

GUIA DE TRATAMENTO

UBS - HDT - UPA

Araguaína - Tocantins



Carolina Galgane Lage Miranda
Clarissa Amorim Silva de Cordova
Marcelo Athayde Vieira
Silvio Carneiro da Cunha Filho

EDITORIA CHEFE

Prof^o Me. Isabele de Souza Carvalho

EDITOR EXECUTIVO

Nathan Albano Valente

ORGANIZADORES DO LIVRO

Carolina Galgane Lage Miranda
Clarissa Amorim Silva de Cordova
Marcelo Athayde Vieira
Silvio Carneiro da Cunha Filho

2026 by Seven Editora

Copyright © Seven Editora

Copyright do Texto © 2026 Os Autores

Copyright da Edição © 2026 Seven Editora

PRODUÇÃO EDITORIAL

Seven Publicações Ltda

EDIÇÃO DE ARTE

Alan Ferreira de Moraes

EDIÇÃO DE TEXTO

Natan Bones Petitemberte

BIBLIOTECÁRIA

Bruna Heller

IMAGENS DE CAPA

Evellyn Thais de Souza

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Seven Publicações Ltda. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Seven Publicações Ltda é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação.

Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.



O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

G943

Guia de Tratamento Farmacológico em Ambientes de Saúde Específicos [recurso eletrônico] : UBS, HDT-UFT, UPA / Carolina Galgane Lage Miranda ... [et al.]. – São José dos Pinhais, PR: Editora Seven, 2026.
Dados eletrônicos (1 PDF).

ISBN 978-65-6109-308-8

1. Farmacologia. 2. Medicamentos. 3. Tratamento. I. Miranda, Carolina Galgane Lage. II. Cordova, Clarissa Amorim Silva de. III. Vieira, Marcelo Athayde. IV. Cunha Filho, Silvio Carneiro da. V. Título.

CDU 615

Bruna Heller - Bibliotecária - CRB10/2348

Índices para catálogo sistemático:

1 Farmacologia 615

DOI: 10.56238/livrosindi202628-

Seven Publicações Ltda
CNPJ: 43.789.355/0001-14
editora@sevenevents.com.br
São José dos Pinhais/PR

Carolina Galgane

Professora Adjunta da Universidade Federal do Norte do Tocantins, curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais PPGDire. Pesquisadora nas áreas das Ciências da Saúde, Artes e Equidade de Gênero. Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG (2004), com habilitação em Farmácia Industrial, pela UFMG (2005). Doutora e Mestre em Inovação Terapêutica pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Tem experiência na área de Políticas de Saúde, com ênfase em Educação em Saúde, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Medicamentos. Fundadora e Líder do Grupo de Ensino e Pesquisa em Saúde Coletiva e Popularização da Ciência - NEPSCI/UFNT. Formada em Dança pelo Centro de Formação Artística do Palácio das Artes- CEFAR, BH/MG, graduada em Teatro pela Universidade Federal do Tocantins_UFT. Pós-Graduada em dança pela Universidade Federal da Bahia – UFBA, é uma das fundadoras da Companhia Lamira Artes Cênicas, contemplada com Premiações Nacionais. Desenvolve pesquisas e trabalho em artes cênicas e audiovisual para fins de educação em saúde, cidadania e gênero. Destaque para as produções de gênero, sociedade e arte. Com destaque para a: Plataforma Digital "A Doce Matéria Mater" e "Maternidade e Infância como fronteira simbólica para Mulheres-Mães-Artistas".

Clarissa Amorim Silva de Cordova

Possui graduação em Medicina Veterinária pela Universidade do Estado de Santa Catarina (1998), especialização em Medicina Veterinária Legal (2022) pela Faculdade Unyleya, mestrado em Neurociências pela Universidade Federal de Santa Catarina (2001) e Doutorado em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011). Atua como docente na Universidade Federal do Tocantins/Universidade Federal do Norte do Tocantins desde o ano de 2003 nos Cursos de Medicina, Medicina Veterinária e Zootecnia.

Marcelo Athayde Vieira

Médico com residência em Infectologia pela UFT/EBSERH, atua no Hospital Regional de Araguaína, com experiência consolidada nas áreas de Medicina de Urgência/Emergência e Terapia Intensiva. É professor concursado da Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT), onde leciona as disciplinas de Infectologia e Urgência e Emergência para os estudantes de Medicina. Dedicar-se também à pesquisa, com ênfase no estudo epidemiológico da Leishmaniose Visceral em Araguaína-TO e suas implicações para a saúde da população.

Silvio Carneiro da Cunha Filho

Formado em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba, com Residência Médica pelo Instituto de Oftalmologia Rodrigues de Castro. Mestre e Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Professor do Curso de Medicina da Universidade Federal do Norte do Tocantins(UFNT), Campus Araguaína.

LISTA DE AUTORES

DOCENTES UFNT

Carolina Galgane Lage Miranda

Clarissa Amorim Silva de Cordova

Marcelo Athayde Vieira (*In memorian*)

Silvio Carneiro da Cunha Filho

DISCENTES

Alexandre da Costa Machado Matos

Atos Vinicius Guimarães Souza

Daniel Caldas

Enzo Luiz Nunes Mendes

George Costa Maranhão

Jorge Gomes Franco Neto

Luiz Fernando Costa Silva

Uam Gabriel Brito de Almeida

Zara Maria Oliveira Barros

APRESENTAÇÃO

O "**Guia de Tratamento Farmacológico em Ambientes de Saúde Específicos: UBS, HDT-UFT, UPA**" é uma obra desenvolvida com o objetivo de oferecer uma ferramenta prática e acessível para profissionais e estudantes da área da saúde que atuam em diferentes níveis de atenção à saúde no município de Araguaína, Tocantins. Fruto do trabalho coletivo da prof. Dr. Carolina Galgane, da docente colaboradora Clarissa Cordova, de docentes convidados e discentes do curso de Medicina da Universidade Federal do Norte do Tocantins, no âmbito da disciplina optativa *Farmacologia Complementar I*, o livro reúne orientações terapêuticas atualizadas e contextualizadas à realidade local.

Dividido em três capítulos, o guia aborda o tratamento farmacológico das principais doenças de maior incidência epidemiológica em três frentes de atuação do sistema de saúde:

Capítulo 1: Unidade Básica de Saúde de Araguaína, Tocantins, focando nas condições prevalentes da atenção primária e nas condutas farmacológicas mais indicadas.

- **Doenças Comuns:** Descrição das doenças mais frequentes nessa unidade.
- **Tratamentos Farmacológicos:** Medicamentos recomendados, dosagens e precauções.

Capítulo 2: Hospital de Doenças Tropicais de Araguaína (HDT-UFT):

- **Doenças Tropicais:** Foco nas doenças tropicais mais comuns na região.
- **Tratamentos Farmacológicos:** Protocolos de tratamento, medicamentos específicos e orientações para manejo.

Capítulo 3: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), considerando os quadros clínicos mais frequentes na atenção de urgência e emergência.

- **Casos Comuns:** Descrição de situações de urgência frequentes.
- **Tratamentos Farmacológicos:** Medicamentos de emergência, doses e administração.

O guia foi pensado para ser de fácil consulta, com linguagem clara, embasamento científico e sensibilidade às particularidades epidemiológicas e sociais de Araguaína/TO. Espera-se que este material contribua para a qualificação do cuidado farmacológico, auxiliando profissionais na tomada de decisões clínicas e promovendo uma prática mais segura, eficiente e humanizada.

Carolina Galgane Lage Miranda
Clarissa Amorim Silva de Cordova
Marcelo Athayde Vieira
Silvio Carneiro da Cunha Filho

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	7
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)	
 doi 10.56238/livrosindi202628-001	
1.1 AMIGDALITE BACTERIANA	7
1.2 DENGUE	9
1.3 DIABETES MELLITUS TIPO 2	11
1.4 DIARREIA AGUDA	15
1.5 ESCABIOSE	16
1.6 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO	18
1.7 SÍFILIS	20
CAPÍTULO 2	23
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS (HDT)	
 doi 10.56238/livrosindi202628-002	
2.1 ACIDENTE BOTRÓPICO	23
2.2 CELULITE	25
2.3 ERISPELA	26
2.4 HANSENÍASE	27
2.5 HIV/AIDS	35
2.6 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR	38
2.7 TUBERCULOSE	40
CAPÍTULO 3	46
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	
 doi 10.56238/livrosindi202628-003	
3.1 ASMA	46
3.2 DOR	49
3.3 ENDOCARDITE INFECCIOSA	57
3.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	60
3.5 OTITE MÉDIA AGUDA	64
3.6 PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE	65
REFERÊNCIAS	69

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)

 Crossref  10.56238/livrosindi202628-001

1.1 AMIGDALITE BACTERIANA

1.1.1 Definição

Amigdalite bacteriana é a inflamação das tonsilas palatinas causada por uma infecção bacteriana. O principal agente etiológico da Amigdalite Bacteriana é o *Streptococcus pyogenes* (grupo A), sendo denominada amigdalite estreptocócica.

1.1.2 Quadro Clínico

Odinofagia intensa, febre alta, hiperemia e hipertrofia das tonsilas, exsudato purulento nas amígdalas, petéquias no palato, edema de úvula, linfonodomegalia (cervicais), podendo haver cefaleia, dor abdominal, náuseas e vômitos.

1.1.3 Diagnóstico

Clínico + Score de Centor modificado.

Score que estima a probabilidade de faringite por *Streptococcus* do grupo A, a fim de direcionar a conduta clínica e evitar antibioticoterapia desnecessária.

Tabela 1 - Score de Centor Modificado

SINTOMAS E SINAIS	PONTOS	PONTUAÇÃO	PROBABILIDADE DE INFECÇÃO ESTREPTOCÓCICA
FEBRE > 38°C	+ 1	0	1 - 2,5%
AUSÊNCIA DE TOSSE	+ 1	1	5 - 10%
LINFONODOMEGALIA CERVICAL ANTERIOR	+ 1	2	11 - 17%
EXSUDATO OU EDEMA TONSILAR	+ 1	3	28 - 35%
3 - 14 ANOS	+ 1	≥ 4	51 - 53%
45 ANOS	- 1		

Fonte: Score de Centor modificado pelos autores

Pontuação 0: Não prescrever antibióticos.

Pontuação 1: Realizar testes para identificação do microrganismo causador.

Pontuação 2: Sugere-se fortemente realizar testes para identificação do microrganismo causador.

Pontuação 3: Realizar teste para identificação do microrganismo. Iniciar terapia empírica até que os resultados sejam liberados.

Pontuação ≥ 4 : Iniciar Antibioticoterapia.

- O Score de Centor Modificado é utilizado somente em pacientes com faringite/amigdalite aguda de início recente (≤ 3 dias).

Exames complementares: Teste rápido para antígeno do estreptococo, Cultura de orofaringe.

Tratamento: O objetivo do tratamento é erradicar o *S. pyogenes*, aliviar os sintomas e prevenir complicações, como a febre reumática.

Tabela 2 - Tratamento Amigdalite Bacteriana

TRATAMENTO	MEDICAMENTO	VIA	DOSE	DURAÇÃO
1º ESCOLHA	PENICILINA BENZATINA	IM	< 27 kg: 600.000 UI ≥ 27 kg: 1.200.000 UI	DOSE ÚNICA
2º ESCOLHA	AMOXICILINA	ORAL	50 mg/kg/dia em 2 doses (máx. 1g/dia) (12/12 horas)	10 DIAS
ALERGIA PENICILINAS	AZITROMICINA	ORAL	500 mg/dia	5 DIAS
ALERGIA MACROLÍDEOS E PENICILINAS	CLINDAMICINA	ORAL	20–30 mg/kg/dia divididos em 3 doses (8/8 horas)	10 DIAS

Fonte: Autoria Própria

1.1.4 Condutas complementares

- Analgésicos/antitérmicos: dipirona ou paracetamol;
- Hidratação oral.

1.2 DENGUE

1.2.1 Quadro clínico

De acordo com a nova classificação do Ministério da saúde (2024) a dengue deve ser entendida como uma doença sistêmica única e dinâmica, que pode se manifestar dentro de um amplo espectro clínico, desde formas assintomáticas ou oligossintomáticas até casos rapidamente fatais.

1.2.2 Fase febril

Febre alta (39-40 °C) de início súbito e que tem duração de 2 a 7 dias, acompanhada por adinamia, cefaleia, dor retro-orbital, mialgia e artralgia (essa apresentação clássica é popularmente conhecida como febre quebra-ossos).

Queixas Gastrointestinais como anorexia, náuseas, vômitos e diarreia (>3 episódios dia) podendo cursar com fezes pastosas 2-3 vezes ao dia (dado útil para diferencial com enterovirose).

Exantema maculopapular, pode ou não ser pruriginoso, acometendo tanto a face como o tronco, e as extremidades, não poupando palmas das mãos ou as plantas dos pés (um dado importante).

1.2.3 Fase crítica

Indivíduos desenvolvem o fenômeno de extravasamento plasmático, suas primeiras manifestações costumam ser os sinais de alarme:

- Dor abdominal intensa (referida ou à palpação)
- Vômitos persistentes
- Hipotensão ortostática e/ou lipotimia
- Hepatomegalia > 2cm do rebordo costal
- Sangramento de mucosas (sinal importante por sua fácil detecção)
- Letargia e/ou irritabilidade
- Acúmulo de líquido (ascite, derrame pleural e ou pericárdico)
- Aumento progressivo do hematócrito

1.2.4 Diagnóstico

A seleção de método laboratorial para confirmação diagnóstica da suspeita de dengue, depende do intervalo de tempo transcorrido desde o início dos sintomas.

Até o quinto dia:

Pesquisa de antígenos virais (dosagem do antígeno NS1). Lembrando que a negatividade do NS1 não descarta o diagnóstico, assim como também vale ressaltar que paciente que possui história prévia de dengue a sensibilidade do NS1 diminui.

- Cultura
- RT-PCR
- Biópsia ou autópsia

Do sexto dia em diante:

- Deve ser feito por meio da sorologia com pesquisa de anticorpos IgM

1.2.5 Tratamento

Não existe um medicamento específico contra o vírus da dengue, a terapia envolve o alívio sintomático (analgésico, antitérmico, antieméticos e antipruriginosos), com ênfase na hidratação que produz um efeito sintomático de melhora significativa.

Nos casos mais graves, a hidratação necessária pode ser a intravenosa, cabe ressaltar que nos casos mais graves a atenção deve ser elevada para níveis assistenciais com mais recursos devido a provável necessidade de internação.

1.2.6 Contraindicações

Medicamentos prescritos com efeito anticoagulantes, merecem uma atenção especial devido a sua particularidade de sua indicação devendo ser avaliado o nível do risco de sangramento espontâneo, AAS e AINEs na suspeita de dengue, devem ser evitados pelo mesmo risco de sangramento (inibição plaquetária).

1.2.7 Tratamento Ambulatorial

1. DIPIRONA 1g _____ 1 CAIXA

USO: Tomar 1 comprimido, via oral, de 6 em 6 horas se dor ou febre.

2. DEXCLORFENIRAMINA 2mg _____ 1 CAIXA

USO: Tomar 1 comprimido, via oral, de 8 em 8 horas por 5 dias.

3. BROMOPRIDA 10 mg _____ 1 CAIXA

USO: Tomar 1 comprimido. via oral, de 8 em 8 horas se náuseas e ou vômitos

4. SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL _____ 5 ENVELOPES

USO: Diluir 01 envelope em 1 litro de água.

Beber ao longo do dia, manter a reidratação até dois dias após cessar febre.

1.2.8 Recomendação geral

- Ingerir bastante líquido: água, água de coco, sopa, suco ou leite.
- Orientar quanto ao uso e guarda da diluição dos sais de reidratação oral

1.3 DIABETES MELLITUS TIPO II

1.3.1 Definição

O Diabetes mellitus constitui-se em uma classe de distúrbios relacionados aos fenômenos hiperglicêmicos baseados em disfunções no metabolismo da glicose em decorrência de desequilíbrios na ingestão e utilização/mobilização de glicose, ou secreção insuficiente de insulina. Este capítulo se contera à abordagem do diabetes tipo 2 (DM 2).

1.3.2 Fatores de Risco

Dentre os fatores de risco para DM II estão fatores genéticos, idade maior de 45 anos, etnia (principalmente afrodescendentes, hispânicos, asiáticos e indígenas), sexo masculino, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, dieta rica em alimentos ultraprocessados, gorduras e açúcares, dislipidemia, tabagismo, e outros.

Quadro 1 - Espectro da homeostase da glicose e diagnóstico do diabetes melito (DM).

CLASSIFICAÇÃO HIPERGLICÊMICA		
Glicemia Plasmática em Jejum	menor que 99 mg/dL	Normoglicemia
	entre 100 e 125 mg/dL	Hiperglicemia (Pré-diabetes)
	a partir de 126 mg/dL	Hiperglicemia (Diabetes “franco”)
Glicemia Plasmática em 2h	menor que 140 mg/dL	Normoglicemia
	entre 141 e 199 mg/dL	Hiperglicemia (Pré-diabetes)
	a partir de 200 mg/dL	Hiperglicemia (Diabetes “franco”)

CLASSIFICAÇÃO HIPERGLICÊMICA		
Hemoglobina Glicada 1C (HbA _{1C})	menor que 5,6%	Normoglicemia
	entre 5,7 e 6,4%	Hiperglicemia (Pré-diabetes)
	a partir de 6,5%	Hiperglicemia (Diabetes “franco”)

Fonte: Adaptado de Powers, Niswender e Evans-Molina (2024).

1.3.3 Rastreio

- Idade acima de 35 anos
- Idade abaixo de 35 anos, se:
 - Histórico familiar de DMII de primeiro grau;
 - Doença Cardiovascular;
 - Hipertensão Arterial Sistêmica;
 - HDL<25mg/dL;
 - Triglicérides>250 mg/dL;
 - Síndromes de Ovários Policísticos;
 - Acantose nigricans;
 - Sedentarismo.
- Pré-diabetes (mediante exame anterior)
 - Diabetes gestacional/Neonato com peso ao nascer acima do ideal
 - FINDRISC alto/muito alto

1.3.4 Esquema de Tratamento - Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)

HbA_{1C} 6,5-7,5%

Terapia de 1º Escolha → Metformina

- iSLGT2/AR-GLP1, se alto risco cardiovascular.
- AR-GLP1/Correceptor GIP/AR-GLP1, se obesidade.

HbA_{1C} 7,5-9,0%

Terapia dupla (recomendada) e Terapia tripla (PODE ser considerada)

- Metformina+iSLGT2/AR-GLP1, se alto risco cardiovascular.
- Metformina+AR-GLP1/Coagonista GIP/AR-GLP1, se obesidade.
- Metformina+qualquer antidiabético (nenhum dos casos acima)

HbA_{1c} >9%

Terapia dupla (recomendado) e Terapia (DEVE ser considerada)

- Metformina+iSGLT2/AR-GLP1, se alto risco cardiovascular.
- Metformina+AR-GLP1/Coagonista GIP/AR-GLP1, se obesidade.
- Metformina+2 antidiabéticos de escolha (nenhum dos casos anteriores)

Intensificação (se acima da meta terapêutica)

Terapia Tripla (recomendada)

- Metformina+iSGLT2+AR-GLP1
- 3 antidiabéticos de escolha
- Terapia baseada em insulina PODE ser considerada
Ainda acima da meta?

Terapia Quádrupla (DEVE ser considerada)

- Quaisquer 4 antidiabéticos, incluindo iSGLT2, AR-GLP1, iDPP4, pioglitazona, sulfonilureias
- Coagonista GIP/GLP1 (deve ser considerado)
- Terapia baseada em insulina (deve ser considerada)

HbA_{1c} >9% (com sintomas)

Terapia baseada em insulina

- Coformulação baseada em insulina/AR-GLP1 (DEVE ser recomendado)
- Insulina basal, terapia basal-bolus, insulina intravenosa (DEVEM ser aplicados quando apropriados)
 - Hiperglicemia Aguda Grave; Cetoacidose; Comorbidades Agudas; Necessidade de cirurgia; Necessidade de procedimentos invasivos; Suspeita de DM autoimune.
- Combinação terapia baseada em insulina+AR-GLP1 (se obesidade/sobrepeso)

ATENÇÃO: Após estabilização clínica, o tratamento para o DMII **deve retornar à terapia tripla ou Dupla** em substituição à terapia baseada em insulina.

PRECAUÇÕES:

- Não utilizar fármacos da mesma classe farmacológica.
- Não associar IDPP4 com Coagnostias GIP/GLP1 ou GLP1.

Quadro 2 - Agentes, apresentação e posologia dos antidiabéticos disponíveis no Brasil.

POSOLOGIA			
Classe	Medicamento	Dosagem	Observações
Biguanidas	Metformina (liberação imediata)	500 e 850 mg; 2-3x/dia; (Dmáx: 2550 mg/dia)	Evitar se TFG < 30 mL/min/1,73 m ²
	Metformina XR (liberação estendida)	500, 750 e 1000 mg/dia; 1-3x/dia (Dmáx: 2250 mg/dia)	Não usar >1 g/dia se TFG 30-45 mL/min/1,73 m ²
iSGLT2	Dapagliflozina	10 mg – 1x/dia	Não iniciar se TFG <25 mL/min/1,73 m ²
	Empagliflozina	10 e 25 mg – 1x/dia	Não iniciar se TFG <25 mL/min/1,73 m ²
	Canagliflozina	100 e 300 mg – 1x/dia	Não iniciar se TFG <25 mL/min/1,73 m ²
AR-GLP1	Liraglutida	0,6 mg, 1,2 mg ou 1,8 mg/dia	Contraindicado se TFG <15 mL/min/1,73 m ²
	Dulaglutida	0,75 mg ou 1,5 mg – 1x/semana	
	Semaglutida (injetável)	0,25 mg, 0,5 mg ou 1 mg – 1x/semana	
	Semaglutida (oral)	3 mg, 7 mg e 14 mg – 1x/dia	
Coagonistas GIP/GLP1	Tirzepatida	2,5; 5; 7,5; 10; 12,5 ou 15 mg – 1x/semana (Dmáx: 15 mg/semana)	
Glitazonas	Pioglitazona	15, 30 e 45 mg – 1x/dia	Contraindicações: Insuficiência cardíaca sintomática (classe III/IV), insuf. hepática, gestação.
Sulfonilureias	Gliclazida MR	30 e 60 mg/dia – 1x/dia (Dmáx: 120 mg/dia)	Contraindicações: TFG <30 mL/min, insuf. hepática, deficiência grave de insulina, infecções graves, gestação.
	Glimepirida	1, 2 e 4 mg/dia – 1-2x/dia (Dmáx: 8 mg/dia)	
	Glibenclamida	5 mg/dia – 1-2x/dia (Dmáx: 20 mg/dia)	

POSOLOGIA			
IDDP4	Sitagliptina	50 e 100 mg – 1-2x/dia (Dmáx: 100 mg/dia)	
	Vildagliptina	50 mg – 2x/dia	
	Linagliptina	5 mg – 1x/dia	
	Alogliptina	6,25; 12,5 e 25 mg - 1x/dia (Dmáx: 25 mg/dia)	
	Saxagliptina	2,5 e 5 mg – 1x/dia (Dmáx: 5 mg/dia)	
	Evogliptina	5 mg – 1x/dia	
Inibidores da alfa-glicosidase	Acarbose	50 e 100 mg – 3x/dia, em refeições (Dmáx: 300 mg/dia)	Contraindicações: Doença inflamatória intestinal, má absorção, TFG <25 mL/min.

Fonte: Adaptado de Lyra et al. (2024).

1.4 DOENÇA DIARREICA AGUDA

1.4.1 Definição

Eliminação de fezes não moldadas ou líquidas com uma alta frequência. Diarreia é considerada AGUDA se durar menos de 2 semanas; Considerada PERSISTENTE se durar 2 a 4 semanas; Considerada CRÔNICA se durar mais que 4 semanas. Mais de 90% dos casos de diarreia aguda são causados por agentes infecciosos

1.4.2 Diagnóstico

O diagnóstico das causas etiológicas, é realizado apenas por exame laboratorial por meio de exames parasitológicos de fezes, cultura de bactérias (coprocultura) e pesquisa de vírus. No entanto, nem sempre é possível, uma vez que há uma grande dificuldade para a realização das coletas de fezes, devido à baixa solicitação de coleta de amostras pelos profissionais de saúde e à reduzida aceitação e coleta pelos pacientes. A avaliação da diarreia aguda vai depender da sua gravidade e da duração dos fatores de hospedeiros. Diarreias agudas leves não justificam o tratamento das intervenções farmacológicas. Diarreias com desidratação, fezes sanguinolentas, febre, dor abdominal, pacientes mais velhos que 50 anos, imunocomprometidos fazem valer a avaliação minuciosa do quadro (Quadro de diarreia grave).

1.4.3 Tratamento

O tratamento das DDA se fundamenta na prevenção e rápida correção da desidratação (ingestão de líquidos e solução de sais de reidratação oral (SRO) ou fluidos endovenosos), dependendo do estado de hidratação e da gravidade.

TRATAMENTO DIARREIA AGUDA				
TRATAMENTO	VIA	DOSE	DURAÇÃO	OBS*
REPOSIÇÃO HIDROELETROLÍTICA	VO (Casos leves e moderados)	50 a 100 mL/kg em 4 a 6 horas.	Enquanto persistir o quadro de diarreia	Preferência por Soro de Reidratação Oral (SRO) - OMS/WHO
LOPERAMIDA (Se necessário)	VO	2mg após a primeira evacuação, depois 1 mg após cada evacuação.	Máximo diário: 8mg	Não usar em casos de infecções bacterianas ou febre
CIPROFLOXACINO (Diarreia febril)	VO	500mg de 12 em 12 hrs.	3 dias	Uso criterioso do antibiótico, escolha depende dos padrões geográfico e patógenos bacterianos específicos

Fonte: Autoral

1.5 ESCABIOSE

1.5.1 Definição

É uma infecção cutânea e parasitária ocasionada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*, a qual pode ser designada popularmente por diferentes nomenclaturas, como: sarna humana, pira, coruba, jereré ou pereba.

1.5.2 Classificação

Infecção cutânea provocada por ácaro através de transmissão inter-humana ou por objetos contaminados de pessoas infectadas

1.5.3 Diagnóstico

O diagnóstico da escabiose é predominantemente **clínico**, realizado por meio da observação direta das lesões durante a consulta médica, especialmente por um médico de família. As lesões costumam surgir em locais característicos da doença, o que, aliado a um bom exame físico, é geralmente suficiente para o diagnóstico. A utilização do dermatoscópio pode ser um recurso

complementar importante, pois facilita a visualização da clássica “trilha em jato” – uma estrutura típica da escabiose – contribuindo para a confirmação diagnóstica.

1.5.4 Quadro Clínico

Lesões cutâneas encontradas em áreas flexoras do punho, região interdigital, cotovelos, axilas, cintura, nádegas, região peniana e escrotal em homens, e mamilos nas mulheres, com prurido intenso e piora no período noturno. Podem ocorrer infecções bacterianas secundárias em decorrência da lesão da pele pela coceira.

1.5.5 Tratamento

Permetrina tópica (creme):

- Primeira escolha no tratamento.
- Aplicar à noite após o banho, do pescoço para baixo, e remover com água após 8 a 14 horas.
- Reaplicar após 1 semana (duas aplicações no total).
- Vantagens: tratamento tópico tradicional.
- Desvantagens: baixa adesão, possível resistência e reações alérgicas raras.

Ivermectina oral (200 microgramas/kg (0,2 mg/kg) por via oral.):

- Antiparasitário sistêmico, indicado para pacientes ≥ 10 anos.
- Dose única, com possibilidade de repetição após 2 semanas se os sintomas persistirem.
- Vantagem: melhor adesão ao tratamento.
- Observação: não é indicada para gestantes e lactentes.

Enxofre precipitado 6 a 10% em petrolato:

- Indicado para gestantes (quando a permetrina for contraindicada) e lactentes < 2 meses.
- Aplicar diariamente após o banho e manter por 24h, durante 3 dias consecutivos.

Moxidectina: Alternativa em casos de sarna crostosa com suspeita de resistência à ivermectina.

Considerações importantes para evitar falha terapêutica:

- Tratar todos os contatos próximos ao mesmo tempo.
- Descontaminar roupas de cama e vestuário em água morna (idealmente $\geq 55^{\circ}\text{C}$), ou utilizar ferro de passar.

1.6 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

1.6.1 Definição

Infecção do trato urinário (ITU) que caracteriza-se pela invasão e multiplicação bacteriana em qualquer segmento do aparelho urinário. Pode ser causada também por fungos, vírus e microorganismos anaeróbios. É considerada a infecção bacteriana mais comum em lactentes, principalmente nos primeiros meses de vida. Atinge preferencialmente o sexo feminino (proporção de 3:1), exceto durante o primeiro mês de vida, quando predomina no sexo masculino.

1.6.2 Confirmação Diagnóstica

- Urina tipo I
 - Alterado em mais de 80% dos casos nos primeiros surtos.
 - Quando há poliúria, é menos expressiva e pode até estar normal, mesmo na vigência de ITU. Nestes casos, valorizar os sintomas, mesmo com pouca leucocitúria.
 - Leucocitúria, hematúria e cilindrúria são sugestivas de ITU, mas não permitem seu diagnóstico definitivo. Podem ocorrer por inflamações não relacionadas à ITU (vulvovaginite, balanopostite, virose, reação pós-vacinal, gastroenterocolite, desidratação, manipulação instrumental ou cirúrgica do trato urinário ou digestivo).
- Urocultura
 - É o exame que confirma a ITU.
 - Confiabilidade depende da coleta adequada

Tabela 3 - Classificação das formas de ITU*

TIPO	DEFINIÇÃO	QUADRO CLÍNICO
ITU não complicada	Ocorre geralmente em mulheres não grávidas, que não apresentam alterações anatômicas ou funcionais no trato urinário, na ausência de imunodepressão e que adquiriram a infecção na comunidade.	Cistite/Infecção do trato urinário baixo (bexiga, uretra e/ou anexos masculinos): disúria, polaciúria, urgência miccional e hematúria variável.
ITU complicada	Ocorre em caso de falha terapêutica (persistência ou piora dos sintomas após 48h de tratamento antimicrobiano e não melhora dos exames laboratoriais) ou de pacientes com chance aumentada de evolução desfavorável (grávidas, pacientes com anormalidades anatômicas ou funcionais do trato urinário, presença de cateteres urinários de demora, doenças renais ou concomitantes, diabetes mellitus, imunossupressão ou transplante renal).	Com infecção do trato urinário alto (rins), além da cistite, há quadro de pielonefrite, com dor lombar, febre alta (> 38°C), calafrio, náuseas ou vômitos.

TIPO	DEFINIÇÃO	QUADRO CLÍNICO
Bacteriúria assintomática	Urocultura positiva com, no mínimo, 100.000 ufc/ml da mesma bactéria em pelo menos duas amostras de urina.	Paciente não apresenta sintomas de infecção urinária.
Infecção recorrente do trato urinário	Ocorrência de 2 episódios de ITU em 6 meses ou 3 nos últimos 12 meses, com confirmação com urocultura.	Não se aplica
Urossepse	Disfunção orgânica com risco de morte causada por resposta desregulada do hospedeiro à infecção originada do trato urinário.	Não se aplica

Fonte: autoral

*Classificação segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), a Sociedade de Doenças Infecciosas da América (IDSA) e a Sociedade Europeia de Microbiologia Clínica e Doenças Infecciosas (ESCMID)

Tabela 4 - Tratamento farmacológico para as formas de ITU

CLASSIFICAÇÃO	OPÇÕES DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO		OBSERVAÇÕES
Cistite aguda não complicada	1ª Escolha	Nitrofurantoína 100 mg 1 comprimido de 12/12h por 5 dias	Sulfonamidas, como sulfametoxazol, não podem ser dadas para pessoas com alergia Cefalexina é contraindicada em caso de alergia a cefalosporinas e contraindicação relativa se houve reação anafilática prévia a penicilinas devido à reatividade cruzada.
		Sulfametoxazol + Trimetoprima (400+80 mg) 2 comprimidos de 12/12 horas por 3 dias.	
	2ª Escolha	Cefalexina 500mg 1 comprimido de 6/6 horas por 5 a 7 dias	
Bacteriúria Assintomática e Cistite Aguda na Gestação	Nitrofurantoína 100 mg 1 comprimido de 12/12h por 5 a 7 dias		Sobre a Nitrofurantoína: É contraindicada na gestação e no parto por interferir nos sistemas imaturos das enzimas dos eritrócitos dos neonatos, podendo resultar em anemia hemolítica. Passa para o leite, então também deve ser evitada durante o aleitamento, especialmente de neonatos com hiperbilirrubinemia. Ocorrem reações hepáticas e pulmonares crônicas quando é utilizada por mais de 6 meses e anemia hemolítica pode ocorrer em pacientes com deficiência de G6PD.
	Cefalexina 500 mg 1 comprimido de 6/6 horas 5 a 7 dias		
	Sulfametoxazol + Trimetoprima (400+80 mg) 2 comprimidos de 12/12 horas por 3 dias		
Pielonefrite Aguda	Ciprofloxacino 500mg 1 comprimido de 12/12 horas por 14 dias		Sobre as Fluoroquinolonas (como Ciprofloxacino e Levofloxacino): Contraindicadas se alergia às fluoroquinolonas. Desaconselhadas na gestação e contraindicadas na lactação pelo potencial efeito adverso em cartilagens fetais/infantis, com risco de artropatia Contraindicadas na presença de distúrbios ou uso de agentes que predisponham arritmia ou que aumentem o intervalo QT
	Levofloxacino 750 mg 1 comprimido ao dia por 7 dias		
	Sulfametoxazol + Trimetoprima (400+80 mg) 2 comprimidos de 12/12 horas por 7 a 10 dias		
Pielonefrite Aguda ou ITU Complicada com indicação de internação	Ceftriaxona 2g EV 1x/dia por 5 a 10 dias		A gestante deve ser transferida para hospital de referência; se critérios de sepse, realizar primeira dose na UPA.

CLASSIFICAÇÃO	OPÇÕES DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	OBSERVAÇÕES
ITU de Repetição com *Fatores de Risco para Bactérias Multirresistentes	Piperacilina-tazobactam 4.5g Ev de 6/6h	*Fatores de risco: uso de antibiótico de amplo espectro nos últimos 30 dias e/ou internação nos últimos 90 dias
	Meropenem 1g Ev de 8/8h (pacientes com critérios de choque séptico)	
ITU de Repetição simples, sem complicações	Nitrofurantoína 50-100 mg VO à noite	Profilaxia não farmacológica: Hidratação, micção pós-coito, higiene adequada Profilaxia farmacológica (após exclusão de causas anatômicas) com duração de 6 meses.
	Trimetoprima 100 mg VO à noite	
	Cefalexina 125-250 mg VO à noite	

Fonte: autoral

A escolha do antimicrobiano mais adequado baseia-se no antibiograma e na observação da resposta ao tratamento com antibióticos empíricos e na ocorrência de recorrência ou re-infecção. Além disso, a maioria dos antimicrobianos requer ajuste de dose para insuficiência renal.

Tabela 5 - Ajuste de dose de antibiótico em caso de doença renal

ANTIBIÓTICO	DOSE AJUSTADA E CONSIDERAÇÕES
Nitrofurantoína	Contraindicada se Clearance < 30 mL/min devido à ineficácia e risco de toxicidade pulmonar/neural
Sulfametoxazol + Trimetoprima	Se Clearance de 15-30 mL/min: administrar a cada 24h Se Clearance < 15 mL/min: evitar uso
Cefalexina	Se Clearance < 30 mL/min: 500 mg 12/12h
Ciprofloxacino	Se Clearance de 30-50 mL/min: dose máxima de 800 mg/dia Se Clearance < 30 mL/min: dose máxima de 400 mg/dia
Levofloxacino	Se Clearance de 50-80 mL/min: dose inicial de 500 mg e uma de 250 mg a cada 24 horas subsequentes Se Clearance < 50 mL/min: dose inicial de 500 mg e uma de 250 mg a cada 48 horas subsequentes
Ceftriaxona	Dose não deve ser superior a 2g/dia e não necessita ajuste desde que a função hepática esteja preservada
Piperacilina-tazobactam	Se Clearance de 20-40 mL/min: 4g+500mg de 8/8 horas Se Clearance < 20 mL/min: 4g+500mg de 12/12 horas

Fonte: autoral

1.7 SÍFILIS

1.7.1 Definição

Infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Seu agente etiológico é o *Treponema pallidum* e sua transmissão se dá principalmente por contato sexual, mas pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.

1.7.2 Epidemiologia

Em 2023, o Estado do Tocantins registrou 2.043 casos de sífilis adquirida. Pessoas do sexo masculino representam 61% dos casos e a idade média dos pacientes é de 35 anos.¹

1.7.3 Quadro Clínico

Varia de acordo com cada estágio da doença, que se divide em:

- **S. Primária:** Ferida, geralmente única, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais da pele), que aparece entre 10 e 90 dias após o contágio. Essa lesão é rica em bactérias e é chamada de “cancro duro”; A ferida não dói, não coça, não arde e não tem pus, podendo estar acompanhada de ínguas (caroços) na virilha. Desaparece sozinha.
- **S. Secundária:** Os sinais e sintomas aparecem entre seis semanas e seis meses do aparecimento e cicatrização da ferida inicial. Podem surgir manchas no corpo, que geralmente não coçam, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés. Essas lesões são ricas em bactérias. Pode ocorrer febre, mal-estar, dor de cabeça, ínguas pelo corpo.
- **S. Terciária:** Pode surgir entre 1 e 40 anos após o início da infecção. Costuma apresentar sinais e sintomas, principalmente lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte.
- **S. Latente:** Não aparecem sinais ou sintomas e é dividida em latente recente (até um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção).

1.7.4 Diagnóstico

Duas categorias:

1. Exames diretos em que se realiza a pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras coletadas diretamente das lesões.
2. Testes imunológicos (mais utilizados) que podem ser treponêmico (teste rápido) e não treponêmico (VDRL, RPR, USR e TRUST).

¹ <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/painel-sifilis>

1.7.5 Tratamento

Tratamento e monitoramento da Sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico 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, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^c Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18–24 milhões UI, 1x/dia, IV, administrada em doses de 3–4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/dia, por 10–14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: DCCI/SVS/MS.

- a.** A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.
- b.** No caso de sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose.
- c.** Em caso de não gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado. Em gestantes, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar 7 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS (HDT)

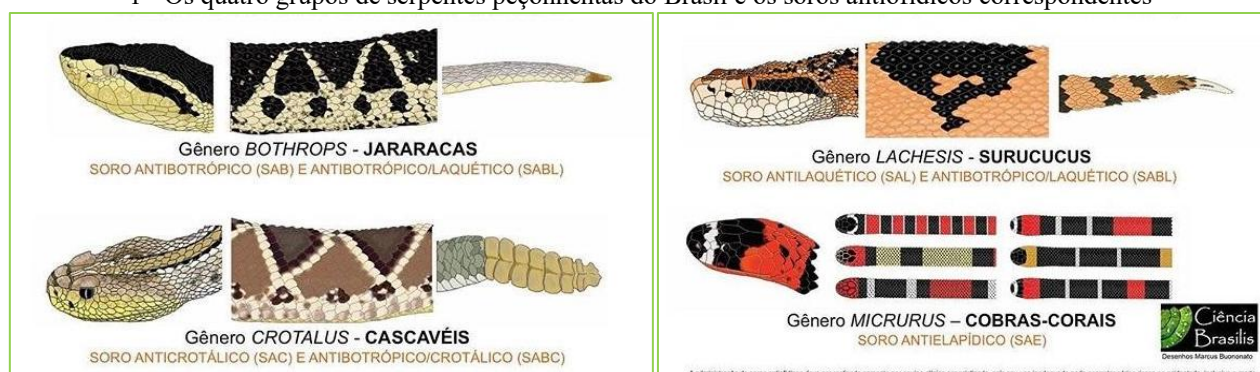
Crossref  10.56238/livrosindi202628-002

2.1 ACIDENTE BOTRÓPICO

2.1.1 Definição

Acidente botrópico é o ofidismo causado por serpentes da família Viperidae, dos gêneros Bothrops e Bothrocophias (jararacuçu, jararaca, urutu, caíçaca, comboia), correspondendo à maioria dos acidentes ofídicos no Brasil, especialmente devido a sua ampla distribuição pelo território brasileiro.

1 - Os quatro grupos de serpentes peçonhentas do Brasil e os soros antiofídicos correspondentes



Fonte: Marcus Buononato - Ciência Brasilis

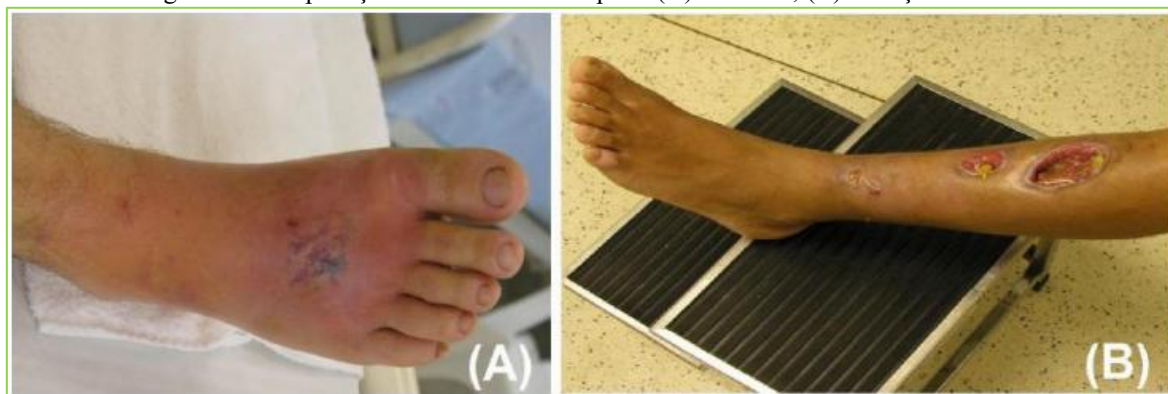
Efeito do veneno botrópico: ação proteolítica, coagulante e hemorrágica.

Figura 2 - Acidente botrópico: (A) marca de presa, (B) equimose, (C) edema, (D) bolhas



Fonte: Silva (2022)

Figura 3 - Complicações do acidente botrópico: (A) abscesso, (B) infecção e necrose



Fonte: Silva (2022)

2.1.2 Diagnóstico

Baseado nas alterações clínico-laboratoriais e na identificação do tipo de serpente (raramente a vítima leva consigo o animal que causou o acidente ofídico). Exames laboratoriais para diagnóstico:

- Técnica ELISA dá confirmação laboratorial através de antígenos do veneno que podem ser detectados no sangue e outros líquidos corporais;
- Realização de tempo de coagulação (TC) e o tempo parcial de tromboplastina (PTT), que geralmente estão aumentados;
- Hemograma (geralmente revela leucocitose com neutrofilia e plaquetopenia de intensidade variável);
- Exame de urina (pode apresentar proteinúria, hematúria e leucocitúria);
- Exames complementares: dosagem de eletrólitos, ureia e creatinina (para detectar precocemente distúrbios hidroeletrólíticos e insuficiência renal aguda)

Tabela 6 - Tratamento geral e específico em caso de acidente botrópico

Tratamento geral	Manter elevado e estendido o segmento corporal picado		
	Analgésicos para prevenir a dor		
	Hidratação para manter diurese (30 a 40 ml/hora no adulto, e 1 a 2 ml/kg/hora na criança)		
	Antibioticoterapia para prevenção de necrose secundária a infecções por bactérias Gram-negativas		
Tratamento específico	Quadro leve	Quadro moderado	Quadro grave
Manifestações locais e sistêmicas	sangramento discreto em pele ou mucosas com possível ocorrência de apenas distúrbio de coagulação*	edema e equimose evidentes, sangramento sem comprometimento do estado geral, pode haver distúrbio da coagulação	alterações locais intensas, hemorragia grave, hipotensão/choque, insuficiência renal, anúria, distúrbio de coagulação
Quantidade aproximada de veneno a ser neutralizada	100 mg	200 mg	300 mg
Número de ampolas de soro necessárias**	2 a 4	4 a 8	8 a 12

Soro utilizado no tratamento específico	Soro Antibotrópico pentavalente (SABr)
	Soro Antibotrópico pentavalente (SABr) e Antilaquéutico (SABL), a depender da gravidade
	Soro Antibotrópico e Anticrotático (SABC)
Administração	Intravenosa

Fonte: autoral

* TC normal: até 10 min; TC prolongado: de 10 a 30 min; TC incoagulável: > 30 min

**Se TC alterado após 24 horas de soroterapia, adicionar ainda duas doses de soro antiofídico.

2.2 CELULITE

2.2.1 Definição

É uma infecção do tecido subcutâneo causada pelo staphylococcus aureus e em segundo lugar streptococcus pyogenes. Na infecção frequentemente possui uma porta de entrada identificável (abrasão, ferida cutânea, úlcera) evoluindo com sinais intensos de folgo no local (rubor, calor, dor e edema).

2.2.2 Quadro clínico

Febre alta, calafrios, toxemia, dor à palpação, edema, calor e rubor

2.2.3 Tratamento

Duração de 10-14 dias

Caso grave:

OXACILINA 2g IV 4 em 4 horas

Caso leve/moderado:

CEFALEXINA 500mg _____ 1 Caixa

Uso: Tomar 1 comprimido, via oral, de 6 em 6 horas, por 10 dias

PERMANGANATO DE POTÁSSIO _____ 1 Caixa

Uso: 1 envelope dissolvido em 1 litro de água fervida para limpeza da região, uso tópico.

Aplicar a solução durante o banho 2x ao dia.

DIPIRONA 1g _____ 1 Caixa

Uso: tomar 1 comprimido, via oral, de 6 em 6 horas se dor e/ou febre.

Uso: Aplicar sobre a área afetada 1-3x ao dia, uso tópico.

2.3 ERISPELA

2.3.1 Definição

A erisipela é classificada como uma piodermite, um grupo de infecções cutâneas causadas por bactérias que acometem diferentes camadas da pele. Trata-se de uma infecção aguda que, em geral, é provocada pelo *Streptococcus pyogenes*, estreptococo beta-hemolítico do grupo A ou raramente do grupo C ou G, ocorrendo com mais frequência nas pernas e face. A doença é caracterizada clinicamente por lesões em placas, elevadas, endurecidas e sensíveis com margens bem delimitadas. Febre alta, calafrios e mal-estar frequentemente a acompanham.

2.3.2 Diagnóstico

O diagnóstico da erisipela é essencialmente clínico. No entanto, exames laboratoriais podem evidenciar leucocitose com predomínio de neutrófilos, além de elevações nos níveis de proteína C reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS). Em casos com suspeita de complicações ou em pacientes internados, exames de imagem, como a ultrassonografia, podem ser indicados para avaliar a extensão das lesões e investigar a presença de possíveis coleções purulentas.

2.3.3 Quadro Clínico

O quadro clínico inicial é prodrômico, caracterizado por febre alta, mal-estar generalizado e dores no corpo. O paciente pode relatar sintomas associados, como cefaleia, náuseas e episódios de vômito. Horas após o início desses sintomas, surge um eritema localizado, que aumenta progressivamente de tamanho. A área afetada torna-se edemaciada, quente ao toque e intensamente dolorosa.

2.3.4 Tratamento

O tratamento da erisipela é feito com antibióticos, que podem ser administrados por via oral ou parenteral, a depender da gravidade do quadro. Em casos leves a moderados, recomenda-se o uso de antibióticos orais com ação contra estreptococos, como penicilina, amoxicilina, cefalexina ou cefadroxil. Nas formas mais graves, o tratamento deve ser feito com antibióticos parenterais, como a penicilina. Para pacientes alérgicos à penicilina, opções como ceftriaxona ou cefazolina podem ser utilizadas. Nos casos em que há infecção por *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina, indica-se o uso de dicloxacilina. Já nas situações com suspeita de infecção por *Staphylococcus aureus* resistente

à meticilina (SARM), os antibióticos recomendados incluem clindamicina, sulfametoxazol/trimetoprima, doxiciclina, vancomicina ou linezolida.

Casos leves (tratamento ambulatorial):	Casos moderados ou graves (tratamento hospitalar):
Cefadroxila 1 g VO a cada 12 horas, ou	Oxacilina 2 g EV (8–12 g/dia), ou
Clindamicina 600 mg VO a cada 8 horas, ou	Cefazolina 1 g EV a cada 6 horas, ou
Amoxicilina + Clavulanato 875 mg VO a cada 12 horas	Clindamicina 600 mg EV a cada 6 horas

Fonte: Autoria Própria

2.3.5 Casos Especiais

SITUAÇÃO	AMBULATORIAL	HOSPITALAR
Diabético	Ciprofloxacina 500 mg VO 12/12h+ Clindamicina 300 mg VO 8/8h	Ceftriaxona 1 g EV 12/12h + Clindamicina 600 mg EV 6/6h
Mordida de animais ou humana	Doxiciclina 100 mg vo de 12/12h ou Amoxicilina/clavulanato 875 mg 12/12h	Ampicilina/sulbactam 3g EV 6/6h
Exposição hídrica com rotura da barreira cutânea	Doxiciclina 100 mg Vo 12/12h	Doxiciclina 100 mg EV 12/12h + Ceftriaxona 1 g EV 12/12h
Usuário de droga		Piperacilina 4,5 g EV 6/6h + Vancomicina 30 mg/kg g EV 12/12h
Imunossupressão		Piperacilina 4,5 g EV 6/6h + Vancomicina 30 mg/kg EV 12/12h

Fonte: EINSTEIN, 2022

2.4 HANSENÍASE

2.4.1 Definição

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, causada pela bactéria **Mycobacterium leprae**, que acomete preferencialmente a **pele e os nervos periféricos**, podendo também atingir outras estruturas, como olhos, nariz e testículos. Clinicamente, manifesta-se por **lesões cutâneas**, como máculas, pápulas, nódulos ou placas, associadas a **alterações de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil**, além de comprometimento neural periférico, o que pode levar a **incapacidades físicas** se não for diagnosticada e tratada de maneira adequada. A **transmissão ocorre principalmente pelas vias aéreas superiores**, através de contato próximo e prolongado com pessoas doentes não tratadas, especialmente aquelas com a forma multibacilar da doença. Trata-se de uma **enfermidade curável**, e o **Sistema Único de Saúde (SUS) oferece tratamento gratuito e acessível** à população.

O **tratamento e o acompanhamento** dos casos de hanseníase são realizados nas unidades básicas de saúde e em serviços de referência, de forma ambulatorial, não sendo necessária internação. Os pacientes devem comparecer **mensalmente para consulta médica**, ocasião em que recebem uma nova cartela de **Poliquimioterapia para Hanseníase em Uso Universal (PQT-U)** e são acompanhados por um profissional de saúde. Durante o tratamento, é exigido o uso da **dose supervisionada**, que deve ser administrada na presença do profissional, garantindo a adesão correta ao esquema terapêutico. A dose do medicamento é calculada com base no **peso corporal do paciente** e pode ser ajustada ao longo do tratamento, se houver necessidade. **Os comprimidos devem ser ingeridos diariamente e todos de uma única vez.**

É fundamental que o paciente **siga rigorosamente o tratamento até a sua conclusão**, mesmo que perceba melhora dos sinais e sintomas antes do término do esquema. Além disso, recomenda-se que **todas as pessoas com as quais o paciente convive frequentemente sejam avaliadas por um profissional de saúde**, a fim de realizar o rastreamento da doença e, se necessário, iniciar precocemente o tratamento.

Durante o período de uso dos medicamentos, o paciente deve ser orientado sobre a **possibilidade de alteração na coloração da urina, suor e pele**, esclarecendo que essas alterações são **reações esperadas** e tendem a desaparecer em até **doze meses após o fim do tratamento**.

2.4.2 Diagnóstico

O **diagnóstico de hanseníase** é realizado de forma prioritariamente **clínica**, com base na avaliação cuidadosa dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, sem a obrigatoriedade de exames laboratoriais ou complementares para sua confirmação. Segundo o protocolo oficial, a hanseníase deve ser suspeitada diante de qualquer pessoa que apresente **lesões de pele com alteração de sensibilidade** ou sinais de comprometimento de **nervos periféricos**, ainda que sem lesões cutâneas visíveis.

Para confirmar o diagnóstico, utiliza-se a presença de pelo menos **um dos seguintes critérios**: lesão ou área da pele com alteração de sensibilidade térmica, dolorosa e/ou tátil; espessamento de nervo periférico associado a alterações sensitivas e/ou motoras; ou exame baciloscópico positivo para *Mycobacterium leprae*. Dentre esses, a avaliação **da sensibilidade nas lesões cutâneas** e a **palpação de nervos periféricos** são etapas essenciais.

A **avaliação da sensibilidade** deve incluir os testes de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, priorizando a térmica, pois é a primeira a se alterar na hanseníase. A **palpação de nervos periféricos** visa identificar espessamentos dolorosos ou indolores, principalmente em nervos como o ulnar, radial, fibular comum, tibial posterior, entre outros. Quando disponível, a **baciloscopia intradérmica** de

linfa de lóbulos das orelhas ou de lesões cutâneas pode ser realizada, especialmente para casos suspeitos de hanseníase multibacilar, embora a negatividade do exame não exclua o diagnóstico clínico.

Confirmado o diagnóstico, o caso deve ser classificado operacionalmente, o que orienta o esquema terapêutico e o tempo de tratamento. O **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase** adota dois grupos para a **classificação operacional**: **paucibacilar** e **multibacilar**. São considerados **casos paucibacilares** aqueles que apresentam até **cinco lesões de pele**, com ou sem espessamento de nervo periférico, e **baciloscopia negativa**. Já os **casos multibacilares** incluem aqueles com **seis ou mais lesões de pele**, ou com mais de um nervo afetado, independentemente do número de lesões, ou com **baciloscopia positiva**, ainda que haja menor número de lesões cutâneas.

Dessa forma, o diagnóstico de hanseníase deve sempre se basear em uma **avaliação clínica minuciosa e sistemática**, com atenção às manifestações cutâneas e neurológicas, além da investigação dos contatos domiciliares e de convívio próximo do paciente. Os exames laboratoriais e de imagem têm caráter complementar e não são imprescindíveis para o início do tratamento. É fundamental que o profissional de saúde esteja capacitado para reconhecer os sinais precoces da doença, realizar a correta **classificação operacional** e iniciar prontamente a terapia, prevenindo incapacidades físicas e reduzindo a transmissão da doença.

2.4.3 Tratamento

O tratamento da hanseníase é realizado com a associação de três antimicrobianos: **rifampicina**, **dapsona** e **clofazimina**, em um esquema denominado **Poliquimioterapia em Uso Universal (PQT-U)**. A duração do tratamento varia de acordo com a **classificação operacional** do paciente. Nos casos de **hanseníase paucibacilar (PB)**, o tratamento deve ser mantido por **seis meses**. Já nos casos de **hanseníase multibacilar (MB)**, a duração do tratamento é de **doze meses**.

Quadro 3 - Tratamento inicial da Hanseníase para adultos

ADULTOS (peso > 50kg)	
Fármacos (apresentação e dose)	Esquema terapêutico
PQT-U Adulto (cartela) Rifampicina: cápsula de 300mg Clofazimina: cápsula de 50mg; cápsula de 100mg Dapsona: cápsula de 100mg Observação: rifampicina deve ser administrada com estômago vazio, para melhor absorção, 1h antes ou 2h após refeição.	Dose mensal supervisionada (1º dia) ● Rifampicina 600mg ● Clofazimina 300mg ● Dapsona 100mg Ou seja, 2 cápsulas de rifampicina + 3 cápsulas de clofazimina 100mg + 1 cápsula de dapsona Dose diária autoadministrada (do 2º dia ao 28º dia) ● Clofazimina 50mg ● Dapsona 100mg

ADULTOS (peso > 50kg)	
	Ou seja, 1 cápsula de clofazimina + 1 cápsula de dapsona Duração do tratamento 12 meses se multibacilar (12 cartelas) 6 meses se paucibacilar (6 cartelas)
Efeitos adversos	Rifampicina Uma dose mensal não costuma causar efeitos que justifiquem a suspensão. Clofazimina O efeito mais comum e perceptível é a pigmentação da pele, variando de vermelho a castanho-escuro (desaparece após 12 meses de interrupção); Pode haver coloração rosada da urina, expectoração e suor; Pode haver ictiose característica nas pernas e antebraços os efeitos adversos são dose dependentes. Dapsona Foi relatada infertilidade em alguns homens que receberam dapsona, efeito potencialmente reversível após interrupção; Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de reações hemolíticas (caso ocorram a suspensão é considerada).

Fonte: Autoria própria, baseado no PCDT da Hanseníase 2022

Quadro 4 - Tratamento inicial da Hanseníase para indivíduos que pesam de 30 a 50kg

CRIANÇA OU ADULTO (peso: 30kg a 50kg)	
Fármacos (apresentação e dose)	Esquema terapêutico
PQT-U Infantil (cartela) Rifampicina: cápsula de 300mg; cápsula de 150mg Clofazimina: cápsula de 50mg Dapsona: cápsula de 50mg	Dose mensal supervisionada (1º dia) • Rifampicina 450mg • Clofazimina 150mg • Dapsona 50mg Ou seja, 2 cápsulas de rifampicina (cápsula 300mg + cápsula 150mg) + 3 cápsulas de clofazimina + 1 cápsula de dapsona Dose diária autoadministrada (do 2º dia ao 28º dia) • Clofazimina 50mg • Dapsona 50mg Ou seja, 1 cápsula de clofazimina + 1 cápsula de dapsona Duração do tratamento 12 meses se multibacilar (12 cartelas) 6 meses se paucibacilar (6 cartelas)

Fonte: Autoria própria, baseado no PCDT da Hanseníase 2022

Quadro 5 - Tratamento inicial da Hanseníase para indivíduos que pesam menos de 30kg

CRIANÇAS (peso < 30kg)	
Fármacos (apresentação e dose)	Esquema terapêutico
PQT-U infantil (adaptação da cartela) Rifampicina: cápsula 300mg, cápsula de 150mg Clofazimina: cápsula de 50mg; cápsula de 100mg Dapsona: cápsula de 50mg Observações: - Rifampicina também está disponível no SUS sob a forma de suspensão oral com 20mg/mL; - É possível calcular a dose semanal de clofazimina e dividi-la em 2 a 3 tomadas por semana, devido a baixa adesão.	Dose mensal supervisionada (1º dia) - Rifampicina 10mg/kg de peso - Clofazimina 6mg/kg de peso - Dapsona 2mg/kg de peso Ou seja, a depender do peso da criança, decidir quantidade de comprimidos. Dose diária autoadministrada (do 2º dia ao 28º dia) - Clofazimina 1mg/kg de peso/dia - Dapsona 2mg/kg de peso/dia Ou seja, a depender do peso da criança, instruir o paciente responsável sobre a quantidade de comprimidos diários ou semanais. Duração do tratamento 12 meses se multibacilar (12 cartelas) 6 meses se paucibacilar (6 cartelas)

Fonte: Autoria própria, baseado no PCDT da Hanseníase 2022

Quadro 6 - recomendações de segurança farmacológica no tratamento da hanseníase

RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA	
Contraindicações	Rifampicina - Manter tratamento na gestante, mas o uso de rifampicina durante as últimas semanas de gravidez pode causar hemorragias pós-natais na mãe e no neonato recomenda-se o uso de vitamina K para esses casos. Clofazimina - Manter tratamento na gestante mesmo que ocorra alteração da pigmentação do recém-nascido Dapsona - Manter tratamento na gestante.
Interações medicamentosas	Rifampicina - Pode causar redução do efeito de anticoncepcionais orais que devem ser substituídos e/ou coadjuvados pela adoção de métodos contraceptivos adicionais. Clofazimina - Pode ocorrer redução da concentração plasmática ao usar de forma concomitante antiácidos. Suco de laranja também pode ter o mesmo efeito. Dapsona - Uso concomitante de agentes antimaláricos e dapsona pode aumentar o risco de reações hemolíticas; - Se deve evitar o uso simultâneo de dapsona e outros medicamentos potencialmente depressores da medula óssea ou causadores de hemólise; - O uso concomitante de ácido p-aminobenzoico (PABA) pode antagonizar o efeito da dapsona no tratamento da hanseníase;

RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA	
Interações medicamentosas	Há maior risco de eventos adversos se a dapsona for usada em concomitância com amprenavir, saquinavir, probenecida e trimetoprima.

Fonte: Autoria própria, baseado no PCDT da Hanseníase 2022

Quadro 7 - tratamento para reação hansênica tipo 1 (reação reversa)

REAÇÃO HANSÊNICA TIPO 1	
Fármacos (apresentação e dose)	Esquema terapêutico
Prednisona: cápsula de 5mg; cápsula de 20mg Observação: É importante realizar profilaxia contra estrongiloidíase Opção 1 - Albendazol: cápsula de 400mg Dose: 400mg/dia Duração: 3 dias consecutivos Opção 2 - Ivermectina: cápsula de 3mg Dose única: 200mcg/kg Observação: Em crianças, buscar orientação pediátrica para ajustar o esquema, devido a riscos específicos no crescimento esquelético, puberdade e supressão renal	Dose inicial - prednisona 1 mg/kg/dia, via oral Esquema de redução gradual Fase 1 - Doses Altas - Reduzir 10mg a cada 15 dias; - Continuar até atingir 20mg/dia. Fase 2 - Doses Intermediárias - A partir de 20mg/dia: reduzir 5mg a cada 15 dias; - Continuar até atingir 5mg/dia. Fase 3 - Doses Baixas 5mg/dia por 15 dias consecutivos - Depois: 5mg em dias alternados por mais 15 dias. Duração do tratamento 6 meses, com acompanhamento da função neural e efeitos colaterais
Efeitos adversos	Prednisona: Hiperglicemia, distribuição anômala de gorduras, redução de massa muscular, hipocalcemia e reabsorção óssea, supressão do eixo HHA; efeitos no TGIs, euforia, ansiedade; edema, HAS; aumento da pressão intraocular

Fonte: Autoria própria, baseado no PCDT da Hanseníase 2022

Quadro 8 - tratamento para reação hansênica tipo 2 (eritema nodoso hansênico)

REAÇÃO HANSÊNICA TIPO 2	
Fármacos (apresentação e dose)	Esquema terapêutico
Talidomida: cápsula de 100mg Observação: - Na associação de talidomida e corticoide, usar AAS 100 mg/dia como profilaxia para tromboembolismo. - A Talidomida deve ser ingerida com água, pelo menos, 1 hora após as refeições. A administração do fármaco na hora de dormir minimiza o impacto do seu efeito sedativo. - O comprimido pode ser partido ao meio, caso a dose seja de 50mg - Não autorizada a administração em menores de 18 anos.	1º opção de tratamento (não gestante) talidomida 100 a 400mg/dia, conforme a intensidade do quadro clínico Ou seja, tomar por via oral, de 1 a 4 cápsulas por dia, a critério médico Esquema de redução gradual - Reduzir a dose em 50-100mg a cada 7-14 dias, conforme resposta clínica, 2º opção de tratamento pentoxifilina na dose de 1.200 mg/dia, dividida

REAÇÃO HANSÊNICA TIPO 2	
Pentoxifilina: cápsula de 400mg Clofazimina: cápsula de 50mg, cápsula de 100mg Observação: É importante consultar pediatra ou clínico experiente para ajuste da dose de clofazimina. Deve ser administrado junto com alimentos, e suspenso caso gastroenterite aguda.	em doses de 400 mg de 8/8 h, associada ou não ao corticosteroide. Sugere-se iniciar com a dose de 400 mg/dia, com aumento de 400 mg a cada semana, no total de três semanas, para alcançar a dose máxima e minimizar os efeitos gastrintestinais. Esquema de redução gradual - Reduzir a dose conforme resposta terapêutica, após pelo menos 30 dias. Tratamento em crianças clofazimina, na dose de 1,5 a 2mg/kg, três vezes ao dia no primeiro mês, 1,5 a 2mg/kg, duas vezes ao dia no segundo mês 1,5 a 2mg/kg, uma vez ao dia no terceiro mês, não ultrapassando a dose máxima diária de 300mg
Efeitos adversos	Talidomida: neuropatia periférica (parestesia, disestesia, desconforto, coordenação anormal ou fraqueza), neutropenia e sonolência Pentoxifilina: aumento das transaminases hepáticas, hipotensão arterial, arritmia cardíaca, taquicardia, angina pectoris, trombocitopenia, tontura, dor de cabeça, meningite asséptica, distúrbio gastrointestinal, náusea, vômito, diarreia, prurido, urticária, angioedema, agitação.

Fonte: Autoria própria, baseado no PCDT da Hanseníase 2022

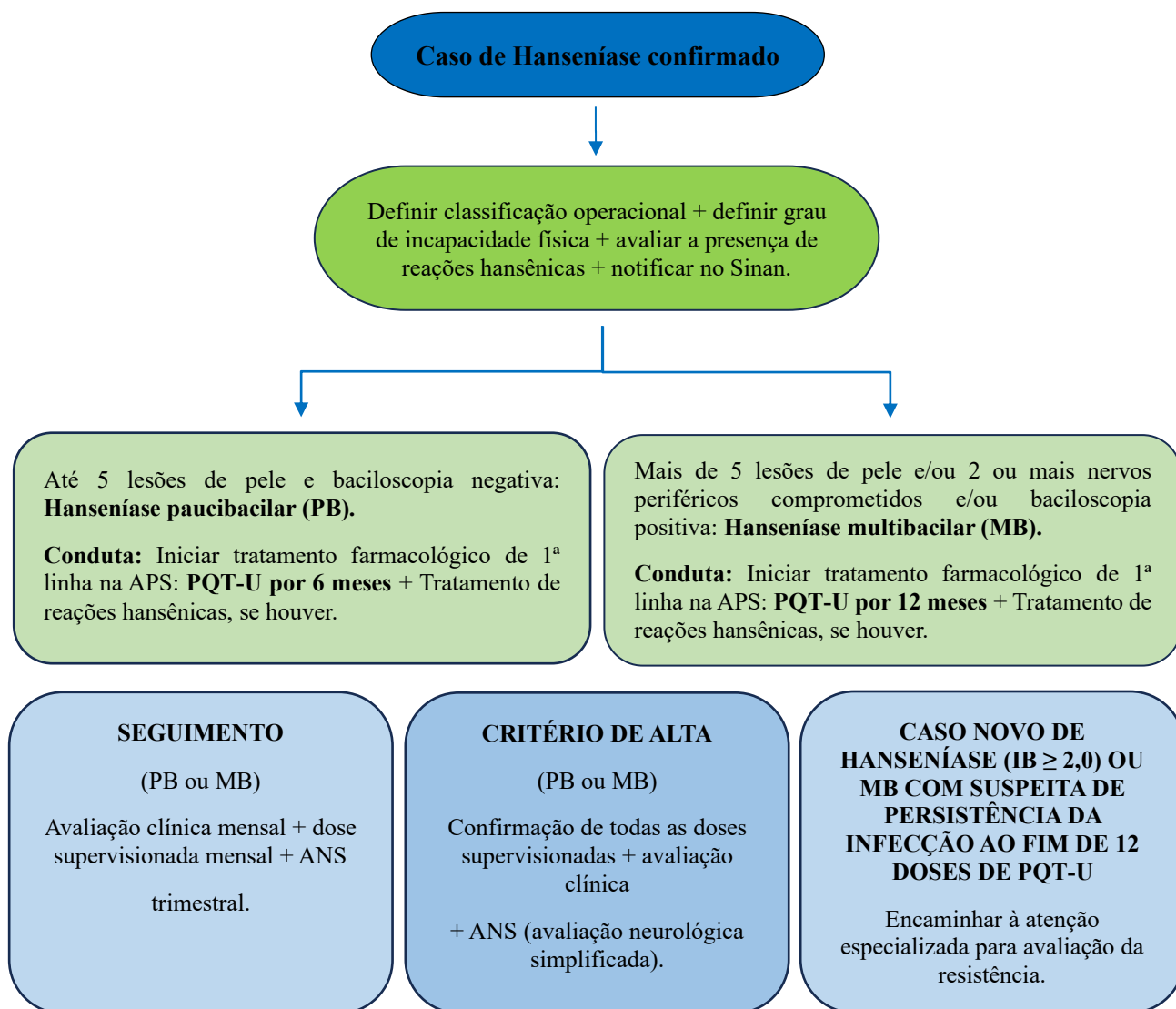
Quadro 9 - recomendações de segurança farmacológicas no tratamento das reações hansênicas

RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA	
Contraindicações	Talidomida - Contraindicada na gestação e no aleitamento materno. - Ocorre sua presença no sêmen, homens devem utilizar camisinha por no mínimo 4 semanas após a última dose de talidomida. Pentoxifilina - Pode ser utilizado na gestação, sob orientação especializada, há risco. Clofazimina - Já abordado anteriormente.
Interações medicamentosas	Talidomida - Potencializa a sedação causada por ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos, anti-histamínicos H1, derivados dos opiáceos, barbitúricos, antidepressivos tricíclicos e álcool; - pode potencializar bradicardia com medicamentos como betabloqueadores ou agentes anticolinesterásicos - Associação com Dexametasona e alguns quimioterápicos eleva o risco tromboembólico;

RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA	
	• Não afeta a farmacocinética de contraceptivos orais. Pentoxifilina • Pode potencializar efeito da insulina e de hipoglicemiantes orais; • Pode causar aumento da atividade anticoagulante. • Pode potencializar o efeito de anti-hipertensivos; • Pode aumentar os níveis plasmáticos de teofilina.

Fonte: Autoria própria, baseado no PCDT da Hanseníase 2022

Fluxograma 1 - Conduta básica no tratamento da Hanseníase



Fonte: Autoria própria, baseado no PCDT da Hanseníase 2022

2.5 HIV/AIDS

2.5.1 Definição

O HIV/AIDS é uma doença infectocontagiosa que promove imunodeficiência em humanos, isso pois ataca linfócitos T-CD4+, mas não somente, levando à condição de AIDS, a mais avançada do quadro clínico. A AIDS é delimitada a partir da contagem de linfócitos T-CD4+ inferior à 200 células/mm³ ou pela presença de doenças oportunistas. Atualmente, o tratamento para HIV faz com que haja indetectabilidade da carga viral e não-transmissibilidade.

2.5.2 Classificação Imunoviológica

Carga Viral (CV - RNA HIV)

- CV inferior a 50 cópias/mL → Indetectável (meta terapêutica)
- CV superior a 100.000 cópias/mL → Risco elevado de progressão

Contagem de CD4+ (Imunidade)

- CD4 superior 500 células/mm³ → Imunocompetente
- CD4 200–499 células/mm³ → Imunossupressão moderada
- CD4 inferior 200 células/mm³ → Imunossupressão grave (critério de AIDS)

Esquema de Tratamento - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV (PCDT HIV) (Ministério da Saúde, 2024)

Tratamento Antiretroviral (TARV) → início imediato, ou em até 7 dias após o diagnóstico;

Meta: Uma carga viral indetectável e CD4+ em recuperação.

Rastreamento:

- CD4 + carga viral
- Pesquisa de genotipagem antes de iniciar o tratamento (quando necessário);
- Hemograma;
- Glicemia;
- Perfil lipídico;
- Função hepática;
- Função Renal;
- Sorologias: Sífilis, Hepatites A, B e C, Toxoplasmose, HTLV (Vírus Linfotrófico de Células T Humanas), Doença de Chagas, Leishmaniose;

- IGRA (*Interferon-Gamma Release Assay*) ou prova tuberculínica (Pessoas vivendo com HIV/PVHIV → grupo de risco para tuberculose/TB)
- Raio X de Tórax
- Teste de gravidez para mulheres (caso em idade fértil)
- LF-CrAg e LF-LAM (em CD4 < 200)

Esquema Primário (Adultos)

Quadro 10 - Esquema preferencial para início da terapia antirretroviral

Dolutegravir (DTG) 50 mg/dia + Lamivudina (3TC) 300 mg/dia + Tenofovir (TDF) 300 mg/dia; VO

Fonte: Adaptado de Brasil (2024).

Esquemas alternativos (casos nos quais o primário não for adequado)

- Intolerância ou contraindicação a dolutegravir
 - Substituir dolutegravir por darunavir/r(b) ou efavirenz(c)
- Intolerância ou contraindicação a tenofovir(d)
 - Substituir tenofovir por abacavir(e), em caso de teste HLA-B*5701 negativo, ou por zidovudina

Quadro 11 - Esquema alternativos para início da terapia antirretroviral.

Esquema	Observações
Darunavir (DRV) 800 mg + Ritonavir (RTV, r) 100 mg; VO	
Efavirenz (EFV) 600 mg; VO	Realizar genotipagem antes de iniciar
Abacavir (600 mg, 1x/dia) + 3TC + DTG; VO	Se HLA-B57:01 for negativo

Fonte: Adaptado de Brasil (2024).

2.5.3 Situações Adversas

Falha virológica: repetir o teste e readequar esquema terapêutico.

Troca em decorrência de efeitos colaterais: manter supressão viral, e avaliar transição segura para novo esquema.

Resgate: levar em conta esquemas como Inibidores de Protease Potencializados (IP/r), Inibidores de Integrase (INI) e analisar possíveis mutações.

2.5.4 Posologia

Quadro 12 - Posologia dos antirretrovirais disponíveis no Sistema Único de Saúde

Classe	Antirretroviral	Dosagem	Observações
ITRN (Inibidores Nucleosídeos da Transcrição Reversa)	Tenofovir	300 mg 1x/dia; VO	
	Lamivudina	300 mg 1x/dia	
	Abacavir	600 mg 1x/dia	Se HLA-B57:01 for negativo
	Zidovudina	300 mg 2x/dia	Administração cautelosa
INI (Inibidores da Integrase)	Dolutegravir	50 mg 2x/dia	Com rifampicina
		50 mg 1x/dia	Sem Rifampicina
	Raltegravir	400 mg 2x/dia ou 1200 mg 1x/dia	
Classe	Antirretroviral	Dosagem	Observações
ITRNN (Não-nucleosídeos)	Efavirenz	600 mg 1x/dia	À noite
	Doravirina	100 mg 1x/dia	
IP/r (Inibidores de Protease com Ritonavir)	Atazanavir/Ritonavir	300/100 mg 1x/dia	
	Darunavir/Ritonavir	800/100 mg 1x/dia	

Fonte: Adaptado de Brasil (2024).

ATENÇÃO:

- Não utilizar TDF se TFG inferior a 60 mL/min;
- Testar HLA-B*57:01 antes de administrar Abacavir;
- Interações: rifampicina, anticonvulsivantes e estatinas;
- Mensurar o risco de toxicidade hepática e óssea.

2.5.5 Profilaxia

- CD4+ inferior a 200 → Pneumocistose (Sulfametoxazol-trimetoprima)
- CD4+ inferior a 100 → Toxoplasmose (Sulfametoxazol-trimetoprima), caso IgG for positivo)
- CD4+ inferior a 50 → *Mycobacterium Avium* (Azitromicina)

2.5.6 Imunizações

- Hepatite A e B
- HPV (Papiloma Vírus Humano)
- Influenza
- Pneumocócica
- COVID-19

ATENÇÃO:

Vacinas baseadas em vírus vivos devem ser evitadas em pacientes com $CD4^+ < 200 \text{ cel./mm}^3$, ou devem ser administradas com precaução e sob orientação e acompanhamento estrito de um(a) médico(a)!

2.6 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR

2.6.1 Definição

Doença infecciosa, não contagiosa, que provoca úlceras elevadas na pele e mucosas. Causada por protozoários do gênero *Leishmania*, transmitida pela picada da fêmea do mosquito-palha (*Lutzomyia*).

2.6.2 Epidemiologia (população e fatores de risco)

O Estado do Tocantins possui estratificação de risco média e as pessoas do sexo masculino representam 75,19% dos casos. Os casos prevalecem na faixa etária de 40 a 59 anos.

2.6.3 Quadro Clínico

Lesões na pele e/ou mucosas (geralmente não dolorosas). As lesões de pele podem ser únicas, múltiplas, disseminadas ou difusas e apresentam aspecto de úlceras, com bordas elevadas e fundo granuloso, geralmente indolor. As lesões mucosas são mais frequentes no nariz, boca e garganta.

2.6.4 Diagnóstico

Exame direto: esfregaço de secreções de úlceras, linfonodos ou outros tecidos afetados, Reação de Imunofluorescência Indireta (Rifi) e teste imunocromatográfico; exame de cultura (indireto) e PCR.

2.6.5 Tratamento

Quadro 13 - Tratamento e acompanhamento da forma cutânea localizada ou disseminada da leishmaniose tegumentar em pacientes com infecção Leishmania-HIV

Droga	Dose	Via	Duração	Monitoramento durante o tratamento
Escolha				
Desoxicolato de anfotericina B	1 mg/kg/d (dose máxima diária de 50 mg e dose total acumulada de, pelo menos, 1,5 g)	EV	Doses aplicadas em período variável dependendo da tolerância	Diário
Alternativas				
Antimoniato de N-metil glucamina	15 mg/kg/d de Sb ^v	EV ou IM	20 dias	Semanal
Isotionato de pentamida	4 mg/kg/d do sal em dias alternados	IM ou EV	3 a 10 aplicações ¹	Semanal
Anfotericina B lipossomal ²	1 a 4 mg/kg/d	EV	Diariamente até completar 1 a 1,5 g de dose total	Diário

Fonte: (SVS/MS).

IMPORTANTE

- No âmbito do SUS, o uso terapêutico da **miltefosina** está indicado para o tratamento da Leishmaniose Tegumentar. Recomenda-se a administração de 2,5 mg/kg/dia, por via oral, dividida em 2 a 3 doses por dia, até o limite de 150 mg/dia (3 cápsulas/dia). As doses devem ser administradas preferencialmente após as refeições, objetivando a mitigação dos efeitos gastrointestinais, principalmente náuseas e vômitos. Esse medicamento é teratogênico e deve ser evitado nas mulheres em idade fértil.
- O tratamento de escolha utilizado frequentemente é o **Glucantine (antimoniato de meglumina)** na posologia de 15 a 20 mg/kg. Máximo de 3 ampolas por dia por aproximadamente 20 dias se o acometimento for cutâneo. Se houver acometimento de mucosa, fazer por 30 dias. Muito cuidado, pois o Glucantine é muito tóxico. Contraindicado para gestantes, cardiopatas, Ins. renal, Ins. hepática e imunossuprimidos.
- A Anfotericina B Lipossomal é utilizada no caso da suspensão do tratamento com o Glucantine. A posologia é de 4mg/kg/dia por 10 dias. Dose máxima acumulada de 40mg/kg/total.

- Aos pacientes vivendo com HIV/AIDS - PVHA deve ser prescrito a Anfotericina B desoxicolato na posologia máxima de 50mg/dia. Dose máx. total acumulada de 2.400 mg/kg/total.

2.7 TUBERCULOSE

2.7.1 Definições

No Brasil, a tuberculose configura-se como um grave problema epidemiológico, com incidência significativa em grandes centros urbanos e populações vulneráveis, como pessoas em situação de rua, população privada de liberdade, indivíduos vivendo com HIV e usuários de álcool e outras drogas. A coinfeção HIV/TB também é um grande desafio no controle da doença, uma vez que agrava o quadro clínico e dificulta o manejo terapêutico.

Tabela 7 - Comparação Clínica e Radiológica das Principais Formas de Tuberculose

QUADRO CLÍNICO			
PARÂMETROS AVALIADOS	TB PRIMÁRIA	TB SECUNDÁRIA	TB MILIAR
Quadro clínico	Febre, sudorese noturna, inapetência, sintomas respiratórios geralmente ausentes.	Febre, sudorese noturna, perda ponderal e inapetência, tosse, podendo apresentar hemoptise.	Febre, sudorese noturna, perda ponderal e inapetência, tosse persistente
Radiografia e tomografia de tórax	Geralmente normal. Quando alterada: - Adenopatia hilar (achado mais comum) infiltrados pulmonares- Derrames pleural Complexo de Ranke Nódulo de Ghon	Geralmente alterada Envolve com frequência os lobos superiores Achados mais comuns: cavidades e infiltrados. TC de tórax: padrão árvore em brotamento	Micronódulos difusos no parênquima pulmonar.

Fonte: Autoral

2.7.2 Diagnóstico

Para isso precisamos de 3 fatores, o quadro clínico do paciente, exame de imagem compatível com o caso e uma amostra de pesquisa bacteriológica.

Se o paciente for suspeito de tuberculose com base na anamnese e exame físico do paciente: pedir duas amostras de baciloscopia e/ou TRM-TB e/ou cultura + radiografia de tórax.

2.7.3 Métodos de Pesquisa Bacteriológica para Tuberculose

1. Baciloscopia (BAAR – Bacilo Álcool-Ácido Resistente)

Objetivo: Detectar a presença do *Mycobacterium tuberculosis* diretamente no escarro ou outros materiais clínicos.

Vantagens: Rápida, baixo custo, é o método mais utilizado para diagnóstico inicial e controle de transmissão.

Desvantagens: Sensibilidade limitada (principalmente em pacientes paucibacilares ou HIV+), não diferencia entre *M. tuberculosis* e outras micobactérias não tuberculosas

Importância: Método fundamental para diagnóstico inicial e monitoramento de tratamento.

2. TRM (Teste Rápido Molecular para Tuberculose)

Objetivo: Detectar o DNA do *Mycobacterium tuberculosis* e resistência à rifampicina.

Vantagens: Resultado em até 2 horas, alta sensibilidade e especificidade, detecta resistência à rifampicina rapidamente.

Desvantagens: Custo mais elevado, necessita de infraestrutura laboratorial específica.

Importância: Método recomendado para diagnóstico prioritário no Brasil, especialmente em casos suspeitos de resistência ou coinfeção com HIV.

3. Cultura para *Mycobacterium tuberculosis*

Objetivo: Confirmação diagnóstica e identificação da bactéria com maior sensibilidade.

Vantagens: É o método padrão-ouro para diagnóstico, permite realização de teste de sensibilidade para múltiplos antibióticos.

Desvantagens: Resultado demorado (3 a 8 semanas em meios sólidos, ou até 2 semanas em meios líquidos), requer laboratórios especializados.

Importância: Essencial para confirmação, principalmente em casos de baciloscopia negativa ou suspeita de tuberculose resistente.

ATENÇÃO:

Assim que o diagnóstico de tuberculose for estabelecido, é imprescindível que todos os pacientes sejam submetidos à investigação para infecção pelo HIV, por meio da solicitação da sorologia específica. A conduta é fundamental, considerando que a tuberculose permanece como a principal causa de óbito entre pessoas vivendo com HIV/AIDS

2.7.4 Tratamento TB



O tratamento da tuberculose tem duração mínima de seis meses, sendo oferecido de forma gratuita e exclusiva pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O esquema terapêutico básico inclui quatro medicamentos: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. A adesão adequada ao tratamento é fundamental, pois a tuberculose tem cura quando o regime medicamentoso é seguido corretamente até o fim.

2.7.5 Esquema básico

O esquema básico do tratamento da TB tem duas fases:

- 1. Intensiva:** Esquema de ataque chamado de RHZE (pelo MS) ou RIPE. Feito com Rifampicina (R), Isoniazida (I ou H); Pirazinamida (P ou Z) e Etambutol (E), durante 2 meses.
- 2. Manutenção:** Feito com Rifampicina (R) e Isoniazida (I ou H), o esquema RH ou RI, por 4 meses.

Tabela 8 - Esquema terapêutico para tuberculose pulmonar e extrapulmonar em adultos, conforme faixa de peso corporal.

ESQUEMA PARA TB PULMONAR E EXTRAPULMONAR			
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 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 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: Ministério da Saúde. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019

O paciente com TB meningoencefálica ou osteoarticular, a fase de manutenção dura 10 meses.

Logo, o regime padrão da fase intensiva e de manutenção somadas dura 12 meses.

Tabela 9 - Esquema básico para tratamento da tuberculose meningoencefálica e osteoarticular em adultos, segundo faixa de peso corporal.

ESQUEMA BÁSICO PARA TB MENINGOENCEFÁLICA E OSTEOARTICULAR.			
ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg <i>(comprimidos em doses fixas combinadas)</i>	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 <i>(comprimidos em doses fixas combinadas)</i>	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	10 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp 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 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: Ministério da Saúde. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

2.7.6 Tratamento em condições especiais

Tabela 10 - Condutas no tratamento da tuberculose em condições especiais: gestantes, hepatopatas e diabéticos

CONDIÇÃO	CONDUTA E CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS
Gestantes	- Esquema básico (RHZE) está autorizado. - Associar piridoxina (vitamina B6) para prevenir toxicidade neurológica fetal causada pela isoniazida. - Amamentação permitida no puerpério, desde que a mãe: • Não tenha mastite tuberculosa; • Use máscara cirúrgica ao amamentar ou cuidar da criança.
Hepatopatas	- Drogas do esquema básico são hepatotóxicas. - Suspender tratamento se: • Transaminases $\geq 5x$ o valor normal sem sintomas; • Transaminases $\geq 3x$ com sintomas ou icterícia. - Reinício gradual do esquema: 1. Rifampicina + Etambutol (3–7 dias); 2. Se testes hepáticos normais, adicionar Isoniazida (3–7 dias); 3. Se testes normais, adicionar Pirazinamida. - Cirrose hepática: contraindicação do esquema básico. Utilizar: • Fase de ataque (5 meses): Amicacina 3x/semana + Etambutol + Levofloxacino; • Fase de manutenção (7 meses): Etambutol + Levofloxacino.
Diabéticos	- Esquema básico indicado normalmente. - Associar piridoxina para prevenir neuropatia. - Se houver demora na negatificação da baciloscopia, prolongar a fase de manutenção por mais 3 meses.

Fonte: Ministério da Saúde. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

2.7.7 Tratamento antirretroviral na coinfeção TB-HIV

O MS pelo Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil mostra condutas diferentes a partir da situação que o paciente se encontra: 1) PVHIV já em uso de TARV e 2) PVHIV virgem de antirretrovirais.

Nessa população especial é preferível manter o esquema básico.

Na primeira situação o paciente recebe o diagnóstico de TB mesmo já fazendo tratamento antirretroviral. A conduta se baseia no pressuposto que a Rifampicina interage com os inibidores da protease. Logo, usa-se:

Tabela 11 - Tratamento da coinfeção TB/HIV.

Esquema antirretroviral preferencial na coinfeção tuberculose-HIV segundo possibilidade de ajuste da TARV		
Preferencialmente	Rifampicina +	Efavirenz ou Dolutegravir
Se não for possível trocar a TARV	Rifabutina +	Inibidor de protease

Referência: Ministério da Saúde. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Na segunda situação o paciente tem diagnóstico confirmado primeiro para TB (virgem de TARV). O início do TARV depende da condição clínica e/ou laboratorial:

Tabela 12 - Início da TARV em pessoas vivendo com HIV e tuberculose, de acordo com o grau de imunodeficiência

Condição clínica e/ou laboratorial	Recomendações
Sinais de imunodeficiência avançada ou LT-CD4+ < 50 células/mm ³	Iniciar TARV em até 2 semanas após o início do tratamento da tuberculose
Ausência de sinais de imunodeficiência ou LT-CD4+ ≥ 50 células/mm ³	Iniciar TARV na 8ª semana após o início do tratamento da tuberculose (final da fase intensiva e início da fase de manutenção)

Fonte: Ministério da Saúde. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

2.7.8 Recomendações ao paciente

Quadro 14 – Recomendações ao paciente em tratamento de TB.

Recomendação	Descrição
Adesão ao tratamento	O tratamento deve ser mantido mesmo após a melhora dos sintomas, para garantir a cura completa da tuberculose.
Avaliação dos contatos	Pessoas que convivem frequentemente com o paciente devem ser avaliadas por profissional de saúde para rastreamento da doença.
Tratamento Diretamente Observado (TDO)	O TDO deve ser realizado por profissional de saúde, com observação da tomada dos medicamentos todos os dias úteis ou, excepcionalmente, três vezes por semana. O local e horário devem ser combinados com o paciente.

Riscos do tratamento irregular	Interrupções ou irregularidades no tratamento podem agravar a doença e favorecer o surgimento de formas resistentes da tuberculose.
Prevenção	A vacina BCG, ofertada pelo SUS, protege crianças contra as formas mais graves da doença, como a tuberculose miliar e a meníngea.

Fonte: Ministério da Saúde. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

 Crossref  10.56238/livrosindi202628-003

3.1 ASMA

3.1.1 Definição

É uma doença inflamatória crônica que atinge as vias aéreas e é caracterizada por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, opressão torácica e tosse, especialmente à noite ou nas primeiras horas da manhã. Apresenta obstrução variável das vias aéreas que pode reverter espontaneamente ou com tratamento.

3.1.2 Epidemiologia

A asma afeta cerca de 300 milhões de pessoas no mundo. No Brasil estima-se uma prevalência de 10% a 20%. Está associada a fatores genéticos e ambientais, sendo mais comum em crianças e mulheres adultas.

3.1.3 Etiologia

Multifatorial, ou seja, pode estar relacionada à predisposição genética, exposição à alérgenos (poeira, ácaros, penugem), infecções virais na infância, poluição, tabagismo, estresse e fatores ocupacionais.

3.1.4 Fisiopatologia

Ocorre um processo inflamatório crônico das vias aéreas com ativação de linfócitos Th2, eosinófilos e mastócitos, levando à hiperresponsividade brônquica, broncoconstrição, produção de muco e remodelamento das vias aéreas em casos graves.

3.1.5 Quadro clínico

Cursa com tosse seca ou produtiva, dispnéia, chiado no peito e opressão torácica. Os sintomas são intermitentes e costumam piorar ao amanhecer e ao anoitecer, com esforços, frio ou alérgenos. Em crises, pode haver sibilos audíveis, uso de musculatura acessória e queda do PFE (pico de fluxo expiratório).

Quadro 15 – Etapas de tratamento ao paciente asmático

TRATAMENTO DA ASMA		
	< 5 anos	6 a 12 anos
Etapa 1	Sintoma leve / intermitente Medicação: CI em baixa dose intermitente (p. ex.: budesonida 200 mcg 7 dias após infecções virais) Alternativa: SABA sob demanda	Medicação: CI em baixa dose quando necessário Alternativa: SABA sob demanda
Etapa 2	Sintoma leve / persistente Medicação: CI em baixa dose diária Alternativa: Montelukaste	Medicação: CI em dose baixa diária Alternativa: Montelukaste
Etapa 3	Sintoma moderado / persistente Medicação: CI em dose média diária Alternativa: + Montelukaste ou dose ajustada conforme sintomas	Medicação: CI em baixa dose + LABA Alternativa: CI em dose média - Montelukaste (menos eficaz)
Etapa 4	Sintoma moderado a grave Medicação: CI em dose média-alta + Montelukaste Alternativa: Avaliar fenótipo, encaminhar ao especialista	Medicação: CI em dose média + LABA Alternativa: adição de LTRA ou tiotrópio
Etapa 5	Sintoma grave ou refratário Medicação: Considerar corticoide oral em dose mínima possível Alternativa: Encaminhar ao especialista	Medicação: Avaliar para tiotrópio, anti-IgE/IL-5 - CI em alta dose + LABA Alternativa: Encaminhar ao especialista

*Legenda: CI: Corticoide inalatório; LABA: β_2 -agonista de longa duração (ex: formoterol, salmeterol); SABA: β_2 -agonista de curta duração (ex: salbutamol); ICS-formoterol: corticoide inalatório combinado com formoterol; MART: *Maintenance and Reliever Therapy*; LTRA: antagonista de leucotrieno (ex: montelukaste).

Fonte: acervo do autor.

Quadro 16 – Etapas de tratamento ao paciente asmático

TRATAMENTO DA ASMA acima de 12 anos (jovens e adultos)	
Etapa 1	Sintomas: <2x ao mês, sem risco de exacerbações. Medicação: ICS-formoterol sob demanda Alternativa: SABA (salbutamol) 100-100 mcg via inalatória, 1 - 2 jatos, até 4 vezes ao dia.
Etapa 2	Sintomas: >2x ao mês, mas <1x ao dia, e sem risco. Medicação: ICS diário (beclometasona 100 mcg, 2x ao dia ou budesonida 200 mcg, 2x ao dia). Alternativa: ICS-formoterol sob demanda ou ICS + SAB separados.
Etapa 3	Sintomas: Diários ou despertares noturnos > 1x por semana. Medicação: ICS + LABA em dose baixa (formoterol 12 mcg + budesonida 200 - 400 mcg, 2x ao dia). Alternativa: Considerar LTRA (antagonista do receptor de leucotrieno) como complemento.

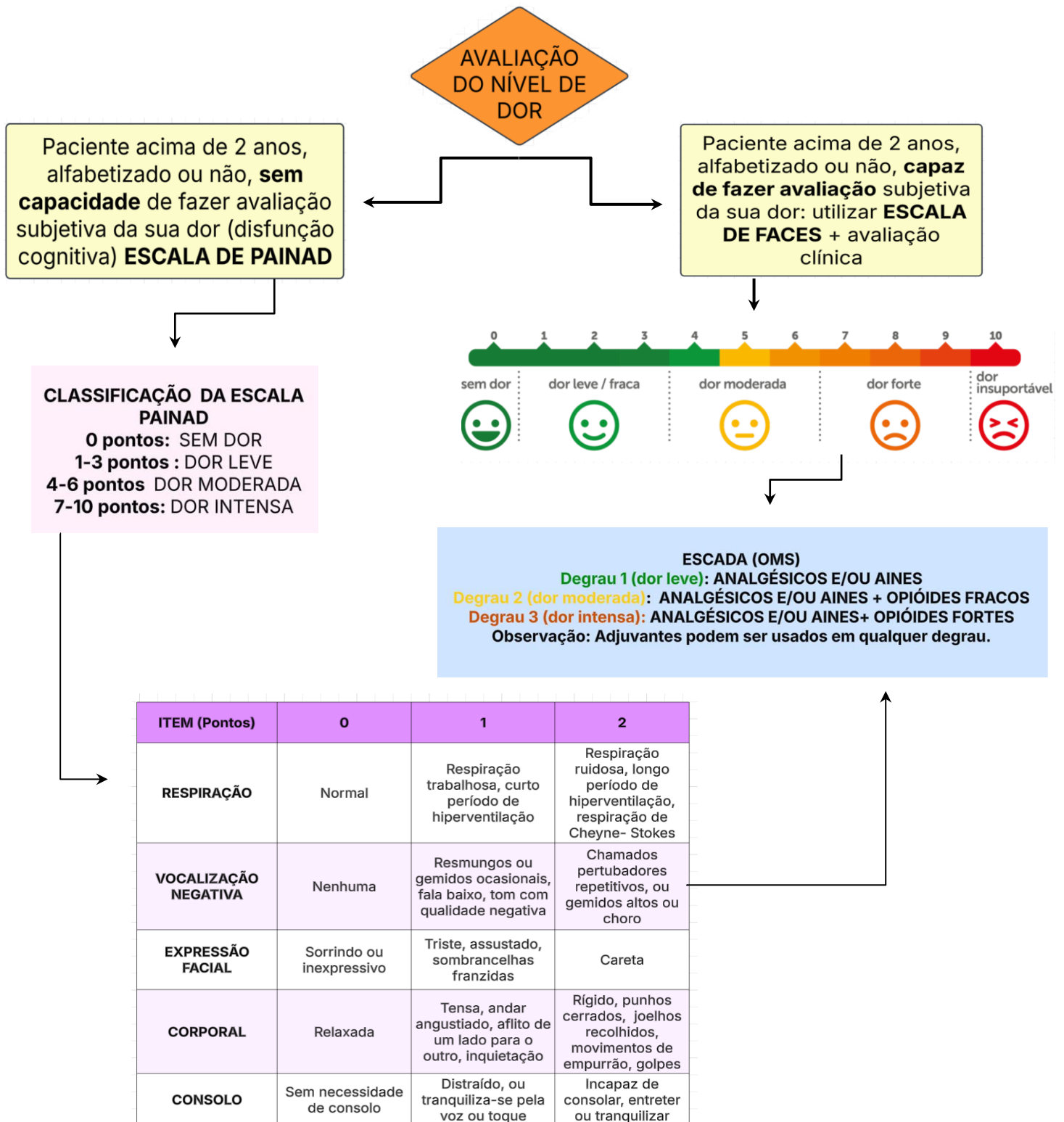
TRATAMENTO DA ASMA acima de 12 anos (jovens e adultos)	
Etapa 4	Sintomas: Persistentes e de difícil controle. Medicação: ICS + LABA em dose média a alta (ex.: formoterol 12 mcg + budesonida 400 mcg, 2x ao dia). Alternativa: Considerar tiotrópio (antagonista muscarínico de longa duração - LAMA) e avaliação para biológicos.
Etapa 5	Sintomas: Asma grave não controlada. Medicação: Adição de anticorpos monoclonais (omalizumabe, mepolizumab) e/ou corticóide oral de manutenção em dose mínima eficaz. Alternativa: Encaminhamento ao especialista.
Exacerbações	Corticóide oral (prednisona 40 - 60 mg/dia por 5 - 7 dias), SABA inalatório (salbutamol 100 mcg 2 - 4 jatos a cada 20 in na primeira hora, depois conforme necessário). Fazer oxigênio suplementar se SatO₂ < 94%.
Manutenção	ICS contínuo como base terapêutica e associar LABA, LAMA ou biológicos conforme agravo. Reavaliar a cada 1 - 3 meses. Usar PFE e questionários de controle (ACT). Minimizar o uso de SABA.
Educação em saúde	Ensinar técnica correta de inalação, plano de ação escrito, uso de espaçadores, controle ambiental, adesão ao tratamento e reconhecimento precoce de exacerbações.

*Legenda: ICS: classe de medicamento (corticóide inalatório); LABA: classe de medicamento (beta-2 agonista de longa duração); SABA: classe de medicamento (beta-2 agonista de curta duração); LTRA: classe de medicamento (antagonista do receptor de leucotrieno); LAMA: classe de medicamento (antagonista muscarínico de longa duração); SatO₂: parâmetro clínico (saturação periférica de oxigênio); PFE: exame de função pulmonar (pico de fluxo expiratório); ACT: questionário clínico (Asthma Control Test).

Fonte: Autoral.

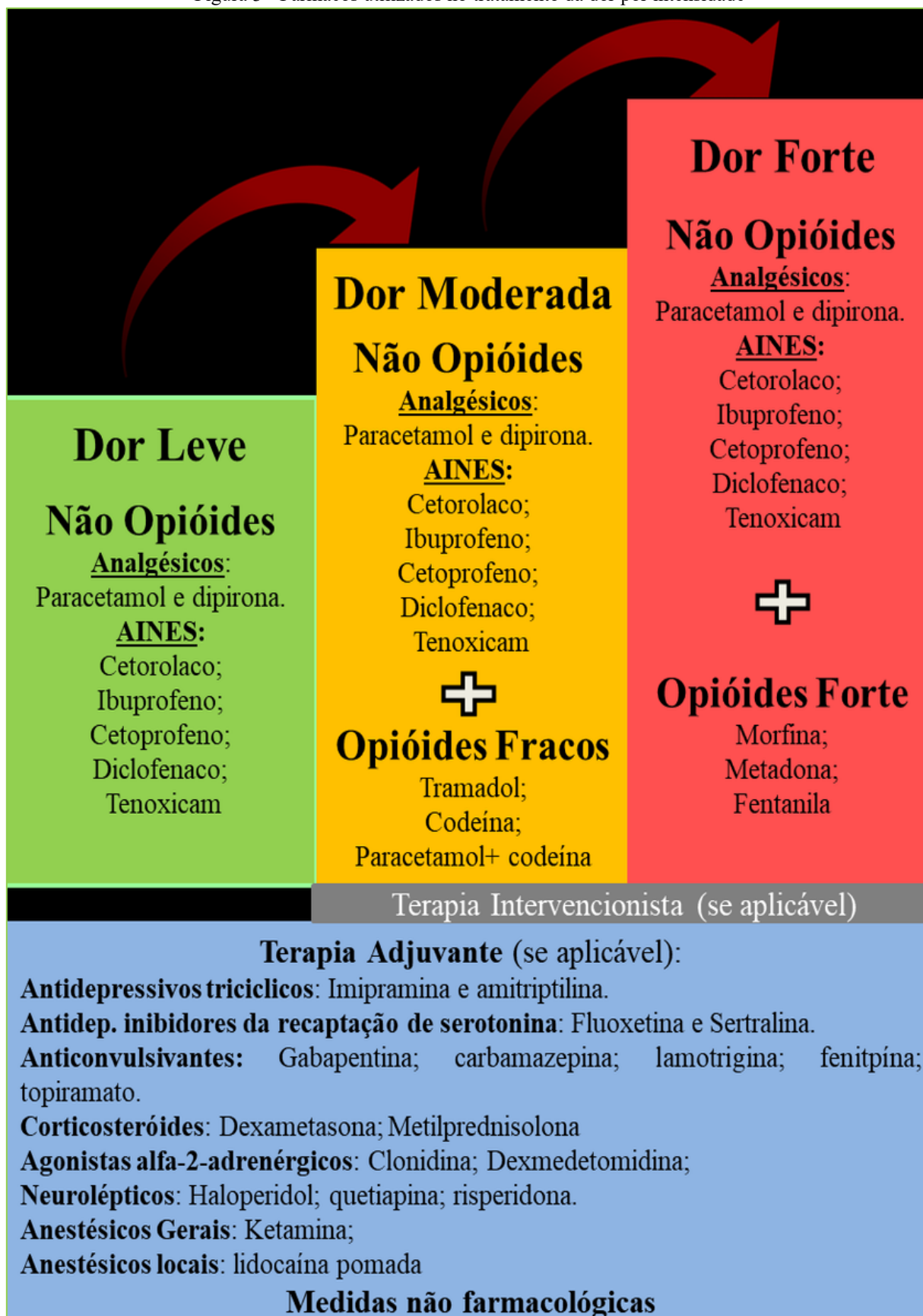
3.2 DOR

Fluxograma 2: Conduta do tratamento da dor por intensidade



Fonte: Autoria própria

Figura 3 - Fármacos utilizados no tratamento da dor por intensidade



Fonte: Adaptada de Castilho et al. (2021).

Quadro 16 - Tratamento da dor leve

DOR LEVE (0-3 pontos)	
Fármacos (apresentação e dose)	Esquema terapêutico
Dipirona: ● Indicação: dor e/ou febre ● Dipirona 50mg/mL / solução oral – 100mL ● Dipirona 500mg ou 1000mg/ comprimido ● Dipirona 500mg/mL / solução injetável – 2mL ● Dose máxima ○ Adultos: ○ 5000 mg/dia. ○ Pediatria: ○ 05 a 08 kg: 500 mg/dia. ○ 09 a 15 kg: 1000 mg/dia. ○ 16 a 23 kg: 1500 mg/dia. ○ 24 a 30 kg: 2000 mg/dia; ○ 31 a 45 kg: 3000 mg/dia; ○ 46 a 53 kg: 3500 mg/dia. Paracetamol: ● Indicação: dor e/ou febre ● Paracetamol 500 mg/comprimido ● Paracetamol 750 mg/comprimido ● Paracetamol gotas - 200 mg/mL - frasco 15mL (1mL = 200mg de paracetamol). ● Paracetamol Suspensão Oral - frasco 60mL (1mL = 32mg de paracetamol). ● Dose máxima: ○ Adultos: 4g/dia; Se risco de hepatotoxicidade: 3g/dia. ○ Pediatria: 75mg/kg/dia. Observação: Este medicamento não deve ser administrado por mais de 10 dias para dor ou por mais de 3 dias para febre. Ibuprofeno (AINES): ● indicação: inflamação, dor e/ou febre ● Ibuprofeno 50mg/mL (frasco 30mL) – 10gts/mL ● Ibuprofeno 100g/mL (frasco 20mL) ● Ibuprofeno 200mg/ 400mg/600mg/800mg comprimidos ● Dose máxima ○ Adultos: 3200mg/dia, VO ○ Pediatria: (a partir de 6 meses): 40mg/dia. Acima de 30kg: 1200mg/dia VO. Escopolamina ● indicação: Espasmos agudos dos tratos gastrointestinal, geniturinário e vias biliares, assim como cólicas biliar e renal. ● Escopolamina 10mg - drágea ● Escopolamina - 10mg/mL (1mL = 20 gotas) ● Escopolamina - 20mg/mL (ampola 1mL) ● Dose máxima: ○ Adulto: IV: 100mg/dia. VO: 60mg/dia.1,3 ○ Pediatria: IV: 1,5mg/kg/dia.	Dipirona (Adultos >31kg) ● VO: 500 - 1000 mg até 4 vezes/dia. ● EV ou IM: 1000 - 2500 mg até 4 vezes/dia. Dipirona (Pediatria > 03 meses) ● VO: Até 30 kg: 10 a 15mg/kg até 4 vezes/dia. ● EV: 20-25 mg/kg/dose, a cada 6 horas. ● VR: 300 mg, até 4 vezes/dia. Paracetamol (Adulto) ● VO: 500 a 1000mg a cada 8 - 6h ou 750mg a cada 4 - 6h. ● EV: <50kg 15mg/kg a cada 6 horas e >50kg 1000mg a cada 6h Paracetamol (Pediatria) ● VO: ○ Se > 12 anos: dose adulto ○ Se ≥ 11kg: 10 a 15mg/kg/dose a cada 4 - 6h; 01 gota/kg até 35 gotas por dose. ● EV: ○ Se > 12 anos > 50kg: dose adulto. ○ Se > 12 anos > 33kg < 50kg: 15mg/kg a cada 6h. Ibuprofeno (Adulto) ● Dose usual: 200 a 800mg/dose, VO a cada 6 a 8 horas. Ibuprofeno (Pediatria) ● Dose usual: a partir de 6 meses: 5 a 10mg/kg, VO, 3 a 4 vezes/dia Escopolamina (Adulto) ● VO: 1 a 2 drágeas ou 20 a 40 gotas (10 a 20mg), 3 a 5 vezes/dia. ● EV, IM ou SC (Maiores de 12 anos): 20 a 40mg (1 a 2 ampolas), várias vezes/dia (respeitando a dose máxima). Escopolamina (Pediatria) ● VO: ○ 10 a 20 gotas (5 a 10mg), 3 vezes/dia; ● Lactentes: ○ 10 gotas (5mg), 3 vezes/dia. ● Até 3 meses dose baseada no peso corpóreo: ○ 1,5mg/kg, 3 vezes/dia; ● Entre 3 a 11 meses: ○ 0,7mg/kg/dose, 3 vezes/dia; ● Entre 1 a 6 anos: ○ 0,3 a 0,5mg/kg/dose, 3 vezes/dia. ● Maiores de 6 anos: ○ 1 a 2 drágeas ou 20 a 40 gotas (10 a 20mg), 3 a 5 vezes/dia. ● Via EV, IM ou SC: ○ Em casos graves, 0,3 a 0,6mg/kg, várias vezes ao dia (respeitando a dose máxima)

DOR LEVE (0-3 pontos)	
Efeitos adversos	Dipirona: O principal efeito adverso é o risco de agranulocitose. Paracetamol: O principal risco é de hepatotoxicidade e falência hepática por intoxicação. reações adversas menos comuns: eritema cutâneo, nefrotoxicidade (em dose superior a 4g com uso crônico), anemia, leucopenia, pancitopenia, distúrbios eletrolíticos. Ibuprofeno: Os efeitos gástricos são os mais comuns: hemorragias gastrointestinais (<1%), perfuração gastrointestinal (<1%), úlcera gastrointestinal, distúrbio inflamatório do aparelho digestivo, melena (<1%), pancreatite (<1%). Escopolamina: principalmente efeitos anticolinérgicos: secura da boca, disidrose, taquicardia e, potencialmente, retenção urinária.

Fonte: Autoria própria, baseado nos guias farmacológicos dos hospitais Sírio Libanês e Israelita Albert Einstein.

Quadro 17 – Tratamento da dor moderada

DOR MODERADA (4-7 pontos)	
Fármacos (apresentação e dose)	Esquema terapêutico
Observação: Utilize um dos analgênicos da dor leve + 1 destes a seguir: Tramadol (opioide) ● Indicação: Alívio da dor de intensidade moderada a severa, de caráter agudo, subagudo ou crônico de etiologia diversa. ● Tramadol 50mg/comprimido ● Tramadol 100mg/mL - solução oral (gotas) 1mL = 40 gotas (frasco 10mL) ● Tramadol 100mg/2mL - injetável (ampola 2mL) ● Dose máxima ○ Adultos: 400mg/dia ○ Pediatria 3 meses a 7 anos: 100mg/dose ○ Adolescente ou (>20kg): 8mg/kg/dia ou 400mg/dia, o que for menor, Observação: ANTÍDOTO: Naloxona (Narcan 0,4mg ap 1mL) Codeína (opioide) ● Indicação: Dor moderada de etiologia diversa. ● Codeína 30mg/comprimido ● Codeína 3mg/mL - solução oral 120mL ● Dose máxima ○ Adultos: 360 mg/dia ○ Pediatria: 60 mg/dia. Observação: ANTÍDOTO: Naloxona (Narcan 0,4mg ap 1mL) Prednisona (corticosteróide) ● Indicação: inflamação e dor não controlada por AINES	Tramadol (Adulto) ● Dose usual: 50 a 100mg, VO, a cada 6 ou 8 horas Tramadol (Pediatria) ● Dose usual: se 3 meses a 7 anos, 1,25mg/kg/dose, VO, a cada 8 horas ● Dose usual: se adolescente ou >20kg 2mg/kg/dose, VO, a cada 4 a 6 horas Codeína (Adulto) ● Dose usual: 30mg (de 15mg a 60mg), VO, a cada 4 ou 6 horas Codeína (Pediatria) ● Dose usual: 0,5 – 1 mg/kg, VO, a cada 4 ou 6 horas. Prednisona (Adulto) ● Dose usual: 5 a 80mg/dia, VO, 1 vez ao dia, pela manhã. Prednisona (Pediatria) ● 0-11 anos: 0,14-2mg/kg/dia, VO, 1 vez pela manhã. ● Acima de 12 anos: 5-60mg/dia, VO, 1 vez pela manhã

DOR MODERADA (4-7 pontos)	
• Prednisona 20mg/comprimido • Meticorten 5mg/comprimido • Dose máxima ○ Adultos: 80mg/dia, VO. ○ Pediatria: 80mg/dia, VO. Observação: Não utilizar junto com AINES	
Efeitos adversos	Tramadol: > 10 % dos casos: Flushing; Tonturas; cefaléia; sonolência; insônia; Prurido; Constipação; náuseas; vômitos; xerostomia; dispepsia; Fraqueza. Codeína: frequência não definida: Bradicardia, parada cardíaca, depressão circulatória, rubor, hipotensão, palpitações, choque, síncope, taquicardia; ansiedade, apreensão, ataxia, calafrios, depressão, desorientação, tontura, sonolência, disforia, euforia, fadiga, alucinação, dor de cabeça, aumento da pressão intracraniana, insônia, nervosismo, parestesia, sedação, tremores, desordem, vertigem; prurido, erupção cutânea, urticária; cólicas abdominais, dor abdominal, anorexia, espasmo do trato biliar, constipação, diarreia, náuseas, pancreatite, vômitos, xerostomia; retenção urinária; laringoespasma, rigidez muscular, tremor, fraqueza; visão turva, diplopia, miose, nistagmo; broncoespasmo, dispneia, parada respiratória, depressão. Prednisona: frequência não definida: Hipertensão; arritmia cardíaca; ruptura cardíaca devido a infarto do miocárdio; síncope; choque; insuficiência cardíaca congestiva; embolia gordurosa; retenção de fluidos corporais; aumento do apetite e ganho de peso; insuficiência adrenal; síndrome de Cushing; diminuição do crescimento em pacientes pediátricos em terapia prolongada; hiperglicemia; hipocalemia; osteoporose; necrose asséptica de osso; desordens musculares; fratura de tendão; ruptura de tendão; perturbação de humor; desordens psiquiátricas; cicatrização de feridas prejudicadas; perfuração gastrointestinais; pancreatites; desordens trombolíticas; anafilaxia; angioedema; síndrome paralítica; pseudotumor cerebral; convulsões; glaucoma; catarata subcapsular posterior; edema pulmonar; tuberculose; aumentado risco de infecção.

Fonte: Autoria própria, baseado nos guias farmacológicos dos hospitais Sírio Libanês e Israelita Albert Einstein.

Quadro 18 - Tratamento da dor intensa

DOR INTENSA (> 7 pontos)	
Fármacos (apresentação e dose)	Esquema terapêutico
Morfina (opióide) ● Indicação: Alívio de dor aguda moderada a grave que não responde a outros analgésicos ● Morfina 10mg/comprimido ● Morfina 10mg injetável (ampola 1mL) ● Morfina 1mg/mL injetável (ampola 2mL) ● Morfina 0,2mg/mL injetável (ampola 1mL) ● Dose máxima ○ Adulto: 90mg/dia ○ Pediatria: 15mg/dose Observação: Monitorar: sinais ou sintomas de depressão respiratória; eficácia da analgesia e controle da dor; sinais de dependência ou abuso; náusea, vômito e constipação Dexametasona (corticosteróide) ● Indicação: Inflamação e dor não controlada por corticosteróide menos potente ou AINES ● Dexametasona 0,5mg/comprimido ● Dexametasona 0,75mg/comprimido ● Dexametasona 4mg/comprimido ● Dexametasona injetável - 2mg/mL (ampola 1mL) ● Dexametasona injetável - 4mg/mL (ampola 2,5mL) ● Dexametasona elixir - 0,1mg/mL (frasco 120mL) ● Dose máxima: ○ Adulto: não informada ○ Pediatria: não informada Observação: Monitorar: pressão arterial; eletrólitos séricos; glicemia; estado mental; exame oftalmológico (com terapia prolongada)	Morfina (Adulto) ● VO: 5 a 30mg, VO, 1 a 6 vezes ao dia. ● EV: 2,5-5mg a cada 3-4 horas. Pacientes com exposição prévia a opiáceos podem exigir doses maiores (Obs: Repetir as doses a cada 5 minutos, se necessário, com pequenos aumentos [1-4mg] é preferível a doses maiores e com frequência menor) Morfina (Pediatria) ● VO: inicial 0,3 mg/kg repita conforme necessário (geralmente a cada 3 a 4 horas) ● EV: Dose inicial: 0,05mg/kg, Dose usual: 0,1 a 0,2mg/kg/dose IV, SC a cada 2 a 4h ● Neonatos, EV: Dose: 0,05 a 0,2mg/kg/dose, a cada 2 a 4h ou administração contínua de 0,01 a 0,04mg/kg/h. Dexametasona (Adulto) ● VO: Dose inicial: 0,5 a 1mg, VO, 2 a 4 vezes ao dia. ● VO: Dose de manutenção: diminuir gradualmente até a menor dose capaz de promover o efeito desejado. ● EV: Dose usual: 0,5 a 20mg/dia, 1 a 4x/dia Dexametasona (Pediatria) ● VO: Dose usual: 2mg/kg/dia divididos 2 a 4 vezes/dia. ● EV: Dose usual: 0,08 a 0,3mg/kg/dia, fracionados em 2 a 4 administrações.
Efeitos adversos	Morfina: > 10% dos casos: respiração difícil ou agitada, respiração irregular, rápida ou lenta, ou superficial; lábios, unhas ou pele pálidos ou azuis, falta de ar e respiração muito lenta. Dexametasona: Retenção de líquidos; insuficiência cardíaca congestiva em pacientes suscetíveis; fraqueza muscular; úlcera péptica com eventual perfuração e hemorragia; pancreatite; retardo na cicatrização de feridas; formigamento; mormente na área perineal (após injeção intravenosa); convulsões; irregularidades menstruais; aumento da pressão intraocular; todos os corticosteróides aumentam a excreção de cálcio, pode resultar em insuficiência adrenocortical secundária induzida por drogas; terapia prolongada pode resultar em febre, mialgia, artralgia e mal-estar;

Fonte: Autoria própria, baseado nos guias farmacológicos dos hospitais Sírio Libanês e Israelita Albert Einstein.

Quadro 19 - Recomendações de segurança farmacológicas no tratamento da dor

RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA	
Contraindicações...	Dipirona • Pacientes que tenham função da medula óssea prejudicada ou doenças do sistema hematopoiético; Pacientes com porfiria hepática aguda intermitente; hipersensibilidade a pirazonas ou pirazolidinas; rinossinusite poliposa; urticária crônica; intolerantes a corantes (p. ex., tartrazina) ou conservantes (p. ex., benzoatos); bebês (< 3 meses e/ou < 5 kg); idosos debilitados; gestantes e lactantes; hepatopatia e nefropatia; hipovolemia; choque; desidratação severa; e coronariopatia grave.
	Paracetamol • Hepatopatas, uso de álcool etílico pode ampliar o risco de hepatotoxicidade; uso de anticonvulsivantes ampliam o metabolismo do paracetamol; cumarínicos terão seu metabolismo ampliado pelo paracetamol
	Ibuprofeno • Pacientes que apresentam a tríade do ácido acetilsalicílico (asma brônquica, rinite e intolerância ao ácido acetilsalicílico); Pacientes com insuficiência renal grave; Pacientes com insuficiência hepática grave; Pacientes com insuficiência cardíaca grave, úlcera péptica, DRGE
	Escopolamina • Hipersensibilidade à escopolamina, outros alcalóides da beladona ou a qualquer componente da formulação; glaucoma de ângulo estreito; hemorragia aguda; íleo paralítico; obstrução do trato gastrointestinal; tireotoxicose; taquicardia secundária a insuficiência cardíaca; miastenia grave.
	Tramadol • Hipersensibilidade ao tramadol ou a qualquer componente da fórmula; intoxicações agudas por álcool, hipnóticos, analgésicos, opióides e outros psicotrópicos; pacientes em tratamento com inibidores da MAO, ou pacientes que foram tratados com esses fármacos nos últimos 14 dias.
	Codeína • Pacientes com hipersensibilidade à codeína ou outros opióides; em casos de diarreia associada à colite pseudomembranosa; em casos de diarreia causada por envenenamento; nos casos de depressão respiratória, especialmente em presença de cianose e excessiva secreção brônquica; quando há dependência a drogas, inclusive alcoolismo; instabilidade emocional ou tentativa de suicídio, condições onde há aumento da pressão intracraniana, arritmia cardíaca, convulsão, função hepática ou renal prejudicada, inflamação intestinal, hipertrofia ou obstrução prostática, hipotireoidismo, cirurgia recente do trato intestinal ou urinário; em recém-nascidos e bebês prematuros; para todas as crianças menores de 12 anos de idade.
	Prednisona • Hipersensibilidade ao componente da fórmula ou a outros corticosteróides; Este medicamento é contraindicado para uso por pacientes com infecções sistêmicas por fungos.
	Morfina • Pacientes com alergia à morfina e outros opióides; asma brônquica aguda; estados convulsivos e delirium tremens; arritmias cardíacas, coma ou alteração do estado de consciência ou estado de choque; aumento da pressão intracraniana ou cerebroespinhal e tumor cerebral; íleo paralítico, obstrução intestinal; insuficiência renal e hepática severas; alcoolismo agudo.

RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA

...Contraindicações

Dexametasona

- Infecções fúngicas sistêmicas; hipersensibilidade a sulfitos ou qualquer outro componente desta medicação; administração de vacina de vírus vivo; o uso na tuberculose ativa deve restringir-se aos casos de doença fulminante ou disseminada; usar com cautela na colite ulcerativa inespecífica, se houver probabilidade de perfuração, abscessos, diverticulite, úlcera péptica ativa, insuficiência renal, hipertensão, osteoporose e miastenia gravis; nos pacientes com hipotireoidismo e nos cirróticos há maior efeito dos corticosteroides; na malária cerebral, está associado com o prolongamento do coma e com a maior incidência de pneumonia e hemorragia gastrointestinal; podem ativar amebíase latente ou estrongiloidíase ou exacerbar a moléstia ativa; o uso prolongado pode produzir catarata subcapsular posterior, glaucoma com possível lesão do nervo óptico e estimular infecções oculares secundárias de fungos ou vírus; usar com cuidado em pacientes com herpes simples oftálmico devido à possibilidade de perfuração corneana; não devem ser injetados em articulações instáveis.

Interações medicamentosas...

Dipirona

- alopurinol, anticoncepcionais, fármacos nefrotóxicos, clorpromazina e álcool, que aumentam a toxicidade da dipirona; a dipirona reduz o nível plasmático de alguns fármacos como ciclosporina e cumarínicos.

Paracetamol

- uso de álcool pode aumentar o metabólito hepatotóxico do paracetamol; o antidiabético oral exenatida pode diminuir efeito do paracetamol; o antimicrobiano isoniazida pode incrementar o efeito do paracetamol; e o paracetamol pode elevar o efeito da varfarina.

Ibuprofeno

- Usar com cautela a pacientes em terapia com anticoagulantes, risco de sangramento; podem reduzir a eficácia dos diuréticos fármacos anti-hipertensivos (IECA E BRA); aumento do risco de ulceração gastrointestinal ou sangramento quando usado concomitantemente com corticosteróides; uso concomitante com ciclosporina pode aumentar o risco de nefrotoxicidade

Escopolamina

- Evitar o uso de outros agentes associados a eventos adversos do sistema nervoso central e agentes anticolinérgicos.

Tramadol

- Não combinar com inibidores da MAO; não administrar junto a outros fármacos depressores do sistema nervoso central (SNC), incluindo álcool; tramadol pode induzir convulsões e aumentar o potencial de causar convulsões dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina, inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos e outros fármacos que diminuem o limiar para crises convulsivas (tais como bupropiona, mirtazapina, tetraidrocanabinol); fármacos inibidores do CYP3A4, tais como o cetoconazol e a eritromicina, podem inibir o metabolismo do tramadol.

Codeína

- Os efeitos depressores da codeína são potencializados pela administração concomitante de outros depressores de SNC como o álcool, sedativos, anti-histamínicos ou fármacos psicotrópicos (IMAO e antidepressivos tricíclicos); a quinidina pode inibir os efeitos analgésicos da codeína por impedir sua metabolização; o uso concomitante de anticolinérgicos e codeína pode produzir íleo paralítico.

Prednisona

RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA	
...Interações medicamentosas	- Desmopressin: Risco aumentado de hiponatremia severa; Fluorquinolona: Risco aumentado de ruptura de tendão; Ritonavir: Risco aumentado de exposição ao corticoide, síndrome de Cushing e supressão da adrenal; Pode resultar em diminuição das concentrações de fentanyl, nifedipino, amiodarona, tramadol e meperidina; Diminuição do efeito de contraceptivo oral, aumentou o risco dos efeitos colaterais do uso de corticoides (reações neuropsiquiátricas, distúrbios eletrolíticos, hipertensão e hiperglicemia); Aumento do risco de sintomas de abstinência da codeína e metadona; Pode resultar em redução dos níveis de tacrolimus e possibilidade de rejeição de órgãos. Morfina benzodiazepínicos (monitorar sinais e sintomas de depressão respiratória) redução das doses pode ser necessária. Dexametasona Aldesleucina com redução da eficácia antitumoral; Bupropiona com redução do limiar de convulsão; Darunavir, dasatinibe, etaverina, fosamprenavir, imatinibe, nilotinibe, praziquantel, quetiapina com redução das concentrações plasmáticas do outro medicamento; Vacina de rotavírus vivo com aumento do risco de infecção pelo microrganismo da vacina; Talidomida com aumento do risco de desenvolver necrólise epidermoide bolhosa; Femprocumona e varfarina com aumento do risco de sangramento e/ou redução do efeito do outro medicamento; Ciprofloxacino e levofloxacino com aumento do risco de ruptura de tendão; Anfotericina B lipossomal com aumento do risco de hipocalcemia; Amprenavir, caspofungina e sorafenibe com redução das concentrações plasmáticas do outro medicamento; Vacinas com vírus vivo com resposta imunológica inadequada; Aprepitanto e fosaprepitanto com aumento da exposição sistêmica à dexametasona; AAS com aumento do risco de ulceração gastrointestinal e concentrações séricas de aspirina subterapêuticas.

Fonte: Autoria própria, baseado nos guias farmacológicos dos hospitais Sírio Libanês e Israelita Albert Einstein.

3.3 ENDOCARDITE INFECCIOSA (EI)

3.3.1 Definição

Infecção causada por diversos agentes etiológicos, principalmente bactérias, que aderem-se à superfície endotelial por conta de uma lesão ou sobre um dispositivo para auxílio cardíaco.

3.3.2 Etiologia

Cerca de 80% dos casos de EI incide em pacientes com fatores de risco endocárdicos como doença cardíaca estrutural, prótese valvar cardíaca, imunossupressão medicamentosa ou patológica, EI prévia, procedimentos invasivos intravasculares, desfibriladores implantáveis e próteses cardíacas. Além disso, há a presença de microrganismos na corrente sanguínea, sendo que bactérias Gram-positivas como estreptococos, estafilococos e enterococos correspondem a 80 a 90% dos casos de EI. Bactérias Gram-negativas, fungos (1 a 2%) e bactérias do grupo HACEK (Haemophilus, Aggregatibacter, Cardiobacterium, Eikenella corrodens, Kingella), também com taxas de 1 a 2%, são

outros microrganismos que podem causar EI. Outras etiologias como vírus e fungos são menos comuns mas devem ser investigadas principalmente em casos de hemocultura negativa.

3.3.3 Quadro clínico

Microrganismos habituais presentes na hemocultura e visualização de vegetação em ecocardiograma. Geralmente a apresentação do paciente inclui febre de origem indeterminada, sinais de infecção sistêmica, sinais de insuficiência cardíaca e presença de fatores de risco como o uso de prótese valvar cardíaca, doença cardíaca estrutural ou congênita, uso de drogas injetáveis e história recente de procedimentos invasivos como tratamento de feridas e hemodiálise.

3.3.4 Exame físico

Sinais e sintomas de regurgitação valvar como edema periférico, ascite, anorexia e pulsações no corpo em casos de acometimento da valva tricúspide e dispneia, hipotensão, baixo débito cardíaco e angina em casos de acometimento da valva bicúspide. Também podem aparecer algumas lesões hemorrágicas como as Manchas de Roth (hemorragia retiniana com palidez central), Lesões de Janeway (lesões hemorrágicas maculares palmar e plantar) e Nódulos de Osler (lesões nodulares dolorosas em palmas de mãos e pés que surgem devido a deposição de complexos imunológicos no endotélio vascular).

3.3.5 Diagnóstico

É baseado principalmente em hemoculturas ou sorologias, exames de imagem e critérios clínicos. Devem ser considerados pacientes com febre sem foco infeccioso aparente, principalmente se houver sopro cardíaco ou fatores de risco, como valvopatias, uso de drogas injetáveis ou procedimentos invasivos recentes. O exame fundamental é a hemocultura, idealmente com três amostras colhidas em momentos diferentes, sendo positiva em até 90% dos casos sem uso prévio de antibióticos. Quando a hemocultura é negativa, deve-se suspeitar de agentes de crescimento difícil, necessidade de sorologias específicas ou uso prévio de antimicrobianos. A ecocardiografia, especialmente a transesofágica (ETE), é essencial na detecção de vegetações, abscessos e complicações, enquanto exames como tomografia, PET-Scan e ressonância auxiliam na avaliação de complicações e na aplicação dos critérios diagnósticos. O diagnóstico definitivo se baseia na visualização histológica dos microrganismos nas vegetações ou no cumprimento dos critérios clínicos, como os de Duke ou da Sociedade Europeia de Cardiologia, ambos atualizados em 2023.

3.3.6 Tratamento

São utilizados antibióticos intravenosos por 2 a 8 semanas, podendo incluir troca para via oral em casos selecionados. É fundamental remover fontes de infecção, como catéteres, dispositivos invasivos e tratar problemas odontológicos. A cirurgia cardíaca é indicada em casos de insuficiência cardíaca, infecção não controlada ou risco elevado de embolia. A anticoagulação deve ser suspensa em casos de embolia cerebral. A resposta ao tratamento é acompanhada clinicamente e por ecocardiografia, com risco de recidiva, o que exige monitoramento e prevenção contínua.

Quadro 19 – Esquema de antibioticoterapia ao paciente com Endocardite Infecciosa

TRATAMENTO ESQUEMAS DE ANTIBIÓTICOS PARA EI			
Agente etiológico	Válvula nativa (VN)	Válvula protética (VP)	Duração
Estreptococos sensíveis	Penicilina G 18–24 milhões UI/dia IV (contínuo ou 4/4h) ou Ceftriaxona 2g IV 1x/dia	Mesmo esquema	VN: 4 sem. VP: 6 sem.
Estreptococos menos sensíveis	Penicilina G + Gentamicina 3mg/kg/dia IV	Mesmo esquema	VN: 4 sem. VP: 6 sem.
Estafilococos MSSA*	Oxacilina 2g IV 4/4h ou Cefazolina 2g IV 8/8h	+ Rifampicina 300mg VO 8/8h + Gentamicina 1mg/kg IV 8/8h (só nas 2 primeiras semanas)	VN: 6 sem. VP: 6 sem.
Estafilococos MRSA**	Vancomicina 15mg/kg IV 12/12h	+ Rifampicina 300mg VO 8/8h + Gentamicina (2 semanas)	VN: 6 sem. VP: 6 sem.
Enterococos sensíveis	Ampicilina 2g IV 4/4h + Ceftriaxona 2g IV 12/12h	Mesmo esquema	VN: 6 sem. VP: 6 sem.
HACEK (<i>Haemophilus</i> , <i>Aggregatibacter</i> , <i>Cardiobacterium</i> , <i>Eikenella</i> , <i>Kingella</i>)	Ceftriaxona 2g IV 1x/dia ou Ampicilina/Sulbactam 3g IV 6/6h ou Ciprofloxacino 400mg IV 12/12h	Mesmo esquema	VN: 4 sem. VP: 6 sem.

* MSSA (Methicillin-Sensitive Staphylococcus aureus) → Estafilococos sensíveis à meticilina (ou oxacilina)

** MRSA (Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus) → Estafilococos resistentes à meticilina (ou oxacilina)

Fonte: autoral

3.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

3.4.1 Definição

Na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), é comum identificar tanto pacientes com diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica (HAS) quanto casos novos. Por esse motivo, deve ser feito o reconhecimento precoce e a abordagem adequada para prevenir desfechos graves.

A HAS é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial: valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg em múltiplas aferições*.



*No contexto da UPA, a presença de lesão de órgão-alvo (LOA) associada a **uma única aferição** de PA $\geq 180/120$ mmHg justifica intervenção imediata, sem necessidade de múltiplas medições.

3.4.2 Classificação

Tabela 13 – Classificação da Pressão Arterial – Comparativo valores em mmHg da SBC (2020) e ESC/ESH (2023).

Classificação	SBC (2020)	ESC/ESH (2023)
Ótima	$< 120 / < 80$	—
Normal	120–129 / 80–84	$< 120 / < 80$
Pré-hipertensão	130–139 / 85–89	120–129 / < 80 (<i>Elevada-Normal</i>)
Hipertensão Estágio 1	140–159 / 90–99	140–159 / 90–99
Hipertensão Estágio 2	160–179 / 100–109	$\geq 160 / \geq 100$
Hipertensão Estágio 3	$\geq 180 / \geq 110$	— (<i>não classificado separadamente</i>)

Fonte; adaptado de SBC (2020) e ESC/ESH (2023)

3.4.3 Quadro clínico

O paciente com HAS pode se apresentar de forma assintomática ou com queixas como cefaléia, tontura, mal-estar, dor no peito ou falta de ar. Em casos mais graves, pode haver sinais de lesão em órgãos-alvo, como alteração do nível de consciência, déficit neurológico ou dor torácica sugestiva de emergência hipertensiva.

3.4.4 Tratamento HAS

1. Metas terapêuticas da pressão arterial (PA)

Tabela 20 – Metas Terapêuticas da Pressão Arterial (PA) segundo o risco cardiovascular e perfil geriátrico.

	Risco cardiovascular baixo ou moderado	Risco cardiovascular alto	Idosos hígidos	Idosos frágeis
PA sistólica (mmHg)	inferior a 140	140-149	130-139	140-149
PA diastólica (mmHg)	inferior a 90		70-79	

2. Tratamento não medicamentoso

As principais intervenções não farmacológicas recomendadas são: cessação do tabagismo; adoção da dieta DASH; redução do consumo de sódio (ingestão de sódio deve ser inferior a 2 g por dia - equivalente a 5 g de sal de cozinha); controle do peso corporal (IMC abaixo de 25 kg/m²); atividade física regular (150 minutos de atividade física moderada por semana); moderação no consumo de álcool (homens: até 30 g/dia, mulheres: até 15 g/dia);

3. Tratamento medicamentoso da HAS

3.4.4.1 Escalonamento terapêutico no tratamento da HAS

Monoterapia	Tiazídico, BCC, IECA, BRA e BB
-------------	--------------------------------

Se meta não alcançada:

Combinação de 2 fármacos	IECA/BRA + BCC ou Tiazídico
--------------------------	-----------------------------

Se meta não alcançada:

Combinação de 3 fármacos	IECA/BRA + BCC + Tiazídico
--------------------------	----------------------------

Se meta não alcançada:

Quarto fármaco	IECA/BRA + BCC + Tiazídico + Espironolactona
----------------	---

Se meta não alcançada:

Adição de mais fármacos	BB, simpaticolítico central, alfabloqueadores, vasodilatador direto
-------------------------	--

Legenda: IECA – Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina; BRA – Bloqueador do Receptor de Angiotensina II; BCC – Bloqueador dos Canais de Cálcio; BB – Beta-bloqueador.

3.4.4.2 Medicamentos anti-hipertensivos disponíveis pelo SUS

Antes de iniciar a leitura da tabela a seguir, é importante que o leitor se atente à posologia descrita, pois ela corresponde às doses iniciais usualmente recomendadas para o tratamento da hipertensão arterial. A titulação da dose deve ser feita de forma gradual, conforme a resposta clínica e a tolerância do paciente.

Tabela 15 – Principais medicamentos anti-hipertensivos disponíveis pelo SUS: forma farmacêutica e posologia habitual inicial

Classe	Medicamento (DCB)	Forma farmacêutica (RENAME)	Posologia habitual inicial
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	Comprimido 25 mg	12,5–25 mg 1x/dia
IECA	Captopril	Comprimido 25 mg	12,5–25 mg 2 a 3x/dia
	Enalapril	Comprimido 10 mg	5–10 mg 1 a 2x/dia
BRA	Losartana potássica	Comprimido 50 mg	50 mg 1x/dia (pode aumentar até 100 mg/dia)
Betabloqueadores	Atenolol	Comprimido 25 mg e 50 mg	25–50 mg 1x/dia
	Propranolol	Comprimido 40 mg	40 mg 2 a 3x/dia
Bloqueadores de canal de cálcio	Anlodipino	Comprimido 5 mg e 10 mg	5 mg 1x/dia (pode aumentar até 10 mg/dia)
Diuréticos de alça	Furosemida	Comprimido 40 mg	20–40 mg 1 a 2x/dia
Diuréticos poupadores de potássio (antagonista mineralocorticoide)	Espironolactona	Comprimido 25 mg	25 mg 1 a 2x/dia

Fonte: Relatório preliminar - PCDT Hipertensão Arterial Sistêmica CP 11. Fev 2025

3.4.4.3 Anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação

Tabela 16 – Anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação, com respectivas classes terapêuticas, medicamentos disponíveis e posologias indicadas, conforme diretrizes clínicas nacionais.

Classe terapêutica	Medicamento	Posologia
Agonistas alfa (simpaticolíticos) de ação central	Metildopa (Comprimido de 250 mg)	750 mg a 2.000 mg/dia, divididos em 2 a 4 administrações
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino (Comprimidos de 10 mg)	20 mg a 60 mg/dia, divididos em 2 a 3 administrações ou 20 mg a 120 mg/dia, divididos em 1 a 3 administrações
	Anlodipino (Comprimidos de 5 mg e 10 mg)	5 mg a 20 mg/dia, divididos em 1 a 2 administrações ou 20 mg a 60 mg/dia, divididos em 2 a 3 administrações

Vasodilatador periférico	Cloridrato de hidralazina (Comprimidos de 25 mg e 50 mg)	50 mg a 150 mg/dia, divididos em 2 a 3 administrações
Betabloqueadores	Metoprolol (Comprimidos de 25 mg, 50 mg e 100 mg)	100 mg a 200 mg/dia, divididos em 1 a 2 administrações
	Carvedilol (Comprimidos de 6,25 mg e 12,5 mg)	12,5 mg a 50 mg/dia, divididos em 1 a 2 administrações. Recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por 2 dias e, a partir de então, aumentar a dose

Fonte: Relatório preliminar - PCDT Hipertensão Arterial Sistêmica CP 11. Fev 2025

Conduas na UPA: Urgência x Emergência Hipertensiva

1. Abordagem da Pressão Arterial Elevada na UPA

Paciente com PA $\geq 180 \times 120$ mmHg

Avaliação

- Avaliação clínica e exame físico e verificação da presença de lesão de órgão-alvo (LOA).

Decisão

- **Se NÃO houver LOA (Urgência Hipertensiva):** Iniciar/ajustar anti-hipertensivo oral; Observação na UPA e; Orientação e encaminhamento para atenção primária.
- **Se SIM houver LOA (Emergência Hipertensiva):** Monitorização intensiva; Acesso venoso e medicamentos IV.; Redução gradual da PA (até 25% em 1-2h) e Encaminhamento para hospital terciário.

3.4.4.5 Anti-Hipertensivos Orais (Urgência Hipertensiva)

O controle na urgência hipertensiva pode ser realizado de forma gradual com anti-hipertensivos orais. A clonidina, um agonista alfa-2 de ação central, também pode ser empregada por sua ação redutora da atividade simpática, sendo útil em casos de ansiedade associada, embora possa causar efeitos adversos como sedação e boca seca.

3.4.4.6 Anti-Hipertensivos Intravenosos (Emergência Hipertensiva)

Quadro 21 – Anti-hipertensivos intravenosos (IV) utilizados em situações de emergência hipertensiva, incluindo classe, dose e indicações clínicas principais.

Medicamento	Classe	Dose IV	Indicações principais
Nitroprussiato de sódio	Vasodilatador	Infusão contínua 0,25-10 mcg/kg/min IV	Crises graves, dissecção de aorta
Nitroglicerina	Vasodilatador	Infusão contínua IV 5-15mg/h	Angina, ICC, IAM
Hidralazina	Vasodilatador	10-20 mg IV ou 10-40 mg IM 6/6 h	Crise hipertensiva na gestação
Furosemida	Diurético de alça	20-60 mg IV (repetir após 30 min)	Edema agudo de pulmão

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), 2020.

3.5 OTITE MÉDIA AGUDA

3.5.1 Definição

A otite média aguda (OMA) é uma infecção do ouvido médio, frequentemente associada a infecções respiratórias superiores. É uma condição comum em crianças, mas também pode ocorrer em adultos. A OMA é caracterizada pela presença de inflamação e secreção no ouvido médio, resultando em dor e desconforto.

3.5.2 Etiologia

1. Causas Virais:

- Vírus respiratórios, como rinovírus, vírus sincicial respiratório (VSR), adenovírus e coronavírus.

2. Causas Bacterianas:

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae* (não tipificável)
- *Moraxella catarrhalis*

3.5.3 Quadro Clínico

- Otolgia, frequentemente descrita como pulsátil.
- Irritabilidade e choro em crianças pequenas.
- Febre (geralmente baixa a moderada).
- Dificuldade auditiva temporária.
- Secreção purulenta do ouvido (em casos de perfuração da membrana timpânica).

3.5.4 Diagnóstico

- 1. Exame Otoscópico:** Visualização da membrana timpânica, que pode estar hiperemiada, opaca ou apresentar bolhas.
- 2. Critérios Diagnósticos:** Presença de dor de ouvido, evidência de inflamação da membrana timpânica e presença de líquido no ouvido médio.

3.5.5 Tratamento

Quadro 22 - Tratamento para Otite Média Aguda

TRATAMENTO OTITE MÉDIA AGUDA				
TRATAMENTO	VIA	DOSE	DURAÇÃO	OBS*
IBUPROFENO	VO	400mg a cada 6 horas se dor ou febre.	Enquanto persistirem sintomas.	Substituído por Paracetamol se necessário.
AMOXICILINA	VO	500mg a cada 8 horas.	7 Dias (21 Comprimidos)	Indicado em casos moderados a grave quando há suspeita de infecção bacteriana.
ALÉRGICOS A PENICILINA: AZITROMICINA	VO	10mg/kg/dia no primeiro dia 5mg/kg/dia Dias subsequentes	7 Dias	

Fonte: Autoral

3.6 PNEUMONIAS BACTERIANAS

3.6.1 Definição

Inflamação do parênquima ou interstício pulmonar, causada por infecção bacteriana.

3.6.2 Quadro Clínico Típico

Febre alta, mialgia e artralgia, tosse expectorada purulenta, podendo ter hemoptise, taquidispneia e dor torácica pleurítica. Ocorre de forma aguda (2 a 5 dias de evolução). Ao exame físico: Frêmito toracovocal aumentado, estertores crepitantes na ausculta pulmonar, pectoriloquia e sopro tubário em alguns casos.

3.6.3 Quadro clínico Atípico

Coriza, obstrução nasal, odinofagia e febre baixa. A tosse atípica é geralmente pouco produtiva e hialina (secreção clara). Ocorre de forma subaguda, com 7 a 14 dias de evolução. Ao exame físico: estertores crepitantes e eventualmente sibilos.

3.6.4 Diagnóstico

Principalmente clínico, exames de imagem e exames laboratoriais auxiliam no diagnóstico. Raio- X de tórax: infiltrado alveolar e broncograma aéreo. Marcadores laboratoriais: Aumento da PCR, procalcitonina e VHS. Hemograma: Leucocitose com desvio à esquerda.

3.6.5 Tratamento

Ambulatorial ou Internação (Enfermaria/UTI). Avaliar necessidade de internação e estimar mortalidade através do Escore CURB-65.

Quadro 23 - Escore CURB-65: Critério para Internação na PAC

C	CONFUSÃO MENTAL	+1	PONTUAÇÃO	TRATAMENTO	MORTALIDADE
			0 - 1	TRATAMENTO AMBULATORIAL	1,5%
U	UREIA > 50 mg/dL	+1	2	CONSIDERAR INTERNAÇÃO	9,2%
			3	INTERNAR EM ENFERMARIA	22%
R	RESPIRAÇÃO ≥ 30 irpm	+1	4 - 5	INTERNAR EM UTI	> 22%
B	"BLOOD PRESSURE" PAS < 90 ou PAD ≤ 60 mmHg	+1			
65	IDADE ≥ 60 ANOS	+1			

Fonte: Autoria própria baseado nas Recomendações para o manejo de PAC da SBPT 2018.

1. Tratamento Ambulatorial empírico de PAC

Quadro 24 - Tratamento Ambulatorial empírico de PAC

PACIENTES SEM COMORBIDADES E SEM USO RECENTE DE ANTIBIÓTICOS				
AMOXICILINA	OU	AMOXICILINA + CLAVULANATO	OU	MACROLÍDEOS
PACIENTES COM COMORBIDADES, DOENÇA GRAVE OU USO RECENTE DE ANTIBIÓTICO				
BETALACTÂMICO	+		MACROLÍDEO	
PACIENTES COM ALERGIA A BETA LACTÂMICOS E MACROLÍDEOS				
FLUOROQUINOLONAS				

Fonte: Autoria própria baseado nas Recomendações para o manejo de PAC da SBPT 2018.

2. Tratamento empírico da PAC de pacientes internados em Enfermaria

Quadro 25 - Tratamento empírico da PAC para paciente internado em enfermaria

INDEPENDENTE DE COMORBIDADES OU USO RECENTE DE ANTIBIÓTICOS					
A	CEFALOSPORINAS DE 3º GERAÇÃO	OU	AMPICILINA + SULBACTAM	+	MACROLÍDEOS
B	FLUOROQUINOLONAS				
C	CEFALOSPORINAS DE 3º GERAÇÃO	OU	AMOXICILINA + CLAVULANATO		

Fonte: Autoria Própria baseado nas Recomendações para o manejo de PAC da SBPT 2018.

3. Tratamento paciente com PAC internado em UTI:

Quadro 26 - Tratamento paciente com PAC internado em UTI

INDEPENDENTE DE COMORBIDADES OU USO RECENTE DE ANTIBIÓTICOS					
A	CEFALOSPORINAS DE 3º GERAÇÃO	OU	AMPICILINA + SULBACTAM	+	MACROLÍDEOS
B	CEFALOSPORINAS DE 3º GERAÇÃO	+	FLUOROQUINOLONAS		

Fonte: Autoria própria baseado nas Recomendações para o manejo de PAC da SBPT 2018.

CAPÍTULO 1: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)

1.2 DENGUE

BRASIL. Ministério da Saúde. Dengue: classificação de risco e manejo do paciente. [S.l.]: [s.n.], 2024. Disponível em: Dengue - Classificação de Risco e Manejo do paciente — Ministério da Saúde. Acesso em: 20 de jun. 2025.

1.3 DIABETES MELLITUS

LYRA, Ruy; ALBUQUERQUE, Luciano; CAVALCANTI, Saulo; TAMBASCIA, Marcos; SILVA JÚNIOR, Wellington S.; BERTOLUCI, Marcello Casaccia. Manejo da terapia antidiabética no DM2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 1. ed., Brasília, DF: SBD, 12 jul. 2024. Atualizado em 12 set. 2024. DOI: 10.29327/5412848.2024-7. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-terapia-antidiabetica-no-dm2/>. Acesso em: 23 jun. 2025.

POWERS, A. C.; NISWENDER, K. D.; EVANS-MOLINA, C. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e fisiopatologia. In: LOSCALZO, J. et al. (Eds.). **Medicina Interna de Harrison**. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. p. 3094–3103.

POWERS, A. C.; FOWLER, M. J.; RICKELS, M. R. Diabetes melito: controle e tratamentos. In: LOSCALZO, J. et al. (Eds.). **Medicina Interna de Harrison**. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. p. 3104–3119.

POWERS, A. C.; STAFFORD, J. M.; RICKELS, M. R. Diabetes melito: complicações. In: LOSCALZO, J. et al. (Eds.). **Medicina Interna de Harrison**. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. p. 3120–3127.

1.4 DIARREIA AGUDA

KASPER, Dennis L.. Medicina interna de Harrison. 19 ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2017.

1.5 ESCABIOSE

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). *Escabiose (sarna)*. [S.l.], [202–]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/escabiose-sarna/>. Acesso em: 23 jun. 2025.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. *Alerta farmacovigilância 0201 – Permetrina e Ivermectina para tratamento da escabiose*. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/alert0201.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2025.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Núcleo de Telessaúde. *Qual o tratamento para escabiose (sarna)?* 1 jul. 2019. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/qual-o-tratamento-para-escabiose-sarna/>. Acesso em: 23 jun. 2025

1.6 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (SP). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Manejo de Infecção de Trato Urinário**. São José do Rio Preto, [SP]: Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto, 2024. 8 p. Disponível em: <https://upariopreto.com/pdf/ITU%202024%20.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2025.

Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, et al. **EAU Guidelines on urological infections**. European Association of Urology, 2022. 78 p. Disponível em: <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-Infections-2022.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2025.

JACKSON, M. A.; SCHUTZE, G. E. The use of systemic and topical fluoroquinolones. **Pediatrics**, v. 138, n. 5, p. e20162706, nov. 2016. DOI: 10.1542/peds.2016-2706. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2706>. Acesso em: 12 jul. 2025.

WERTH, B. J.; TESINI, B. L. Cefalosporinas [mai. 2024]. **MSD Manuals**. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/bact%C3%A9rias-e-medicamentos-antibacterianos/cefalosporinas>. Acesso em: 12 jul. 2025.

WERTH, B. J.; TESINI, B. L. Nitrofurantoína [mai. 2024]. **MSD Manuals**. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/bact%C3%A9rias-e-medicamentos-antibacterianos/nitrofuranto%C3%ADna#Indica%C3%A7%C3%B5es_v1004160_pt. Acesso em: 12 jul. 2025.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Hospital e Maternidade Professor Doutor Mario Degni. **Protocolo de tratamento da infecção do trato urinário**. Disponível em: https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/HIMJ_protocolo_ITU_1254773676.pdf. Acesso em: 12 jul. 2025.

MARQUES, F. E. et al. Use of antibiotics in renal failure: need for dose adjustments and individualized doses. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. 23, 9 dez 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i11.10567. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10567>. Acesso em: 12 jul. 2025.

1.7 SÍFILIS

Brasil. 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 – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf. ISBN 978-65-5993-276-4.

CAPÍTULO 2 - HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS (HDT)

2.1 ACIDENTE BOTRÓPICO

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 112 p. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2025/03/Manual-de-diagnostico-e-tratamento-de-acidentes-por-animais-peconhentos.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2025.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Departamento Científico de Emergências. **Acidentes com animais peçonhentos**. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2023. 21 p. Disponível em: <<https://www.spsp.org.br/PDF/AnimaisPec%CC%A7onhentos.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2025.

SILVA, T. M. et al. Perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos do estado brasileiro de Minas Gerais. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, p. 20, 14 out 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i13.36172. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36172>>. Acesso em: 12 jul. 2025.

2.2 CELULITE

Gabriel A, Chan V, Caldarella M, Wayne T, O'Rorke E. Celulite: Compreensão e Tratamento Atuais. *Fórum Aberto Aesthet Surg J*. 21 de junho de 2023; 5. ojad050. DOI: 10.1093/ASJOF/OJAD050. PMID: 37424836; PMCID: PMC10324940.

2.3 ERISPELA

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Erisipela*. Brasília, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/erisipela/>. Acesso em: 23 jun. 2025.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Guia do episódio de cuidado: erisipela e celulite**. São Paulo: HIAE, 2023. Disponível em: <https://www.einstein.br>. Acesso em: 22 maio 2025.

THE MERCK MANUAL. *Erisipela*. MSD Manuals, versão para profissionais. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BARbios-dermatol%C3%B3gicos/infec%C3%A7%C3%B5es-bacterianas-da-pele/erisipela>. Acesso em: 12 jul. 2025.

2.5 HIV/AIDS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. 148 p. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts> . Acesso em: 07 jul. 2025.

FAUCI, A. S.; FOLKERS, G. K.; LANE, H. C. Doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana: Aids e distúrbios relacionados. In: LOSCALZO, J. et al. (Eds.). **Medicina Interna de Harrison**. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. p. 1527–1596.

2.6 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS. **Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar**. 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/leishmaniose-tegumentar/manual-de-controle-da-leishmaniose-tegumentar-2017>. Acesso em: 13 jul. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Leishmaniose Tegumentar (LT)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/lt>. Acesso em: 13 jul. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Leishmaniose Tegumentar - Elastic**. Disponível em: [https://leishmanioses.aids.gov.br/app/dashboards?auth_provider_hint=anonymous1#/view/5fc3a7ec-22b9-4402-9a52-a5001ca659ad?embed=true&_g=\(\)&show-top-menu=false](https://leishmanioses.aids.gov.br/app/dashboards?auth_provider_hint=anonymous1#/view/5fc3a7ec-22b9-4402-9a52-a5001ca659ad?embed=true&_g=()&show-top-menu=false). Acesso em: 13 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Diretrizes para o tratamento das leishmanioses na Região das Américas**. 2022. DOI: 10.37774/9789275725030. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/leishmaniose-tegumentar/leishmaniose-nas-americas-diretrizes-para-o-tratamento>. Acesso em: 13 jul. 2025.

2.7 TUBERCULOSE

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2019/marco/21/manual-de-recomendacoes.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2025.

CAPÍTULO 3 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

3.1 ASMA

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). *Global strategy for asthma management and prevention – 2025 update*. Fontana: GINA, 2025. Disponível em: <https://ginasthma.org/reports/>. Acesso em: 27 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). *Diretrizes da SBPT para o manejo da asma – 2020*. São Paulo: SBPT, 2020. Disponível em: <https://sbpt.org.br>. Acesso em: 27 jun. 2025.

UptoDate. *Asthma management in adolescents and adults*. Waltham, MA: Wolters Kluwer, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 27 jun. 2025.

3.3 ENDOCARDITE INFECCIOSA

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). 2023 AHA Scientific Statement: Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications. *Circulation*, v. 148, n. 8, p. e161–e284, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001174>.

HABIB, G. et al. 2023 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. *European Heart Journal*, v. 44, p. 3948–4043, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad401>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretriz de 2020 para o diagnóstico, tratamento e prevenção da endocardite infecciosa em adultos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 115, n. 2, p. 255-291, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/bkzQ6sFXCr8J5fxGdcTVQhM>. Acesso em: 27 jun. 2025.

MANDELL, G. L.; BENNETT, J. E.; DOLIN, R. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9. ed. Philadelphia: Elsevier, 2020. 4176 p.

BRUNTON, L. L. et al. Goodman & Gilman's: As bases farmacológicas da terapêutica. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2022.

HARRISON, T. R. et al. Harrison Medicina Interna. 21. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2022.

3.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 1, supl. 2, p. 1-139, 2021. Disponível em: <https://publicacoes.cardiol.br/2020/diretrizes/2020-diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2025.

WILLIAMS, Bryan; MANCIA, Giuseppe; SPIERING, Wilko et al. **2023 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension**. *European Heart Journal*, [S. l.], v. 44, n. 28, p. 2521–2631, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad175>. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. **Relatório Preliminar - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Hipertensão Arterial Sistêmica – Consulta Pública nº 11/2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas-publicas/2021/relatorio-preliminar-pcdt-hipertensao-cp11-2021.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2025.

3.5 OTITE MÉDIA AGUDA

KASPER, Dennis L.. Medicina interna de Harrison. 19 ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2017.

REFERÊNCIAS GERAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase:** Portaria Conjunta nº 37, de 31 de agosto de 2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes_ms/copy_of_20230131_PCDT_Hansenise_2022_eletronica_ISBN.pdf. Acesso em: 12 jul. 2025.

CORRÊA, Ricardo de Amorim et al. **Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade – 2018.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, DF, v. 44, n. 5, p. 405-424, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562018000000130>. Acesso em: 20 maio. 2025.

Ministério da Saúde (BR). **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública:** manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

GOMEZ, Rosane. **Farmacologia Clínica.** Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2017. E-book. p.107. ISBN 9788595151826. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595151826/>. Acesso em: 12 jul. 2025.

CONSULTA REMÉDIOS. **Talidomida Bula:** para que serve, como usar e outras informações. [S. l.]: Consulta Remédios. Disponível em: https://consultaremedios.com.br/talidomida/bula?srsId=AfmBOoqHyxb7C11i-ULHdbxj4s8TEv_ilvijzUMmhfl5vAkfuyds7XAz. Acesso em: 12 jul. 2025.

ARAÚJO, M. R. D. et al. **Manejo farmacológico da dor em cuidados paliativos: Contribuições do Farmacêutico Clínico em uma pesquisa convergente assistencial.** 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/366915260_Manejo_farmacologico_da_dor_em_cuidados_paliativos_Contribuicoes_do_Farmaceutico_Clinico_em_uma_pesquisa_convergente_assistencial. Acesso em: 12 jul. 2025.

HCOR. **Protocolo de dor.** São Paulo: HCor, 2021. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/3/2021/12/Protocolo-de-dor-web.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2025.

BEZERRA, A. F. R.; LOPES, E. B. **Manual de orientação da dor.** Belém: EdUepa, 2021. Disponível em: https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2021/01/manual_dor.pdf. Acesso em: 12 jul. 2025.

GOMEZ, Rosane. **Farmacologia clínica.** Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2017. E-book. p. 107. ISBN 9788595151826. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595151826/>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL SÃO CAMILO. **Dipirona.** São Paulo: Hospital São Camilo. Disponível em: <https://guiafarmaceutico.hospitalsaocamilosp.org.br/dipirona/>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Dipirona.** São Paulo: Hospital Sírio-Libanês. Disponível em: <https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/dipirona>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Paracetamol (Acetaminofeno).** São Paulo: Hospital Sírio-Libanês. Disponível em: [https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/paracetamol-\(acetaminofeno\)](https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/paracetamol-(acetaminofeno)). Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Paracetamol**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/RelacaoMedicamentos.aspx?tipo=&filtro=A&busca=%22%22&classeID=7&titleItem=PARACETAMOL>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Ibuprofeno**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês. Disponível em: <https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/ibuprofeno>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Ibuprofeno**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/RelacaoMedicamentos.aspx?tipo=&filtro=I&busca=&nComID=76>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Escopolamina**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/RelacaoMedicamentos.aspx?tipo=&filtro=E&busca=%22%22&itemID=ESCOPOLAMINA>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Escopolamina**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês. Disponível em: <https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/escopolamina>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Tramadol**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês. Disponível em: <https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/tramadol>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Tramadol**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/RelacaoMedicamentos.aspx?tipo=&filtro=T&busca=%22%22&itemID=TRAMADOL>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Codeína**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês. Disponível em: <https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/code%C3%ADna>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Codeína**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/RelacaoMedicamentos.aspx?tipo=&filtro=c&busca=&nComID=32>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Prednisona**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês. Disponível em: <https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/prednisona>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Prednisona**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/RelacaoMedicamentos.aspx?tipo=&filtro=A&busca=%22%22&classeID=41&titleItem=PREDNISONA>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Dexametasona**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês. Disponível em: <https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/dexametasona>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Dexametasona**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/RelacaoMedicamentos.aspx?tipo=&filtro=D&busca=&itemID=DEXAMETASONA>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Morfina injetável**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês. Disponível em: <https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/morfina-injetavel>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Morfina**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/RelacaoMedicamentos.aspx?tipo=&filtro=M&busca=%22%22&itemID=MORFINA>. Acesso em: 12 jul. 2025.

REALIZAÇÃO:



ACESSE NOSSO CATÁLOGO!



WWW.SEVENPUBLI.COM

CONECTANDO O **PESQUISADOR** E A **CIÊNCIA** EM UM SÓ CLIQUE.