renal (creatinina e ureia)
- ✓ Glicemia de jejum
- ✓ Teste rápido para HIV e/ou anti-HIV

Fonte: GUSSO, 2019

#### Esquema básico de tratamento e tratamento diretamente observado (TDO)

Os pacientes que apresentam o resultado positivo para a infecção e apresentam teste de sensibilidade sem resistência a rifampicina tem indicação para iniciar o esquema básico (**quadro 19**). O tratamento da TB pulmonar é prolongado, assim reforçar o vínculo e checar adesão terapêutica são sempre recomendados.<sup>10</sup>

**Quadro 19** – Esquema básico para tratamento da TB pulmonar

Esquema e duração	Quantidades de comprimidos de acordo com o peso
Rifampicina 150 mg + isonizadia 75 mg + pirazinamina 400 mg + etambutol 275 mg (RHZE; doses prefixadas) durante 2 meses	20 a 35 kg = 2 cp/dia 36 a 50 = 3 cp/dia 51 a 70 kg = 4 cp/dia > 70 kg = 5 cp/dia
Rifampicina 150 mg + isonizadia 75 mg ou Rifampicina 300 mg + isonizadia 150 mg (doses prefixadas) durante 4 meses	20 a 35 kg = 2 cp/dia (150/75 mg) ou 1 cp/dia (300/150 mg)

	<p>36 a 50 = 3 cp/dia (150/75 mg) ou 1 cp/dia (300/150 mg) + 1 cp/dia (150/75 mg)</p> <p>51 a 70 kg = 4 cp/dia (150/75 mg) ou 2 cp/dia (300/150 mg)</p> <p>&gt; 70 kg = 5 cp/dia (150/75 mg) ou 2 cp/dia (300/150 mg) + 1 cp/dia (150/75 mg)</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Pacientes em situação de vulnerabilidade social possuem maiores chances de abandono do tratamento. Assim, considere a realização de TDO em USF por 15 a 30 dias. Após tal período, caso haja boa adesão terapêutica, pode-se iniciar então o tratamento autoadministrado.<sup>11</sup>

### Reações adversas do tratamento

As reações adversas não são incomuns durante o tratamento da TB pulmonar. Tais eventos podem prejudicar a motivação do paciente em continuar com o tratamento. Esteja preparado para lidar com tais situações (**quadro 20**) e incentive a continuidade do tratamento!<sup>10</sup>

**Quadro 20** – Principais reações adversas e sua abordagem

Sintomas e medicações relacionadas	Abordagem
Suor e/ou urina avermelhada = rifampicina	Suor e/ou urina avermelhada = rifampicina
Cefaleia e mudança de comportamento (insônia,	Orientar sobre efeito possível, e manter tratamento

depressão/ansiedade, euforia) = isoniazida	
Febre = isoniazida e/ou rifampicina	Orientar sobre efeito possível, manter tratamento e medicar com antitérmico
Hiperuricemia = etambutol e/ou pirazinamida	Orientar dieta, manter tratamento; considerar tratamento com alopurinol ou colchicina se sintomas importantes
Prurido e/ou exantema = isoniazida e/ou rifampicina	Prescrever anti-histamínico e manter tratamento
Dor articular = isoniazida e/ou pirazinamida	Prescrever analgésicos ou AINES, e manter tratamento
Neuropatia periférica = isoniazida (comum) e/ou etambutol (incomum)	Prescrever piridoxina 50 mg/dia, acompanhar evolução; manter tratamento em primeiro momento
Intolerância gástrica e epigastralgia = etambutol, isoniazida, pirazinamida e/ou rifampicina	Mudar horário de administração das medicações; solicitar avaliação hepática; considerar prescrição de sintomáticos; manter tratamento em primeiro momento

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

### Tratamento da ILTB

O tratamento da ILTB contribui não só para redução das formas ativas de TB, mas também para a redução na transmissão da doença. Confira os esquemas preconizados (**quadro 21**) para essa forma de infecção pelo *M. tuberculosis*.<sup>10</sup>

#### **Quadro 21** – Tratamento da ILTB

Perfil do paciente	Esquemas
--------------------	----------

Pacientes > 10 anos	5 a 10 mg/kg/dia de isoniazida até a dose máxima de 300mg/dia por 6 a 9 meses
Pacientes < 10 anos	10 mg/Kg/dia de isoniazida até dose máxima de 300mg/dia por 6 a 9 meses

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

### 4.2.3. Seguimento

#### Parâmetros e sintomas investigados na avaliação clínica

O acompanhamento clínico (**quadro 22**) deve ser realizado mensalmente, visando a identificação de queixas, sinais e sintomas que indicam a evolução e/ou regressão da doença após o início do tratamento, o monitoramento do peso para eventuais ajustes posológicos das medicações e a ocorrência de reações adversas para o manejo oportuno.<sup>1</sup>

#### **Quadro 22** – Parâmetros para investigar na consulta clínica

- ✓ Pesquisar sintomas de descompensação clínica (tosse persistente, febre recorrente, perda ponderal)
- ✓ Ausculta pulmonar
- ✓ Palpação de cadeias ganglionares
- ✓ Verificar necessidade de ajustar quantidade de comprimidos de acordo com o peso
- ✓ Pesquisar reações adversas ao tratamento

Fonte: GUSSO, 2019

#### Periodicidade dos exames e avaliações

Manter o paciente engajado em sua terapêutica é algo que aumenta as chances de conclusão do tratamento. Durante esse processo certifique-se de avaliar sua condição geral e eficácia do tratamento. O **quadro 23** demonstra a periodicidade ideal para solicitação de exames.<sup>10</sup>

**Quadro 23** – Periodicidade dos exames e avaliações

Avaliações	Periodicidade
Consultas e avaliação de adesão	Mensal
Baciloscopia de controle	Mensal
Teste rápido HIV	No começo do tratamento
Glicemia	No começo do tratamento
Avaliação renal e hepática	No começo do tratamento
Radiografia de tórax	No 2° mês e 6° mês

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

#### 4.2.4. Quando referenciar

##### Ao especialista

A capacidade de seguimento da APS facilita a condução de casos de TB pulmonar nesse nível de atenção à saúde. Porém, na presença de critérios para acompanhamento com o especialista focal (**quadro 24**) encaminhe o paciente para garantir um cuidado integral.<sup>1</sup>

**Quadro 24** – Critérios para encaminhamento ao especialista focal

- ✓ Pessoas com multimorbidades
- ✓ Contatos de TB multidroga-resistente (TBMDR)
- ✓ Necessidade de esquemas especiais por efeitos adversos
- ✓ Baciloscopia de escarro positiva ao final do tratamento
- ✓ Baciloscopia fortemente positiva (++ ou +++) no início do tratamento que mantêm essa situação até o 4º mês
- ✓ Baciloscopia de escarro positiva inicial seguida de negatificação e novos resultados positivos por 2 meses consecutivos, desde o 4º mês de tratamento

Fonte: GUSSO, 2019

### À urgência

Pacientes com TB pulmonar podem apresentar sinais de gravidade durante investigação diagnóstica ou no decorrer do tratamento. Fique atento para os sinais que indicam necessidade de encaminhamento à urgência (**quadro 25**)!<sup>1</sup>

#### **Quadro 25 – Critérios para encaminhamento à urgência**

- ✓ Derrame pleural
- ✓ Hemoptise com sinais de instabilidade hemodinâmica
- ✓ Hipóxia com  $SaO_2 < 92\%$
- ✓ Achados de pancitopenia ao hemograma

Fonte: GUSSO, 2019

#### **4.2.5. Controle epidemiológico**

Quando um caso índice de TB pulmonar é detectado, tem-se início a busca de contatos visando detecção precoce da doença e redução de sua transmissão. Essa

busca é inicialmente realizada por meio de entrevista com o caso índice para obter os nomes, as idades e a avaliação de risco dos contatos para determinar a priorização da avaliação clínica (**quadro 26**).<sup>10</sup>

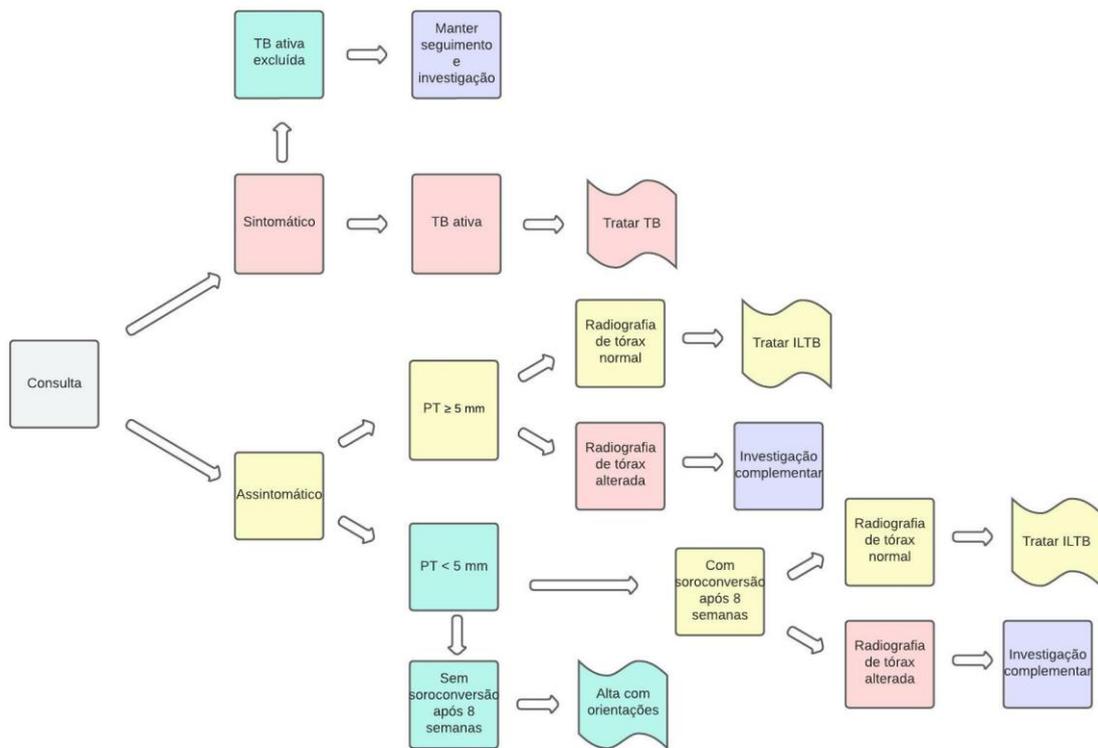
**Quadro 26** – Critérios para priorização da avaliação de contatos

- ✓ Pessoas de todas as idades com sintomas sugestivos de TB
- ✓ Crianças menores de cinco anos de idade
- ✓ Pessoas vivendo com HIV
- ✓ Pessoas portadoras de condições consideradas de alto risco, com comprometimento imunológico conhecido ou suspeito
- ✓ Contatos de casos índice com TB MDR ou TB XDR

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

Durante a investigação dos contatos avaliaremos primeiramente a presença de sintomas. Naquele assintomáticos utilizaremos a PT e a radiografia de tórax para investigação complementar (**figura 6**).<sup>10</sup>

**Figura 6** – Fluxograma para investigação de contatos



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

### 4.3. SÍFILIS ADQUIRIDA

#### 4.3.1. Diagnóstico

##### Diagnóstico clínico

A sífilis é dividida em estágios que orientam o seu tratamento e monitoramento. O **quadro 27** descreve os possíveis sintomas de acordo com o estágio da doença.<sup>12</sup>

**Quadro 27** – Estágios da sífilis

Estágio	Manifestações
Sífilis primária	Cancro duro (lesão genital) Linfonodos regionais
Sífilis secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, sífilides, condiloma plano) Linfoadenopatia generalizada Sintomas constitucionais Quadros neurológicos, oculares ou hepáticos
Sífilis latente recente (até 1 ano de duração) e tardia (mais de 1 ano)	Assintomático
Sífilis terciária	Lesões cutâneas gomosas e nodulares Lesões ósseas do tipo periostite, sinovite, nódulos justa-articulares

	<p>Aortite, aneurisma de aorta (principalmente torácica), estenose de carótidas</p> <p>Meningite, gomas em cérebro e/ou medula, lesão do VII NC, tabes dorsalis, síndrome demencial, alterações psiquiátricas</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022

Diagnóstico laboratorial (testes treponêmicos e não treponêmicos)

Determinados estágios da sífilis possuem características tão marcantes que permitem um diagnóstico muito preciso apenas com a avaliação clínica. Porém, também é válido dispormos de exames complementares não só para elucidar aqueles casos de dúvida diagnóstica, mas também para monitorar o tratamento. Para isso, recorreremos principalmente aos testes imunológicos (**quadro 28**). O fluxograma a seguir (**figura 7**) demonstra como utilizar os testes para obter um diagnóstico preciso.<sup>12,13</sup>

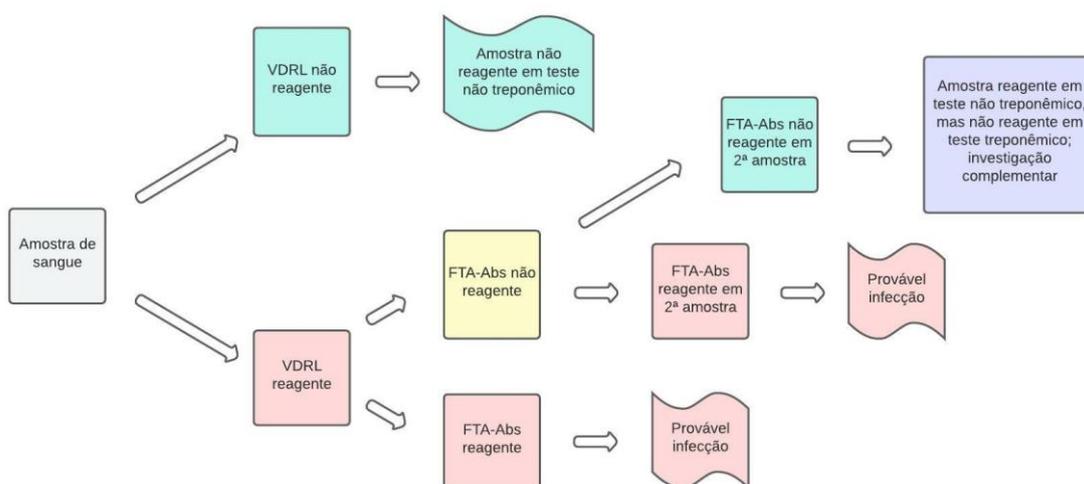
**Quadro 28** – Testes imunológicos para o diagnóstico de sífilis

Tipo de teste	Testes disponíveis e suas características
Não treponêmicos	VDRL Quantificáveis (1:2, 1:4) e permitem monitorar resposta ao tratamento
Treponêmicos	FTA-Abs

	Primeiros testes a se tornarem reagentes; permanecem reagentes mesmo após fim do tratamento
--	---------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022

**Figura 7** – Fluxograma para diagnóstico usando testes imunológicos



Fonte: Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis, 2021

E não se esqueça que a sífilis é uma doença de notificação compulsória!<sup>4</sup>

#### 4.3.2. Tratamento

##### Exames solicitados no início de tratamento

Antes de iniciar o tratamento, é pertinente solicitar um teste não treponêmico (VDRL) para futuras comparações, permitindo assim estabelecer um parâmetro de monitoração da terapêutica (queda das titulações do VDRL). Aproveite esse momento para avaliar a condição geral de seu paciente (**quadro 29**)!<sup>1</sup>

**Quadro 29** – Exames solicitados no início do tratamento

- ✓ Teste não treponêmico (VDRL)
- ✓ Hemograma completo
- ✓ Glicemia de jejum
- ✓ Lipidograma (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos)
- ✓ Avaliação hepática e renal (AST, ALT, FA, BT e frações, creatinina, urina tipo I)

Fonte: GUSSO, 2019

Tratamento para sífilis recente e tarda, e alternativas ao esquema principal

Assim como o diagnóstico, o tratamento da sífilis é relativamente simples, sendo uma conduta cabível à APS. Tal estratégia é, inclusive, o caminho preconizado para o efetivo controle da doença. O esquema de tratamento varia de acordo com o estágio da doença. O **quadro 30** detalha os esquemas preconizados.<sup>12,14</sup>

**Quadro 30** – Esquemas preconizados para o tratamento da sífilis

Estágio	Esquema principal e alternativo
Sífilis primária, secundária ou latente recente	Principal: penicilina G benzatina 2.400.000 UI, IM, dose única Alternativo: doxiciclina 100 mg 12/12h por 15 dias
Sífilis latente tardia, terciária	Principal: penicilina G benzatina 2.400.000 UI, IM, 1x/semana por 3 semanas Alternativo: doxiciclina 100 mg 12/12h por 30 dias

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022

#### Tratamento da gestante com sífilis

A benzilpenicilina benzatina é a única droga com eficácia documentada para o tratamento de sífilis durante a gestação. O esquema de tratamento segue o proposto para sífilis tardia no **quadro 30**.<sup>12</sup>

#### Reações ao tratamento

A reação de Jarisch-Herxheimer é um evento que pode ocorrer durante as 24 horas após a primeira dose de penicilina, principalmente nas fases primária ou secundária. Caracteriza-se por exacerbação das lesões cutâneas, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia, que regredem espontaneamente após 12 a 24 horas. Pode ser controlada com o uso de analgésicos e antitérmicos, sem ser preciso descontinuar o tratamento. A possibilidade de reação anafilática durante a administração de benzilpenicilina benzatina é < 0,01%.<sup>12</sup>

### **4.3.3. Seguimento**

#### Parâmetros e sintomas investigados na avaliação clínica

Durante as consultas de retorno, além de realizar a avaliação clínica do paciente, aproveite para reforçar práticas sexuais seguras, tal medida é uma forma de educação em saúde que contribui para a redução da transmissão de diversas infecções sexualmente transmissíveis. No **quadro 31** você encontrará parâmetros importantes para se avaliar no seguimento clínico. Por fim, a periodicidade dos exames solicitados irá depender do perfil do paciente (**quadro 32**).<sup>1</sup>

**Quadro 31** – Parâmetros para avaliar durante seguimento clínico

- ✓ Reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras
- ✓ Condições gerais da pessoa
- ✓ Busca de lesões de pele; avaliação de cavidade oral pode revelar lesões
- ✓ Palpação de cadeias ganglionares
- ✓ Palpação de fígado e baço (busca de hepatoesplenomegalia)
- ✓ Exame da genitália (busca de outras IST)

Fonte: GUSSO, 2019

### Periodicidade dos exames

#### **Quadro 32** – Periodicidade dos exames solicitados durante seguimento

Paciente	Exame e periodicidade
Gestante	VDRL mensal até o fim da gestação
População geral e pessoas vivendo com HIV	VDRL a cada 3 meses, até o 12º mês (3, 6, 9 e 12 meses)

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022

### Falha terapêutica e reinfeção

Quando o tratamento preconizado é seguido corretamente, obtêm-se a cura clínica na grande maioria dos casos. Porém, haverá aqueles casos em que o tratamento não será totalmente efetivo. Para realizar uma terapêutica completa precisamos reconhecer as situações de falha terapêutica ou reinfeção (**quadro 33**), para então intervir.<sup>12</sup>

### **Quadro 33 – Critérios de falha terapêutica ou reinfecção**

- ✓ Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para > 1:32), ou
- ✓ Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16), ou
- ✓ Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022

#### **4.3.4. Quando referenciar**

Pacientes com diagnóstico de sífilis podem ser manejados com eficácia na APS. Porém, fique atento aos casos que podem se beneficiar de cuidado conjunto na atenção secundária ou terciária (**quadro 34**)!<sup>1</sup>

### **Quadro 34 – Critérios para encaminhamento a outros níveis de atenção à saúde**

- ✓ Associação com outras doenças infectocontagiosas (infecção pelo HIV)
- ✓ Histórico de infecções recorrentes e/ou vulnerabilidade social
- ✓ Sífilis na gestante
- ✓ Suspeita de neurosífilis

Fonte: GUSSO, 2019

#### **4.3.5. Criança exposta à sífilis**

## Diagnóstico

Ainda hoje não é raro os casos de paciente que contraem sífilis durante a gestação. Nesses casos, além do tratamento eficaz da paciente, é preciso averiguar indícios de infecção no recém-nascido. Tal investigação tem início em ambiente hospitalar, após nascimento da criança, mas deve prosseguir durante as avaliações de puericultura. A seguir, veja como realizaremos tal investigação (**quadro 35**) e seguimento (**quadro 36**).<sup>12</sup>

**Quadro 35** – Investigação diagnóstica na criança exposta a sífilis

Teste e tempo de coleta	Resultado e conduta
VDRL em amostra de sangue periférico materno e do recém-nascido  VRDL aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses; interromper após 2 exames não reagentes	Não reagente ou baixa titulação (até uma diluição maior de materna) = baixo risco para sífilis congênita  Reagente com titulação maior que materna = encaminhar para tratamento e notificar caso de sífilis congênita
FTA-Abs = realizar apenas após 18 meses	FTA-Abs reagente = encaminhar para tratamento e notificar caso de SC  FTA-Abs NR não exclui caso de SC caso a criança tenha sido tratada de forma precoce

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022

## Seguimento da criança exposta à sífilis

### **Quadro 36 – Parâmetros avaliados no seguimento**

- ✓ Seguimento em consultas com periodicidade segundo Caderneta de Criança (1ª semana de vida; e meses 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18)
- ✓ Seguimento laboratorial segundo quadro 34
- ✓ Pesquisa de sinais e sintomas compatíveis com SC
- ✓ Encaminhar para atendimento se suspeita de doença ativa

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022

## 4.4. HANSENÍASE

### 4.4.1. Diagnóstico

#### Sintomas para suspeição do diagnóstico clínico

A infecção pelo *Mycobacterium leprae* possui uma apresentação pouca específica em seu estágio inicial. Porém, à medida que a doença progride, surgem manifestações cutâneas e sistêmicas cada vez mais sugestivas da doença. Mantenha-se (**quadro 37**) atento para os principais sintomas, pois quanto mais cedo o diagnóstico e o tratamento, maior será o benefício para o paciente!<sup>15</sup>

#### **Quadro 37** – Sintomas para suspeição de hanseníase

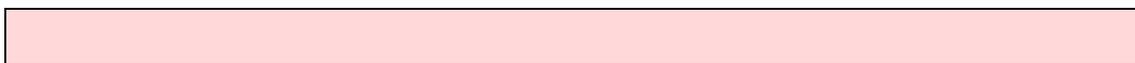
- ✓ Manchas hipocrômicas ou eritematosas na pele
- ✓ Perda ou diminuição da sensibilidade em manchas da pele
- ✓ Dormência ou formigamento de mãos/pés
- ✓ Ferimentos ou queimaduras indolores nas mãos ou pés
- ✓ Dor ou hipersensibilidade em nervos
- ✓ Edema ou nódulos na face ou nos lóbulos auriculares

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase, 2022

#### Definição diagnóstica

A definição de caso da hanseníase envolve critérios clínicos (sinais cardinais da hanseníase). Assim, tal diagnóstico pode ser feito na APS, devendo estar presente pelo menos um dos critérios definidos pelo Ministério da saúde (**quadro 38**).<sup>15</sup>

#### **Quadro 38** – Critérios para diagnóstico da hanseníase



- ✓ Lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou tátil
- ✓ Espessamento de nervo periférico com alteração sensorial, motora e/ou autonômica
- ✓ Presença do *M. leprae* em biópsia de pele e/ou baciloscopia de esfregaço intradérmico

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase, 2022

E não se esqueça que a hanseníase é uma doença de notificação compulsória!<sup>4</sup>

#### Investigação complementar

Como evidenciado no quadro anterior, os critérios para diagnóstico também são fundamentados em exames complementares, como o a baciloscopia de esfregaço intradérmico e a biópsia de pele. Tais exames são solicitados quando há dúvida diagnóstica na apresentação clínica. Assim, não são obrigatórios para diagnóstico ou início de tratamento.<sup>15</sup>

#### **4.4.2. Tratamento**

##### Classificação operacional

A definição do tratamento é pautada no estágio atual da doença do paciente (**quadro 39**). Para isso, utilizamos a classificação operacional da Organização Mundial da Saúde (OMS).<sup>15</sup>

**Quadro 39** – Classificação operacional da OMS

Classificação	Definição
Paucibacilar	

	1 a 5 lesões de pele e/ou baciloscopia negativa
Multibacilar	> 5 lesões de pele e/ou baciloscopia positiva

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase, 2022

### Classificação clínica

A classificação operacional é suficiente para direcionar o tratamento. Porém, conhecer o estágio clínico (classificação de Madri) da doença do paciente permite-nos saber quais são aqueles que estão sob maior risco de lesão neurológica e/ou que necessitarão de um cuidado multidisciplinar (**quadro 40**).<sup>1</sup>

**Quadro 40** – Classificação de Madri

Classificação	Definição
Indeterminada	Máculas hipocrômicas e/ou eritemato-hipocrômicas, áreas de hipoestesia com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos Baciloscopia negativa
Tuberculoide	Placas eritemato-hipocrômicas e/ou hipocrômicas bem delimitadas, com hipoestesia/anestesia; pode haver comprometimento de nervo periférico Baciloscopia negativa
Virchowiana	Infiltrado difuso com placas eritematosas mal delimitadas, madarose, alterações de sensibilidade

	Baciloscopia positiva
Dimorfa	Lesões foveolares ou pré-foveolares com alteração de sensibilidade Baciloscopia positiva ou negativa

GUSSO, 2019

### Poliquimioterapia (PQT-U)

O tratamento da hanseníase envolve um esquema de antibioticoterapia denominada poliquimioterapia. O tratamento é disponibilizado no Sistema Único de Saúde, e sua apresentação se dá na forma de 2 cartelas possíveis: a PQT-U Adulto e a PQT-U infantil. O **quadro 41** apresenta os esquemas preconizados de acordo com o perfil do paciente, assim a PQT-U mais adequada para o tratamento.<sup>15</sup>

**Quadro 41** – PQT-U no tratamento da hanseníase

Perfil do paciente	Esquema preconizado
Paciente com peso > 50 kg (PQT-U Adulto)	Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600 mg + Clofazimina 300 mg + Dapsona 100 mg  Dose autoadministrada: Clofazimina 50 mg + Dapsona 100 mg todos os dias  Multibacilar: tratamento por 12 meses Paucibacilar: tratamento por 6 meses
Paciente com peso entre 30 e 50 kg (PQT-U Infantil)	Dose mensal supervisionada: Rifampicina 450 mg + Clofazimina 150 mg + Dapsona 50 mg

	<p>Dose autoadministrada: Clofazimina 50 mg em dias alternados + Dapsona 50 mg todos os dias</p> <p>Multibacilar: tratamento por 12 meses Paucibacilar: tratamento por 6 meses</p>
<p>Paciente com peso &lt; 30 kg (PQT-U Infantil)</p>	<p>Dose mensal supervisionada: Rifampicina 10 mg/Kg de peso + Clofazimina 6 mg/Kg de peso + Dapsona 2 mg/Kg de peso</p> <p>Dose autoadministrada: Clofazimina 1 mg/Kg de peso / dia + Dapsona 2 mg/Kg de peso / dia</p> <p>Multibacilar: tratamento por 12 meses Paucibacilar: tratamento por 6 meses</p>

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase, 2022

A frequência de administração dos comprimidos para pacientes com peso < 30 kg depende da dose semanal necessária. Assim, se um paciente de 15 kg necessita de uma dose semanal de clofazimina igual a 105 mg, pode-se realizar a administração e 1 comprimido de 50 mg 2x/semana.<sup>15</sup>

#### 4.4.3. Seguimento

O tratamento da hanseníase possui um curso prolongado. Estimular o paciente a manter-se engajado em sua terapêutica é fundamental para obter a cura e reduzir a transmissão da doença. Durante os retornos mensais para a realização da dose observada, aproveite para realizar uma avaliação ampla (**quadro 42**).<sup>16</sup>

**Quadro 42** – Parâmetros para avaliar no seguimento clínico

- ✓ Pesquisar sinais de reações hansênicas ou de piora das lesões
- ✓ Avaliação neurológica simplificada (ANS); a cada 3 meses se não houver queixa neurológica
- ✓ Pesquisar reações adversas ao tratamento
- ✓ Averiguar necessidades de apoio emocional e social

Fonte: Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, 2016

A avaliação neurológica simplificada deve ser feita em formulário padronizado. Para a ANS é realizado o teste motor e de sensibilidade, sendo que para o teste de sensibilidade é recomendado a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Caso os monofilamentos não estejam disponíveis, pode-se fazer o teste de sensibilidade de mãos e pés ao leve toque da ponta da caneta esferográfica.<sup>16</sup>

- ❖ No QR Code ao lado você terá acesso ao formulário padronizado para a realização da avaliação neurológica simplificada.



#### 4.4.4. Controle epidemiológico

Pacientes que são contatos domiciliares ou contatos sociais próximos (e com exposição prolongada) do caso-índice devem ser avaliados quanto a presença de sinais e sintomas da doença. Recomenda-se que a avaliação seja feita anualmente, durante cinco anos. Outro ponto importante é a realização da imunoprofilaxia com a

vacina BCG em paciente > 1 ano de idade, sendo que tal aplicação depende da situação vacinal do paciente (**quadro 43**).<sup>16</sup>

**Quadro 43** – Imunoprofilaxia com a vacina BCG

Perfil do paciente	Esquema preconizado
Ausência de cicatriz da vacina BCG e sem histórico vacinal	Aplicar uma dose
Presença de uma cicatriz	Aplicar uma dose
Presença de duas cicatrizes	Não aplicar

Fonte: Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, 2016

#### 4.4.5. Reações hansênicas

Durante o tratamento, ou mesmo após o tratamento, há a possibilidade do aparecimento das reações hansênicas. Tais quadros podem predispor a dano neural e até abandono de tratamento, assim, esteja pronto para reconhecer tais estados (**quadro 44**)!<sup>16</sup>

**Quadro 44** – Reações hansênicas

Classificação	Apresentação
Reação tipo 1	Piora e/ou ressurgimento de lesões antigas, aparecimento de novas lesões, dor neuropática e espessamento de nervos
Reação tipo 2	Surgimento de lesões do tipo eritema nodoso; presença de manifestações sistêmicas como febre, queda do estado geral, dor articular; orquite; iridociclite; com ou sem acometimento neural

Fonte: Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, 2016

#### 4.4.6. Quando referenciar

Pacientes com diagnóstico de hanseníase podem apresentar uma evolução imprevisível. Alguns desses casos necessitarão de cuidado complementar nos níveis secundário e/ou terciário de atenção à saúde (**quadro 45**).<sup>16</sup>

#### **Quadro 45** – Critérios para encaminhamento aos outros níveis de atenção à saúde

- ✓ Presença de reações hansênicas
- ✓ Presença de lesão neural ativa
- ✓ Falha terapêutica
- ✓ Paciente com necessidade reabilitação devido a presença de sequelas

Fonte: Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, 2016

## 4.5. FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA (FOI)

### 4.5.1. Definição e etiologia

Doença caracterizada por febre por mais de três semanas (pacientes ambulatoriais), com temperaturas maiores de 38,3 °C, sem identificação da causa. Porém a caracterização da FOI varia de acordo com o perfil do paciente (**quadro 46**), recebendo classificações que indicam a provável etiologia.<sup>17</sup>

**Quadro 46** – Classificação da FOI

Tipos e causas comuns	Tipos e causas comuns
Clássica (infecções, neoplasias, colagenoses)	Clássica (infecções, neoplasias, colagenoses)
Nosocomial (infecções, quadros trombo-embólicos, febre relacionada a drogas)	Nosocomial (infecções, quadros trombo-embólicos, febre relacionada a drogas)
Imunodeficiência (infecções oportunistas)	Imunodeficiência (infecções oportunistas)
Em PVHIV (micobacterioses, sarcoma de kaposi, linfomas)	Em PVHIV (micobacterioses, sarcoma de kaposi, linfomas)

Fonte: Clínica médica, 2016

### 4.5.2. Investigação

A febre de origem indeterminada é considerada recorrente quando se observam intervalos de pelo menos duas semanas sem febre. Esse grupo de pacientes tem, em geral, bom prognóstico e deve ser acompanhado, após avaliação inicial, considerando a possibilidade de quadros benignos sucessivos. Porém os pacientes que mantêm quadro contínuo de febre merecem investigação criteriosa (**quadro 47**) visando detectar condições de maior gravidade.<sup>18</sup>

**Quadro 47 – Parâmetros importantes para a investigação da FOI**

→ EXAME FÍSICO

- ✓ Ausculta de sopros cardíacos
- ✓ Pesquisa de dores musculares e ósseas
- ✓ Palpação do fígado e do baço
- ✓ Pesquisa exhaustiva de gânglios
- ✓ Avaliação dos locais de inserção de cateteres e sondas

→ EXAMES COMPLEMENTARES

- ✓ Hemograma, VHS, PCR
- ✓ Enzimas hepáticas e canaliculares (TGO, TGP, GGT, FA)
- ✓ Urina tipo I
- ✓ Radiografia de tórax
- ✓ Imagem abdominal (ultrassonografia ou tomografia computadorizada)

Fonte: Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 2014

#### 4.5.3. Tratamento

Deve-se evitar tratar a febre de pacientes que não tenham diagnóstico etiológico firmado. O **quadro 48** demonstra situações em que o tratamento da febre é indicado apesar da origem indeterminada.<sup>18</sup>

#### **Quadro 48** – Situações com indicação de tratamento da febre

- ✓ Pacientes com grande desconforto associado à febre
- ✓ Pacientes com reserva funcional miocárdica baixa, que podem desenvolver ou agravar insuficiência cardíaca pela febre
- ✓ Pacientes desidratados ou com maior risco de desidratação.
- ✓ Pacientes idosos ou alcoolistas, que podem apresentar confusão e delírio pela febre
- ✓ Pacientes com temperatura acima de 41 °C

Fonte: Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 2014

Quando indicado a abordagem, podemos proceder usando medidas não farmacológicas, farmacológicas ou ambas (**quadro 49**).<sup>18</sup>

#### **Quadro 49** – Medidas para controle térmico

- ✓ Utilização de compressas úmidas, banhos mornos
- ✓ Administração de antitérmicos:
  - Dipirona
    - Adultos = 500 mg a 1 g 6/6h;
    - Crianças [solução gotas 500 mg/ml]
      - 5 a 8 kg = 2 a 5 gotas, 6/6h;
      - 9 a 15 kg = 3 a 10 gotas, 6/6h;
      - 16 a 23 kg = 5 a 15 gotas, 6/6h;
      - 24 a 30 kg = 8 a 20 gotas, 6/6h;
      - 31 a 45 kg = 10 a 30 gotas, 6/6h;
      - 46 a 53 kg = 15 a 35 gotas, 6/6h)

- Paracetamol
  - Adultos = 500 mg até 4/4h; 750 mg 3 a 5x/dia; dose máxima = 4 g
  - Crianças [solução gotas 200 mg/ml] = 1 gota/kg de peso; dose máxima = 35 gotas de 4 a 5x/dia
- ✓ Em pacientes com maior risco de desfecho desfavorável (idosos, imunodeprimidos), a antibioticoterapia empírica pode ser iniciada enquanto se aguarda os resultados de exames complementares

Fonte: Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, 2014

#### 4.5.4. Quando encaminhar

Casos de FOI podem requerer investigação complementar extensa e cuidados em outros níveis de atenção à saúde. Verifique se seu paciente pode se beneficiar de tais cuidados (**quadros 50 e 51**), promovendo então uma terapêutica mais integral.<sup>1</sup>

##### Ao especialista

#### **Quadro 50** – Critérios para encaminhamento ao especialista focal

- ✓ Imunodeprimidos
- ✓ Portadores de doenças reumatológicas
- ✓ Pacientes com doenças hematológicas
- ✓ Suspeita de neoplasia

Fonte: GUSSO, 2019

##### À urgência

### **Quadro 51 – Critérios para encaminhar à urgência**

- ✓ Pacientes com choque, hipotensão postural, oligúria, extremidades frias
- ✓ Alteração do sensório
- ✓ Temperatura maior do que 40,6 °C
- ✓ Pacientes que sofreram procedimentos invasivos

Fonte: GUSSO, 2019

## 4.6. CALENDÁRIO VACINAL

O calendário vacinal preconizado para as diversas populações é, geralmente, atualizado anualmente. Assim será disponibilizado um QR Code para acesso ao site das instituições responsáveis por tais publicações, algo que o permitirá manter-se sempre atualizado.

### 4.6.1. Crianças

#### Calendário vacinal

Com o advento das vacinas muitas doenças infectocontagiosas tiveram sua mortalidade drasticamente reduzida, e algumas doenças foram até erradicadas com tal progresso da ciência. Tendo em mente tal importância, conhecer o calendário vacinal preconizado para as diversas populações é uma meta essencial para os profissionais da APS. O **quadro 52** detalha o calendário vacinal para o público infantil.<sup>1,19</sup>

**Quadro 52** – Calendário vacinal preconizado para as crianças

Vacina	Esquema	Disponibilidade
BCG	Dose única ao nascer	SUS
Hepatite B	Dose ao nascer	SUS
Rotavirus	Entre 2 e 6 meses Idealmente aos 3 e 5 meses	SUS
Pentavalente (difteria, tétano, <i>Pertussis</i> , hepatite B e <i>Haemophilus influenzae</i> b)	Entre 2 e 6 meses Idealmente aos 2, 4 e 6 meses	SUS

dTP	Dose de reforço entre 15 e 18 meses Dose de reforço entre 4 e 6 anos	SUS
dTPa	Dose de reforço aos 9 anos	SUS
Poliomielite (VIP)	Entre 2 e 6 meses Idealmente aos 2, 4 e 6 meses Dose de reforço entre 15 e 18 meses Dose de reforço entre 4 e 6 anos	SUS
Poliomielite (VOP)	Dose reforço entre 12 meses e 4 anos (campanha anual)	SUS
Pneumo conjugada	Entre 2 e 6 meses Idealmente aos 2, 4 e 6 meses Dose de reforço aos 12 meses	SUS
Meningo C	Doses aos 3 e 5 meses Dose de reforço entre 15 e 18 meses Dose de reforço entre 5 e 6 anos	SUS
Meningo B	Doses aos 3 e 5 meses Dose de reforço entre 15 e 18 meses	Rede suplementar
Influenza	Dose anual a partir de 6 meses	SUS
Febre amarela	Dose única a partir dos 9 meses	SUS

Hepatite A	Doses aos 12 e 18 meses	SUS
Tetra viral	Dose aos 12 meses	SUS
Triplice viral	Dose entre 15 e 24 meses	SUS
HPV	2 doses entre 9 e 14 aos para meninas 2 doses entre 11 e 14 para meninos	SUS
Dengue	3 doses a partir de 9 anos para soropositivos para dengue	Rede suplementar

Fonte: Calendário Nacional de Vacinação Sbin Criança, 2022

<p>❖ No QR Code ao lado você terá acesso ao site da Sociedade Brasileira de Imunização (Sbin). Confira os calendários mais atualizados e mantenha-se sempre bem-informado</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

#### 4.6.2. Adultos

##### Calendário vacinal

O calendário vacinal destinado à população possui algumas peculiaridades (**quadro 53**), incluindo esquemas diferentes a depender do paciente apresentar esquema básico completo ou não. Outro ponto de destaque é a considerável quantidade de vacinas que estão disponíveis apenas na rede suplementar.<sup>20</sup>

**Quadro 53** – Calendário vacinal preconizado para adultos

Vacina	Esquema	Disponibilidade
dTPa dT	Com esquema de vacinação básico completo: reforço com dTpa a cada dez anos. Com esquema de vacinação básico incompleto: uma dose de dTpa a qualquer momento e completar a vacinação básica com dT, totalizando 3 doses Não vacinados e/ou histórico vacinal desconhecido: uma dose de dTpa e duas doses de dT no esquema 0 - 2 - 4 a 8 meses	SUS
Influenza	Dose anual (campanha anual)	SUS
Triplice viral	Com esquema de vacinação básico incompleto: duas doses se até 9 anos; apenas uma dose se entre 30 e 59 anos	SUS
Hepatite B	Três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses	SUS
Hepatite A	Duas doses, no esquema 0 - 6 meses	SUS

Febre amarela	Dose única	SUS
Pneumocócica	A vacinação entre 50-59 anos com VPC13 fica a critério médico	Rede suplementar
HPV	Três doses: 0 - 1 a 2 - 6 meses	Rede suplementar
Herpes zoster	Rotina a partir de 50 anos. Esquemas: Vacina atenuada (VZA) – dose única Vacina inativada (VZR) – duas doses com intervalo de 2 meses (0-2)	Rede suplementar
Varicela	Para suscetíveis: duas doses com intervalo de um a dois meses	Rede suplementar
Meningo C	Dose única	Rede suplementar
Dengue	Licenciada para adultos até 45 anos Recomendada apenas para adultos soropositivos para dengue Esquema de três doses com intervalo de seis meses (0 - 6 - 12 meses)	Rede suplementar

Fonte: Calendário Nacional de Vacinação Sbm Adulto, 2022

❖ No QR Code ao lado você terá acesso ao site da Sociedade Brasileira de Imunização (Sbin). Confira informações atualizadas sobre a situação vacinal contra a COVID-19 no Brasil.



### 4.6.3. Idosos

#### Calendário vacinal

Os pacientes idosos possuem um sistema imunológico mais debilitado em relação às outras faixas etárias. Assim, verifique o calendário preconizado para esse público (**quadro 54**) e ofereça um cuidado mais integral a seus pacientes!<sup>21</sup>

**Quadro 45** – Calendário vacinal preconizado para idosos

Vacina	Esquema	Disponibilidade
Influenza	Dose anual (campanha anual)	SUS
Pneumococicas (VPC13 e VPP23)	Iniciar com uma dose da VPC13 seguida de uma dose de VPP23 seis a 12 meses depois, e uma segunda dose de VPP23 cinco anos após a primeira	SUS (asilados e grupos de risco)
dTPa dT	Com esquema de vacinação básico completo: reforço com dTpa a cada dez anos.	SUS

	<p>Com esquema de vacinação básico incompleto: uma dose de dTpa a qualquer momento e completar a vacinação básica com dT, totalizando 3 doses</p> <p>Não vacinados e/ou histórico vacinal desconhecido: uma dose de dTpa e duas doses de dT no esquema 0 - 2 - 4 a 8 meses</p>	
Herpes zoster	<p>Rotina a partir de 50 anos.</p> <p>Esquemas:</p> <p>Vacina atenuada (VZA) – dose única</p> <p>Vacina inativada (VZR) – duas doses com intervalo de 2 meses (0-2)</p>	Rede suplementar
Hepatite B	Três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses	SUS

Fonte: Calendário Nacional de Vacinação Sbim Idoso, 2022

#### 4.6.4. Possíveis contraindicações às vacinas

A principal contraindicação é o histórico de reação anafilática a componentes da vacina, que foi previamente administrada. As vacinas de bactérias e vírus vivo atenuado também são contraindicadas em situações específicas (**quadro 55**).<sup>1</sup>

**Quadro 55** – Possíveis contraindicações às vacinas

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Imunodeficiência congênita e adquirida</li> <li>✓ Neoplasia maligna</li> <li>✓ Tratamento imunossupressor com prednisona (doses <math>\geq 2</math> mg/kg/dia de prednisona ou equivalente em crianças; <math>\geq 20</math> mg/dia em adultos; período maior que 14 dias)</li> <li>✓ Gravidez (porém avaliar administração quando a gestante está sob alto risco de exposição à infecção)</li> </ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: GUSSO, 2019

#### 4.6.5. Reações adversas às vacinas e sua abordagem

As vacinais são um método seguro de se evitar ou mesmo amenizar o desenvolvimento de doença em um organismo. Porém, por vezes tal terapêutica desencadeia sintomas ou quadros que podem trazer dano ao paciente. Esteja preparado para lidar com tais situações (**quadro 56**)!<sup>1</sup>

**Quadro 56** – Reações adversas aos pacientes e seu manejo adequado

Reação adversa apresentada	Terapêutica
Dor, eritema, prurido ou edema local	Compressas frias locais Analgésicos se persistência de sintoma álgico Se abscesso, drenar e considerar antibioticoterapia

Febre	<p>Repouso e hidratação</p> <p>Considerar antitérmicos se febre persistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dipirona <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adultos = 500 mg a 1 g 6/6h;</li> <li>○ Crianças [solução gotas 500 mg/ml] <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5 a 8 kg = 2 a 5 gotas, 6/6h;</li> <li>▪ 9 a 15 kg = 3 a 10 gotas, 6/6h;</li> <li>▪ 16 a 23 kg = 5 a 15 gotas, 6/6h;</li> <li>▪ 24 a 30 kg = 8 a 20 gotas, 6/6h;</li> <li>▪ 31 a 45 kg = 10 a 30 gotas, 6/6h;</li> <li>▪ 46 a 53 kg = 15 a 35 gotas, 6/6h)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>✓ Paracetamol <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adultos = 500 mg até 4/4h; 750 mg 3 a 5x/dia; dose máxima = 4 g</li> <li>○ Crianças [solução gotas 200 mg/ml] = 1 gota/kg de peso; dose máxima = 35 gotas de 4 a 5x/dia</li> </ul> </li> </ul>
Convulsão	<p>Colocar a pessoa em decubito lateral</p> <p>Manter vias aéreas livres com leve hiperextensão de pescoço</p> <p>Afrouxar as roupas</p> <p>Anticonvulsivantes se crise persistente (diazepam, midazolam); podem ser repetidos até três vezes</p>

	<p>Se ausência de resposta com benzodiazepínicos, usar fenobarbital ou fenitoína IV</p> <p>Encaminhar para serviço de neurologia se primeira crise convulsiva</p>
<p>Reação alérgica sem sinais comprometimento sistêmico</p>	<p>Anti-histamínicos, se urticária ou exantema pruriginoso</p> <p>Corticoide, dependendo da intensidade da reação</p>
<p>Choque anafilático</p>	<p>Acionar serviço de emergência</p> <p>Manter vias aéreas livres</p> <p>Iniciar oxigênio com máscara, ou intubação</p> <p>Abordagem farmacológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Epinefrina (1:1000): 0,3-0,5 mL/SC ou IM em adultos; 0,1-0,3 mL/SC ou IM em crianças; repetir a cada 10-15 min</li> <li>✓ Difenidramina 25-50 mg IM ou IV no adulto; 12,5-50 mg VO, IM ou IV na criança (tratamento da urticária e prurido)</li> <li>✓ Hidrocortisona 100 mg-1g IM ou IV no adulto; 10-100 mg IV na criança; ou metilprednisolona 1-2 mg/kg IV 6/6 h (tratamento para reações tardias)</li> <li>✓ Expansão volêmica com SF 0,9 mL: 1.000-2.000 mL rápido em adultos; 30 mL/kg na 1ª hora em crianças</li> </ul> <p>Manter observação hospitalar</p>

Episódio hipotônico-hiporresponsivo	Manter ambiente ventilado, realizar hidratação Precauções para evitar a broncoaspiração Antitérmicos, se necessário Observação rigorosa até a resolução do quadro
-------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: GUSSO, 2019

## BIBLIOGRAFIA

1. GUSSO, Gustavo; et al. **Tratado de medicina de família: princípios, formação e prática**. 2ª Edição. Artmed, 2019
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. 2018
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. 2018
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 264, de 17 de fevereiro de 2020**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264\\_19\\_02\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html)>. Acesso em: 03 nov. 2022.
5. ZUGE, Samuel Spiegelberg; et al. **Efetividade de intervenções para adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV: revisão sistemática**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/reeusp/a/KTJqkWK9RXtwcvHr94ntxDk/?lang=pt>>. Acesso em: 07 nov. 2022
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. 2018
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. 2022
8. SILVA, Denise Rossato; et al. **Consenso sobre o diagnóstico da tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 47, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/jbpneu/a/8dgc5yyCjGhqDTp9fCwhdgC/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2022
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de recomendações para o diagnóstico laboratorial de tuberculose e micobactérias não tuberculosas de interesse em saúde pública no Brasil**. 2022
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2ª Edição. 2019
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. 4ª Edição. Porto Alegre. 2017
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. 2022
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**. 2021
14. JR, Ramos; NOVAES, Alberto. **Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida**. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, p. PT069022, 2022. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2022.v38n5/PT069022/>>. Acesso em: 12 nov. 2022
15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da hanseníase**. 2022

16. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.** 2016
17. MARTINS, Milton A.; Et al. **Clínica médica.** 2ª Edição; Vol 1. Manole, 2016
18. DUNCAN, Bruce B.; Et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 4ª Edição. Artmed, 2014
19. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário nacional de vacinação Sbm criança.** 2022
20. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário nacional de vacinação Sbm adulto.** 2022
21. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário nacional de vacinação Sbm idoso.** 2022

## ANEXOS

### → ANEXO 1 – FICHA DE AVALIAÇÃO DA PRIMEIRA CONSULTA

<p>AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>Sinais de imunodeficiência</b> (Perda ponderal não intencional, sudorese noturna, estado febril recorrente, diarreia crônica, lesões orais (leucoplasia), infecções recorrentes, apresentações atípicas de infecções, resposta tardia a antibióticos)</li><li><input type="checkbox"/> <b>Síndrome viral aguda</b> (Febre, exantema, astenia, anorexia, cefaleia, mialgia, faringite, náuseas, vômitos, diarreia, linfonodomegalia)</li><li><input type="checkbox"/> <b>Assintomático</b></li></ul>
<p>EXAMES SOLICITADOS ANTES DO INÍCIO DA TARV</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Quantificação de CD4 e CV</li><li><input type="checkbox"/> Hemograma completo</li><li><input type="checkbox"/> Glicemia</li><li><input type="checkbox"/> Lipidograma: colesterol frações e triglicerídeos</li><li><input type="checkbox"/> Avaliação renal: creatinina, ureia, urina tipo I</li><li><input type="checkbox"/> Avaliação hepática: transaminase oxalacética (TGO), transaminase pirúvica (TGP), fosfatase alcalina (FA), bilirrubina total e frações</li><li><input type="checkbox"/> Pesquisa de hepatites: HbsAg, Anti-HBc, Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HAV</li><li><input type="checkbox"/> Pesquisa de sífilis: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory, em inglês)</li><li><input type="checkbox"/> Sorologia toxoplasmose (IgM e IgG)</li><li><input type="checkbox"/> Sorologia HTVL 1 e 2 (Anti-HTLV 1 e 2)</li><li><input type="checkbox"/> Sorologia Chagas (Anti-tripanosoma)</li><li><input type="checkbox"/> Radiografia de tórax</li><li><input type="checkbox"/> Prova tuberculínica (PT)</li></ul>
<p>ESQUEMA TERAPEUTICO PRECONIZADO</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Adultos → <b><u>Tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg 1x/dia e dolutegravir 50 mg 1x/dia</u></b></li><li><input type="checkbox"/> Coinfecção TB-HIV → <b><u>Tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg + efavirenz 600 mg 1x/dia</u></b></li><li><input type="checkbox"/> Coinfecção TB-HIV com sinais de gravidade, CD4 &lt; 100 céls/mm<sup>3</sup>, presença de sinais de AIDS → <b><u>Tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg 1x/dia e raltegravir 400 mg 12/12h</u></b></li></ul>
<p>COMPLEMENTANDO O CUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Encaminhar para realização de calendário vacinal para PVHIV</li><li><input type="checkbox"/> Agendar retorno para seguimento do cuidado</li><li><input type="checkbox"/> Avaliar necessidade de profilaxia primária de acordo com exames solicitados (CV, sorologia toxoplasmose, PT, radiografia de tórax)</li></ul>

## DISCUSSÃO

O capítulo de abordagem a problemas infecciosos foi desenvolvido em 5 subcapítulos, tendo como temas principais: HIV, tuberculose, sífilis, hanseníase e calendário vacinal. Os quatro primeiros subcapítulos foram estruturados seguindo uma lógica prática de atendimento em consultório, ou seja, informações essenciais para a anamnese, o exame físico, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento. Tal ordem foi escolhida visando facilitar aplicação do conteúdo em consultas clínicas que, geralmente, seguem a mesma ordem de progressão. Esses subcapítulos também contêm critérios para encaminhar pacientes a outros níveis de atenção à saúde.

Além da ordem explicada, cada subcapítulo traz particularidades que complementam a abordagem dos pacientes. No subcapítulo sobre HIV, além da estruturação padrão (anamnese, exame físico, diagnóstico, tratamento e seguimento), são detalhadas informações sobre a quimioprofilaxia primária em pacientes imunocomprometidos, e os esquemas preconizados para a profilaxia pré-exposição e pós-exposição. Ademais, tal seção do material traz QR Codes para acesso aos formulários atualizados para solicitação de exames específicos (contagem de CD4 e dosagem da carga viral) para a avaliação da patologia em questão, e para a prescrição da terapia antirretroviral.

Já no subcapítulo de tuberculose pulmonar e sífilis haverá detalhes sobre a investigação de contatos, e a abordagem da criança exposta a sífilis, respectivamente. A parte do material em que aborda o tema da hanseníase trará informações importantes sobre a definição de caso, o tratamento baseado na classificação operacional e como realizar o reconhecimento das reações hansênicas.

Por fim, o subcapítulo de calendário vacinal traz informações atualizadas sobre as vacinas preconizadas para a população infantil, adulta e idosa, assim como QR Codes para acesso a prováveis atualizações futuras dos calendários vacinais. Outro ponto de destaque em tal parte do material são as situações que contraindicam a vacinação, seus possíveis efeitos colaterais e como realizar seu manejo na APS.

## **CONCLUSÕES**

O manejo de doenças infectocontagiosas como a infecção pelo HIV, a tuberculose pulmonar, a sífilis e a hanseníase na USF é uma realidade possível através do fortalecimento da APS. Tal processo é algo contínuo, e os profissionais que atuam em tal área precisam de fontes confiáveis de informação para uma expansão e atualização constante de suas habilidades clínicas. Assim, este capítulo será uma importante contribuição para tal processo, permitindo um rápido acesso a informações que são essenciais para uma boa avaliação clínica desses pacientes na atenção primária.

## REFERÊNCIAS

1. GUSSO, Gustavo; et al. **Tratado de medicina de família: princípios, formação e prática**. 2ª Edição. Artmed, 2019
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. 2018
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. 2018
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 264, de 17 de fevereiro de 2020**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264\\_19\\_02\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html)>. Acesso em: 03 nov. 2022.
5. ZUGE, Samuel Spiegelberg; et al. **Efetividade de intervenções para adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV: revisão sistemática**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/reeusp/a/KTJqkWK9RXtwcvHr94ntxDk/?lang=pt>>. Acesso em: 07 nov. 2022
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. 2018
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. 2022
8. SILVA, Denise Rossato; et al. **Consenso sobre o diagnóstico da tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 47, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/jbpneu/a/8dcb5yyCjGhqDTp9fCwhdgC/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2022
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de recomendações para o diagnóstico laboratorial de tuberculose e micobactérias não tuberculosas de interesse em saúde pública no Brasil**. 2022
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2ª Edição. 2019
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. 4ª Edição. Porto Alegre. 2017
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. 2022
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**. 2021
14. JR, Ramos; NOVAES, Alberto. **Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida**. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, p. PT069022, 2022.

Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2022.v38n5/PT069022/>>.  
Acesso em: 12 nov. 2022

15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da hanseníase**. 2022

16. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. 2016

17. MARTINS, Milton A.; Et al. **Clínica médica**. 2ª Edição; Vol 1. Manole, 2016

18. DUNCAN, Bruce B.; Et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4ª Edição. Artmed, 2014

19. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário nacional de vacinação Sbm criança**. 2022

20. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário nacional de vacinação Sbm adulto**. 2022

21. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário nacional de vacinação Sbm idoso**. 2022